



**Directeurs des Soins**

Promotion : **2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

---

L'évaluation des pratiques professionnelles,  
outil d'intégration de la démarche  
d'évolution continue de la qualité par les  
soignants

---

**Pierre-André Parent**

---

# Remerciements

---

Je tiens, tout d'abord, à remercier l'ensemble des professionnels qui ont accepté de m'exprimer leur ressenti d'expérience au cours des entretiens et qui m'ont apporté ainsi leur concours sans lequel ce travail n'aurait abouti.

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

Je remercie mon tuteur de formation, Marie-Renée PADELLEC pour son accompagnement tout le long du cursus.

Je tiens, ensuite, à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'EHESP pour l'aide et le suivi proposé pour ce travail et en particulier Christine QUELIER.

Je souhaite, enfin, remercier tout particulièrement, les compagnons de route pour leur aide au moment où j'en avais tout particulièrement besoin....

Je remercie A. de ST. EXUPERY pour la philosophie de son « Petit Prince ».

*Enfin, à Eva et Maé qui ont fait de moi pendant la rédaction de ce mémoire, un heureux DS grand-papa*

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 La qualité : du produit manufacturé à la pratique soignante .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La démarche qualité .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Rapide histoire de la démarche qualité.....	5
1.1.2 Chronologie législative de la déclinaison sanitaire. ....	5
1.1.3 D'autres standards de qualité en interfaces.....	6
<b>1.2 Quelle qualité ? .....</b>	<b>7</b>
1.2.1 La qualité n'est pas « un commun » partagé par les professionnels de l'hôpital...	7
1.2.2 Des définitions de la qualité .....	9
<b>1.3 Les EPP, un outil pédagogique au service de la qualité.....</b>	<b>10</b>
1.3.1 Du normatif au formatif .....	11
1.3.2 Des EPP, une approche pluri professionnelle et multi catégorielle .....	12
<b>2 Une enquête de terrain .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 La méthodologie .....</b>	<b>13</b>
2.1.1 La population interviewée .....	13
2.1.2 Le type d'entretien et le déroulement de l'enquête .....	14
2.1.3 Le lieu d'enquête.....	14
2.1.4 Limites méthodologiques .....	15
<b>2.2 Résultats de l'enquête.....</b>	<b>15</b>
2.2.1 Les dix thèmes émergents.....	15
<b>2.3 Regard sur les hypothèses énoncées .....</b>	<b>22</b>
2.3.1 Première hypothèse.....	22
2.3.2 Deuxième hypothèse .....	24
2.3.3 Troisième hypothèse.....	24

<b>3</b>	<b>Manager le développement de la culture qualité chez les soignants par la pratique de « L'EPP au fil de l'eau » .....</b>	<b>25</b>
3.1	Les préalables, les fondements .....	25
3.2	Les variables mises en relief par les entretiens .....	27
3.2.1	La pratique de l'évaluation.....	27
3.2.2	Le choix du thème et.....	28
3.2.3	...Le choix du référentiel.....	28
3.2.4	Le management de la formation .....	29
3.2.5	Le cadre de santé et les EPP .....	31
	<b>Conclusion.....</b>	<b>33</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>35</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AFNOR :	Association Française de Normalisation
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM :	Agence Nationale pour la Développement de l'Evaluation Médicale
AS :	Aide-soignant
CH :	Centre Hospitalier
CS :	Cadre de Santé
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins
DS :	Directeur des Soins
EHPAD :	Etablissement pour l'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ES :	Etablissement de Santé
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
ISO :	International Standardization Organization
MCO :	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
T2A :	Tarifcation A l'Activité

## Introduction

*D'une démarche obligée à une démarche volontaire.*

La démarche d'amélioration continue de la qualité dans les Etablissements de Santé (ES) a été introduite par les ordonnances d'avril 1996<sup>1</sup>.

La première procédure d'accréditation a ainsi engagé les ES dans une première auto évaluation de la qualité de leurs prestations. La structure du référentiel V1 plaçait l'évaluation à la fin de chaque référence. Le constat réalisé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a été que ce « premier tour » d'accréditation mesurait davantage la dynamique qualité que les résultats à proprement parler.

Avec la V2, le nouveau référentiel a introduit l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) comme un chapitre à part entière, à la fois dans les secteurs cliniques et médico-techniques et ainsi que dans les secteurs de ressources transversales.

Cette structuration du référentiel est significative de la place donnée, en terme de valeur ajoutée, à ce type de démarche, car elle n'évalue plus uniquement la présence formalisée d'une prestation de soins, mais aussi maintenant le niveau de qualité obtenu.

Le véritable engagement des professionnels dans l'évaluation de leurs pratiques n'est intervenu qu'à partir de ce moment. Cette démarche les conduit à mettre à plat leurs fonctionnements, à regarder leurs pratiques, à se recentrer sur leurs missions et à offrir aux professionnels l'occasion de revisiter leurs métiers et de redéfinir leur avenir, avec pour préoccupation la satisfaction et la sécurité des usagers.

La certification des établissements passe entre autres par l'évaluation des pratiques professionnelles. Le décret du 14 avril 2005<sup>2</sup> la définit comme « Une analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) ».

---

<sup>1</sup> Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

De plus le décret du 15 mai 2007<sup>3</sup> donne mission au Haut Conseil des Professions Paramédicales de participer à la diffusion des recommandations de bonnes pratiques et à la promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales.

L' EPP paramédicale doit contribuer à :

- L'identification des ressources d'optimisation et d'intégration des pratiques paramédicales au processus général de prise en charge,
- L'amélioration de la performance,
- La qualité du service rendu auprès des patients et des familles,
- La reconnaissance de la qualité des pratiques paramédicales.

En effet, jusqu'en juin 2007, seules les pratiques de prise en charge médicales étaient ciblées. L'évolution des référentiels de Certification V2010 s'oriente sensiblement sur des évaluations de pratiques professionnelles pluri professionnelles et multi catégorielles, mais également sur les pratiques paramédicales.

Parallèlement, le contexte du financement par la Tarification A l'Activité (T2A) a induit des enjeux d'efficience des processus de prise en charge afin de maîtriser les coûts et d'atteindre un niveau d'activités prévisionnel, grâce à une attractivité basée sur la qualité de la prestation proposée, qu'il est donc nécessaire de démontrer (suivant en cela une « Stratégie Marketing »). Une évaluation constante de la qualité des prestations de prise en charge des ES est proposée aux usagers par l'intermédiaire de nombreux et différents médias. La certification est une norme institutionnelle initiale qui devient également une norme sociale de qualité des soins, vitale pour les établissements de santé.

Or il n'y a pas de culture de l'évaluation chez les soignants tant médicaux que non médicaux.

---

<sup>2</sup> Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles

<sup>3</sup> Décret n°2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut conseil des professions paramédicales

« Dans le monde paramédical, l'inscription de l'évaluation comme élément constitutif d'un acte, d'une pratique, n'est pas conscientisée chez l'ensemble des professionnels de santé.<sup>4</sup>»

Les recommandations et réserves de l'accréditation V1 portaient prioritairement sur la gestion du dossier du patient et en particulier, était pointée l'absence de traçabilité de l'étape d'évaluation des pratiques de soins.

Pour ma part, ayant participé à l'étape initiale d'accréditation dans trois ES différents, mais jamais à ce jour à celle de certification, et, étant appelé à me positionner comme Directeur des Soins (DS), il m'a semblé nécessaire et opportun de m'intéresser à cette problématique.

Dès lors, sur ce constat, la question qui se pose peut-être la suivante :

En quoi les EPP permettent aux soignants de s'approprier la démarche d'amélioration continue de la qualité,

et les hypothèses de réponses peuvent être :

- Parce qu'elles interrogent les pratiques professionnelles individuelles,
- Parce qu'elles obligent à utiliser un référentiel commun,
- Parce qu'elles obligent à une démarche pluri professionnelle et multi catégorielle.

L'intérêt porté à cette démarche est qu'elle met en relief plusieurs des missions du DS décrites dans le décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Elle est en adéquation avec les missions de mise en œuvre du projet de soins par une politique d'amélioration continue de la qualité et de détermination d'une politique d'évaluation des pratiques de soins et de collaboration à la gestion des risques.

---

<sup>4</sup> COTTRET Y., Août 2006, « L'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales, Culte ou culture ? », *Soins Cadres*, n°59, p 74.



Le corps du travail proposé, consiste à tenter de donner des réponses en explorant les hypothèses énoncées et, en articulant la réflexion autour de trois axes.

Une première partie qui s'attachera à synthétiser l'approche de la dynamique qualité dans nos structures hospitalières.

Une seconde partie entièrement consacrée à la réalisation et l'analyse des résultats de l'enquête menée auprès de professionnels impliqués directement par l'EPP.

La dernière partie proposera des pistes de réflexion possibles au directeur des soins, en écho aux points critiques mais relatifs, qui émergent de l'étude.

# **1 La qualité : du produit manufacturé à la pratique soignante**

## **1.1 La démarche qualité**

### **1.1.1 Rapide histoire de la démarche qualité**

Vers 1900, avec le développement des produits manufacturés, plus rapide à fabriquer, mais de qualité moindre que les productions artisanales, naissent les démarches qualité. « Tant que la demande est supérieure à l'offre, les produits sont vendus quel que soit leur niveau de qualité, mais lorsque l'offre de production devient supérieure à la demande, l'entreprise s'organise pour vendre et met en place des contrôles de qualité des produits »<sup>5</sup>.

La qualité est formalisée par une normalisation des techniques de fabrication et en 1926, est créée l'Association Française de Normalisation (AFNOR), puis en 1947, 147 pays s'accordent pour mondialiser ces normes et forme un réseau, l'International Standardization Organization (ISO). La démarche qualité progresse, les entreprises s'orientent vers l'assurance qualité, puis tendent à développer l'amélioration continue de la qualité. Dans les années 1990, les normes ISO 9000 apparaissent et définissent des modèles génériques d'organisation et de management de la qualité.

### **1.1.2 Chronologie législative de la déclinaison sanitaire.**

Dans la lignée de l'évaluation des politiques publiques, initiée par la réglementation européenne, est qui consiste à apprécier l'efficacité d'une politique en comparant ses résultats aux objectifs énoncés et moyens mis en œuvre, l'évaluation médicale et du secteur sanitaire se développe.

En 1990, l'évaluation médicale apparaît avec la réforme hospitalière<sup>6</sup> et l'Agence Nationale pour la Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) est créée. Elle a pour mission : « d'évaluer les stratégies et techniques médicales préventive, diagnostique et thérapeutique, ainsi que les pratiques professionnelles à l'hôpital et en médecine libérale ».

---

<sup>5</sup> DE GAILLANDE L., DERENNE R., 2007, « les démarches qualité en santé ; Panorama.. », *Gestions hospitalières*, n°467, p 414.

<sup>6</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. JORF n° 179 du 2 août 1991.

Avec l'ordonnance de 1996 dite « Juppé »<sup>7</sup> et l'obligation d'accréditation pour l'ensemble des établissements de santé, l'ANDEM devient l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), et élargit son champ de compétences. L'évaluation des établissements de santé porte alors principalement sur l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins.

En corollaire du développement de la démarche continue de la qualité dans des secteurs ciblés, sanitaires et médico-sociaux, tels que les réseaux de santé, les Etablissements pour l'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou des centres de références labellisés, la place et le rôle de l'utilisateur dans le système de santé s'affirment de plus en plus. Les lois de janvier<sup>8</sup> et mars 2002<sup>9</sup> formalisent la prise en compte des attentes et besoins des usagers et renforcent les droits des patients en termes de garantie de la qualité du service rendu.

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004, relative à la réforme de l'assurance maladie, dans un souci de cohérence, crée la Haute Autorité en Santé (HAS). Elle rassemble toutes les missions confiées jusqu'alors à l'Anaes, certaines missions de L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (commission de la transparence, Commission évaluation des produits et prestations de santé...) et crée des missions nouvelles, notamment dans le domaine de l'information. Cet organisme d'expertise scientifique émet des avis et des recommandations qui visent à éclairer la prise de décision des pouvoirs publics.

### **1.1.3 D'autres standards de qualité en interfaces**

Au regard de leur spécificité, les établissements de santé ont mis en place d'autres standards qualité possibles :

- Le Hazard Analysis Critical Control Points (HACCP) est recommandé comme outil de maîtrise de la sécurité alimentaire.

---

<sup>7</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>8</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

<sup>9</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

- Le guide des bonnes exécutions des analyses (GBEA) pour les laboratoires d'analyses biologiques médicales.
- La méthode Risk Analysis Biocontamination Control (RABC) est appliquée en blanchisserie.
- La Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT (JACIE) est une accréditation européenne pour les centres de greffes de cellules souches hématopoïétiques.
- La démarche qualité des centres de référence maladies rares permet de les labelliser.
- La charte Marianne vise à améliorer la qualité du service dans l'administration

## 1.2 Quelle qualité ?

### 1.2.1 La qualité n'est pas « un commun » partagé par les professionnels de l'hôpital

A titre d'exemple, peuvent être cités des témoignages recueillis dans le cadre de l'étude menée par HERREROS G. et MILLY B.<sup>10</sup> chez des personnels engagés dans la participation à des groupes d'auto-évaluation de la démarche de certification.

En effet, à la question : « **Pour vous, c'est quoi la qualité ?** », ont répondu :

**Un cadre infirmier** : « L'avantage de la qualité, c'est de savoir qui fait quoi. Chacun est fixé sur son pré carré, ça a le mérite d'être clair, de savoir qui fait quoi. Les dysfonctionnements, c'est justement quand il y a de l'exercice illégal, de la délégation de tâches qui ne devraient pas être déléguées ».

**Un infirmier** : « Pour moi, la qualité se joue surtout sur les choses qui ne laissent pas de traces : le temps passé, le savoir faire, le savoir être. [...] pour une demande de consentement, on donne un document au patient, on le fait signer, on le met dans le dossier et l'Anaes est contente. Mais est-ce que le patient, lui, est content ? Est-ce qu'il aurait pas préféré une autre

---

<sup>10</sup> HERREROS G., MILLY B., « Les effets de l'évaluation : l'exemple de la certification des établissements de santé. », *Soins Cadres*, n°58, p 25.

façon de faire ? J'ai peur que le fait de donner des documents dédouane les personnels d'une communication avec les patients ».

**Un directeur qualité :** « La qualité selon moi, doit s'adresser autant à l'agent de service qu'au chef de service. La qualité, c'est avoir des réactions et des comportements responsables vis-à-vis du malade, de la famille, des visiteurs, de n'importe qui en souffrance physique ou en demande de renseignements. Pour le moment, la qualité est cantonnée à des segments sur lesquels tout le monde se précipite, mais on passe à côté de l'essentiel. La qualité, elle, devrait être définie par rapport au malade ».

**Un chirurgien, président de CME :** « La qualité, c'est avant tout la qualité de l'acte chirurgical, puis celle des soins, puis le reste. Il y a trois cercles : au centre, le chirurgien, ensuite les soignants, et puis le reste, l'intendance. Pour les deux premiers cercles, la qualité est à peu près atteinte. C'est le troisième cercle qui pose problème : faire la queue à l'entrée ou à la sortie, mal manger..., c'est tout cela la qualité ».

Si tous les professionnels s'accordent sur le terme générique et l'apparente simplicité du mot « qualité », et considèrent que leurs pratiques sont perfectibles, rien n'est moins stabilisé que la signification commune de la notion de qualité.

HERREROS G. et MILLY B. précisent « Des désaccords profonds perdurent sur ce que sont « les justes pratiques professionnelles », au sens de justice morale et/ou de justesse technique. Cette absence encore très courante d'une définition commune, à l'échelle d'un établissement, d'un service, de ce que sont les bonnes pratiques ».

Une autre enquête pilotée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) : « Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé » confirme ce constat et définit la catégorie professionnelle d'appartenance comme variable la plus discriminante. Trois visions de la qualité pour trois logiques professionnelles peuvent être mises en évidence :

- Celle des soignants, marquée par les aspects relationnels de la qualité des soins pratiqués aux patients, inscrite dans une pratique collective professionnelle,
- Celle des médecins qui s'appuie 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.

Cette analyse démontre la nécessité, pour les établissements, de trouver un consensus préalable sur une définition commune et juste (principe de réalité en fonction du contexte) de cette qualité recherchée, qui permettra ensuite de décliner les référentiels nécessaires à son évaluation.

### **1.2.2 Des définitions de la qualité**

*La qualité ne se contente pas d'une définition définitive et exclusive*

Il semble intéressant de s'arrêter initialement sur la définition proposée par l'organisme ISO : « la qualité est l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés et implicites, [...] 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 ». Les concepts de qualité attendue et qualité perçue par le client et ceux de qualité voulue et qualité obtenue par le fournisseur, décrits par QUARANTA dans l'ouvrage collectif *La qualité hospitalière*<sup>11</sup>, sont retrouvés dans celle-ci, ainsi que le concept évolutif de la démarche d'amélioration continue.

Dés 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé (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 ». Cette approche renforce la notion de démarche continue d'amélioration de la qualité, de gestion des risques et précise les exigences d'une part, d'adaptation permanente des connaissances

---

<sup>11</sup> LETEURTE H., PATRELLE I, QUARANTA JF., 1995, *La qualité hospitalière*, Paris : Berger Levrault, 117p.

et des techniques scientifiques par la formation continue et d'autre part, de considération du contexte socio-économique de l'offre de soins.

Pour synthétiser les caractéristiques énoncées, le Dr P. ROUSSEL<sup>12</sup> propose sa définition :

La qualité, c'est « le bon produit et/ou service, au bon endroit, au bon moment pour la bonne personne, au meilleur coût ».

### **1.3 Les EPP, un outil pédagogique au service de la qualité**

La loi du 13 août 2004<sup>13</sup> introduit un changement notable et vocable, l'accréditation devenant certification, et ce terme est maintenant réservé à l'accréditation des médecins et des équipes médicales. Même si l'objectif reste identique : évaluer la qualité des soins dispensés par les établissements de santé publics et privé, le manuel V2 donne une nouvelle dimension à la démarche et oblige à une complète réorganisation et réattribution sectorielle des références.

En effet, dans le manuel V2, les référentiels préexistants de la V1 sont directement rattachés à l'activité de soins spécifiques du type de prise en charge proposée : soins de court séjour, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, hospitalisation à domicile et psychiatrie et santé mentale. Dans ce chapitre 3 « prise en charge du patient », les références spécifiques sur le parcours du patient déclinent 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. La démarche d'EPP est impulsée au cœur des secteurs d'activité clinique.

---

<sup>12</sup>ROUSSEL P., « *Politique qualité : Evaluation des pratiques professionnelles* », Filière de formation des Directeurs de soins, 10 avril 2008, Rennes, EHESP, 2008, 23p.

<sup>13</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JORF n°190 du 17 août 2004.

### 1.3.1 Du normatif au formatif

La HAS 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'améliorations 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 et préventive »<sup>14</sup>.

L'intérêt de l'EPP réside dans le fait qu'elle cherche à induire dans la pratique du professionnel de santé, le processus de la démarche continue d'amélioration de la qualité et ce, au travers du questionnement de sa pratique clinique et organisationnelle. R. DERENNE<sup>15</sup> relève : « La HAS a privilégié une EPP formative, c'est-à-dire la mise en place d'un processus dynamique conduisant l'ensemble des professionnels vers l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients ».

Une autre facette intéressante du versant pédagogique de ce processus dynamique est que l'EPP dissocie l'évaluation de la personne, de l'évaluation de la pratique professionnelle. R. DERENNE poursuit : « L'évaluation des pratiques n'est pas un contrôle des connaissances, des compétences ou de la personne. Les professionnels de santé ont un comportement plutôt vertueux, mais pour des raisons dépendant souvent de l'organisation des soins, les pratiques mises en œuvre ne sont pas toujours optimales. Il ne s'agit pas d'identifier un individu ou un groupe professionnel, mais bien de rechercher ensemble la meilleure façon de dispenser les soins pour améliorer la prise en charge des patients ».

---

<sup>14</sup> HAS., 2005, « L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé », Paris : Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, 47 p.

<sup>15</sup> DERENNE R. *L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : vers une amélioration de la prise en charge des patients*. [visité le 15.07.2008], disponible sur Internet : <http://www.infirmiers.com/carr/cadre/evaluation-pratiques-profession/>



### **1.3.2 Des EPP, une approche pluri professionnelle et multi catégorielle**

En corollaire des exigences décrites (obligation individuelle d'EPP des médecins, Accréditation des médecins et équipes médicales) les premières EPP élaborées dans les établissements de santé pour la certification V2 ont été abordées avec une approche prioritairement médicale de « la prise en charge du patient ».

Suite au bilan réalisé à partir d'expérience de la première vague de visites, le manuel a évolué : <sup>16</sup>« 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 ». Si les trois dimensions initiales de l'évaluation sont retenues (la dimension économique, la dimension sécuritaire et celle du service médical rendu), l'objet est bien d'évaluer le déploiement d'une dynamique qualité sur la champ de la pratique des soins. L'approche pluri professionnelle et multi catégorielle de l'EPP, dans une finalité d'intégration de la démarche continue d'amélioration de la qualité dans les pratiques de soins est affirmée par la HAS.

Enfin, l'évolution annoncée de la version V2010, envisage des EPP autres que médicales, et sur le versant clinique, des EPP paramédicales.

Certains établissements s'y préparent.

---

<sup>16</sup> HAS., 2007, « *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation* », édition 2007, Paris : Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques.

## **2 Une enquête de terrain**

Pour explorer les hypothèses énoncées et faire le lien avec le management d'une politique d'évaluation des pratiques, l'outil d'enquête qui m'a semblé le plus en adéquation avec le sujet est l'entretien individuel.

Pour obtenir différents regards vis-à-vis de la situation à décrire, j'ai choisi de rencontrer des publics différents qui se composent d'Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), d'Aides-soignants (AS), de Cadres de santé, de médecins et de membres de la cellule qualité et gestion des risques (directeur et médecin). Tous sont issus d'un seul groupe hospitalier mais ils exercent sur deux sites différents, avec des missions également différentes, Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) et accueil gériatriques.

L'objectif de l'entretien est de les faire s'exprimer en insistant sur le vécu ressenti de leur participation aux EPP et ainsi d'alimenter le volume d'informations nécessaire à l'analyse des hypothèses formulées.

Pour optimiser le déroulement de l'enquête, il a été choisi une méthodologie favorisant une participation sereine des professionnels interviewés. Les informations recueillies ont été traitées, une grille d'analyse a mis en relief les thèmes valorisés permettant de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de notre étude et d'autoriser l'élaboration des préconisations managériales du Directeur des soins.

### **2.1 La méthodologie**

#### **2.1.1 La population interviewée**

Les entretiens ont été réalisées auprès de différentes catégories professionnelles afin de croiser les différents ressentis. Trois Cadres de Santé (CS), trois IDE, deux AS et deux médecins ont présenté leurs visions. Tous ont participé ou participent aux groupes de travail des EPP, soit dans le cadre de la Certification V2, soit dans le cadre d'une formation action aux EPP préparant la certification 2010.

Pour préparer ces entretiens, j'ai rencontré préalablement deux directeurs des soins et de deux directeurs qualité.

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

L'étude s'appuyant sur l'analyse de situations vécues et de valeurs exprimées par les personnes interrogées, l'entretien semi directif a semblé le plus adapté et a été retenu comme outil d'enquête. Toutes les personnes approchées ont spontanément été volontaires pour participer aux entretiens. Un guide d'entretien a été élaboré lors des ateliers mémoire en s'articulant sur les mots clés des hypothèses. Les entretiens ont durés de une heure à une heure trente. Ils se sont déroulés dans des lieux clos et calmes, sans aucune interruption.

La retranscription des entretiens a été réalisée immédiatement à la suite de ceux-ci, en reprenant les éléments d'une prise de notes la plus rigoureuse et exhaustive possible. L'utilisation de l'analyse thématique a permis de stigmatiser les données et a fait émerger dix thèmes.

### **2.1.3 Le lieu d'enquête**

Elle s'est déroulée sur un seul groupe hospitalier mais sur deux sites différents, chacun relevant de missions propres, MCO d'un coté et accueils gériatriques et psychiatriques de l'autre.

La démarche qualité de l'établissement est mise en œuvre depuis 1999, lors de la préparation de la première visite d'accréditation qui s'est déroulée en 2003.

Une cellule qualité et gestion des risques est également mise en place.

La politique d'amélioration continue de la qualité est définie et approuvée par toutes les instances. Un guide est rédigé. La visite de certification V2 s'est effectuée en mai 2007 et le Centre Hospitalier (CH) a été certifié avec trois recommandations<sup>17</sup>.

La direction des soins, dans le but de préparer les personnels paramédicaux à la certification V2010, s'est engagée dans des formations actions visant à l'élaboration d'EPP paramédicales. Tous les pôles participent, de façon progressive, à la démarche.

Des entretiens préliminaires avec le directeur des soins, le directeur et le responsable qualité d'un autre établissement ont également été menés.

---

<sup>17</sup> Rapport de Certification du Centre hospitalier.....janvier 2008

#### **2.1.4 Limites méthodologiques**

Ces limites sont quantitatives, de lieux et de temps

Treize entretiens ont été réalisés qui ont fait émerger des informations riches d'enseignement pour l'étude. Néanmoins, l'échantillon relativement restreint par catégorie d'acteurs, le lieu ciblé de l'enquête, ne permet en aucun cas une généralisation des résultats et n'autorise qu'à l'émergence d'orientations de conclusions. Le choix retenu d'une analyse globale, sans idées comparatives des EPP de niveaux catégorielles différents, semble le plus réaliste.

## **2.2 Résultats de l'enquête**

### **2.2.1 Les dix thèmes émergents**

#### A) Le choix du thème des EPP

*Un thème concret...*

Chez tous les professionnels rencontrés, une constante est retrouvée, le thème à travailler doit être concret et répondre à une problématique locale.

Un cadre de santé précise : « certes il y avait la certification, mais nous avons choisi des EPP concrètes, pragmatiques pour favoriser l'appropriation, des problèmes pas dramatiques mais rencontrées dans le service. ». Cette opinion est renforcée par un autre cadre : « Le choix de l'EPP est lié à une problématique du service, souvent rencontrée, avec la volonté d'aboutir sur des actions concrètes... il faut s'intéresser à des choses qui semblent basiques, mais qui pose un problème constant »

*Un thème partagé pour un thème travaillé...*

Une autre constante retrouvée est que le thème choisi nécessite un consensus du groupe.

Selon une AS, « au départ, on voulait travailler sur les escarres, puis le raisonnement du groupe a choisi de traiter une des causes possibles, la dénutrition.. ».

D'après les IDE, « Pour les EPP paramédicales, la dénutrition c'est le choix de l'équipe », « sur les contentions, les familles ont participé et se sont

impliquées », « c'est sûr que si on avait pas participé au choix du thème, on ne se serait pas impliqué... ».

#### *Des origines de choix classiques...*

Les facteurs déclanchant classiques de mise en évidence d'une problématique, décrits en outre par P. ROUSSEL sont retrouvés dans l'étude ; l'analyse des Fiches d'événement indésirable, suivi des plaintes, enquête de satisfaction auprès des usagers et évaluations interne ou externe.

#### B) La pratique de l'évaluation

*Les EPP démystifient et valorisent l'étape d'évaluation.*

#### *Le suivi*

Contrairement au médecin responsable qualité qui pense que l'évaluation est encore vécue par les autres catégories professionnelles comme une sanction (« L'évaluation n'est pas une sanction, mais les acteurs ne l'ont pas dépassé. »), la majorité des personnes interviewées la vit comme un outil permettant de garantir le **suivi** des pratiques de soins: « c'est un outil de **suivi** dans les services », « nous avons décidé de réévaluer dans le cadre du projet thérapeutique, toutes les cinq semaines », « le **suivi** est devenu systématique et l'évaluation à l'entrée aussi... la mise en place d'une commission de **suivi** qui se réunit une fois par mois...le plus lourd , c'est le **suivi** ».

#### *Un niveau de qualité*

Pour ces personnes, ce suivi assure et visualise un niveau de qualité de la prestation délivrée : les IDE « le sentiment d'avoir augmenté la prestation Qualité, d'être plus à l'écoute du patient et de la famille, dans le respect, avant on était déjà bon, mais maintenant, c'est structuré et complet. », « on sait parfois que l'on travaille bien, mais cela fait du bien de pouvoir le prouver... de voir les problèmes résolus à la sortie du patient », « ça sert aussi à montrer que c'est bien ».

### *Une source de réflexion*

D'autres personnels la ressentent également comme source de réflexion : « elle motive la réflexion au travers d'un questionnement et donc une remise en cause », « c'est valorisant de travailler de façon intelligente ».

#### C) Les EPP source de réflexion, prise de conscience, remise en cause et motivation

##### *Les EPP source de réflexion, de prise de conscience et remise en cause*

##### *Du réflexe à la réflexion...*

Toutes les personnes interrogées sont unanimes pour valoriser la démarche réflexive engendrée par la mise en place des EPP. Elles y voient l'intérêt majeur de travailler de façon plus « intelligente » par le déclenchement d'un questionnement.

Les cadres l'expriment ainsi : « l'intérêt, c'est de déclencher un questionnement... faire s'approprier le questionnement par les soignants... elle motive la réflexion... un questionnement intelligent systématisé... », « La réalisation de cette EPP a déclenché une réelle prise de conscience de déviations des pratiques ». Les soignants ajoutent « Une réflexion sur les mauvais suivis de la cause », « L'EPP a provoqué une réflexion sur la procédure, maintenant, c'est structuré, suivi, on évalue et on remet en cause. », « on réfléchit, on ne fait plus systématiquement (les contentions) par crainte du risque », « c'est un enrichissement intellectuel de faire les choses de façon réfléchie ». Les médecins concluent : « Il y a une évolution des mentalités, ça démarre. Le personnel s'interroge, réfléchit avant d'agir. », « La modification est que la réflexion d'équipe a remplacé le réflexe sécuritaire ».

De plus au travers des échanges apparaît constamment la notion de réflexion, certes individuelle, mais qui s'étend systématiquement à toute l'équipe. Cette dimension est retrouvée également unanimement auprès des interviewés :

Pour les cadres et les médecins: « Cela a déclenché un questionnement initial individuel, puis transmis à l'équipe », « développement d'une réflexion collective autour d'une analyse individuelle de la personne », « ... une prise de conscience de l'équipe » et pour les soignants : « création d'un

questionnement de groupe », « on s'est aperçu que l'on pesait mais qu'on ne toisait pas, donc réflexion de groupe... », « Cela a provoqué une réactivité du groupe... », « on a réfléchi en équipe pour réajuster ».

#### *Les EPP source de motivation professionnelle*

Cette notion est principalement exprimée par les soignants qui ont tous tiré de la motivation à travailler sur les EPP.

Une AS explique : « Si on intègre les employés dans la démarche, on les motive beaucoup plus et je suis prête à travailler sur d'autres thèmes, partante pour recommencer. ». Les IDE confirment : « tous les agents participent, c'est important d'impliquer l'équipe, ça motive. Pour les réunions d'évaluations, tous les agents ont la volonté de participer. », « une réflexion de tous en équipe, je le vis très bien et je suis contente de travailler comme cela ». Enfin, selon un cadre, « on a déclenché cette dimension-là. Maintenant, il faut faire vivre et continuer à avancer. ».

#### D) Les EPP à l'origine de la modification des pratiques

Lors des entretiens, tous les soignants ont exprimé le fait d'avoir le sentiment d'avoir fait évoluer et donc modifié ses pratiques.

#### *Une qualité de prise charge améliorée*

Sur la prise en charge « technique », le fait d'assurer un suivi plus structuré induit le ressenti d'une prise en charge de qualité supérieure : « .Sur l'alimentation, des choses étaient faites, mais pas toujours systématiquement, mais il ne manquait pas grand chose. Maintenant, c'est structuré, suivi, on évalue et on remet en cause. », « un bilan des chutes positif avec moins de contentions, on réévalue tous les mois, on étudie tous les cas individuellement tous les cas pour décider », « On a le sentiment d'avoir augmenté la prestation qualité ».

#### *Une appartenance à l'équipe*

Il est mis en évidence que les agents, du fait de leur participation au groupe de travail et de l'acceptation d'une remise en cause commune des pratiques, du développement d'un questionnement collectif, ont pris conscience de leur l'importance de leur positionnement et de leur appartenance à l'équipe.

D'après une AS: « Ca a permis une affirmation de soi, en cas de questionnement je n'hésite plus à interpeller le groupe et je fais des propositions. » ; une IDE confirme : « cela a sensibilisé les agents, les AS et même les Agents des Services Hospitaliers (ASH) signalent... tous les agents participent, c'est important d'impliquer l'équipe, ça motive », « tous les acteurs sont écoutés ».

#### *Le sentiment du travail bien fait*

Il est enfin mis en évidence que les EPP permettent également de valoriser un travail de qualité : « On sait parfois que l'on travaille bien, mais cela fait du bien de pouvoir le prouver, c'est valorisant de travailler de façon intelligente... le fait d'assurer le suivi, on prend plus en compte les cotés positifs du travail ».

#### E) La constitution et la composition des groupes de travail des EPP

Les groupes se sont constitués, en un premier temps sur appel à candidatures volontaires, puis en fonction des thèmes, d'autres professionnels nécessaires à une approche la plus exhaustive, ont été sollicités. Dans ce cas de figure, les avantages exprimés par les participants sont multiples.

#### *Un partage des visions propres de chacun des acteurs*

Ce fonctionnement permet d'envisager une approche différente d'un même problème :

- Pour un cadre de santé : « L'avantage, c'est de rassembler tous les acteurs autour d'une table, autour du problème en de dehors du quotidien. On parle du problème, on partage la vision de chacun et on peut en discuter et pour les professionnels, de comprendre les difficultés des autres.
- Pour un médecin : « cela permet d'augmenter le niveau de connaissance du thème, d'élaborer un référentiel connu de tous et l'identifier comme outil d'évaluation ».

#### *Une condition obligée pour définir un chemin clinique*

Une AS relate : « J'ai adoré la constitution du chemin clinique, on crée un référentiel de prise en charge sur plusieurs jours et tout le monde sait ce qu'il doit faire. ».



### *Des relations de travail améliorées*

La connaissance des différents acteurs induite par le travail en équipe pluri professionnelle et multi catégorielle favorise la compréhension des problématiques de chacun et change les relations professionnelles directes entre ceux-ci : « Cela développe la participation concrète des acteurs, par exemple, les diététiciennes sont de plus en plus présentes lors de la distribution des repas et cela permet d'apprendre à se connaître, à cheminer ensemble. », « avant les diététiciennes ne venaient que pour nous contrôler et nous faire des reproches, maintenant elles viennent et nous conseillent en cas de problèmes. ».

### F) Le choix du référentiel

Le choix initial des référentiels s'est arrêté aux propositions faites par la HAS.

### *Un outil à s'approprier..*

Dans la majorité des cas, le référentiel choisi a été retravaillé, même à minima par le groupe, afin de faciliter son appropriation par les différents acteurs : « le référentiel HAS au départ, puis une discussion pluridisciplinaire a entraîné une légère modification ».

### *Pour réduire les freins à son utilisation.*

« Un référentiel HAS, mais décidé par les médecins, mais pas assez travaillé par le personnel. ».

### G) La Formation aux EPP

Une formation initiale des différents acteurs pour la certification V2 a été réalisée. Depuis, la direction des soins, dans la finalité de préparer la certification V2010, a organisé une formation aux EPP paramédicales. Le choix retenu est de former un trinôme par pôle : un CS, un IDE et un AS.

La méthode pédagogique choisie est une formation action. En fonction des thèmes retenus, d'autres paramédicaux intègrent les groupes.

### *Une formation lourde mais dynamisante*

Cette formation est perçue comme trop théorique par les soignants mais néanmoins intéressante, et trouve l'adhésion des participants dès sa phase de concrétisation.

Selon une AS traduit, « la formation à la méthode des EPP a été très difficile, très théorique, trop ! Par contre le mettre en pratique, c'est bien. Une nouvelle approche des pratiques. ».

### *Qui ne fait pas l'unanimité*

En effet, le médecin responsable de la qualité est en désaccord avec le principe : « Il est impossible de concevoir des EPP uniquement paramédicales, il y a obligatoirement une interface médicale à un moment ou à un autre. ».

#### H) Les méthodologies retenues pour l'élaboration des EPP

L'audit ciblé initial et la résolution de problèmes sont les incontournables outils privilégiés par les différents groupes dès lors que les thèmes abordés touchaient à la pluridisciplinarité. Le chemin clinique est très choyé par les AS et les médecins, moins par les infirmières :

« J'ai adoré la partie, chemin clinique... on pourrait en faire plein dans le service, mais les IDE disent que non. ».

#### I) Le cadre de santé et les EPP

Ce thème est ressorti spontanément des entretiens sans question directe de ma part, seules les catégories sensibles ont abordé les sujet, les cadres de santé, les IDE de gériatrie (sensibilisées au rôle d'encadrement) et un médecin.

### *Le cadre de santé, un animateur des groupes...*

Pour les cadres de santé, leur management est nécessaire : « L'EPP, ne fait pas tout, derrière le cadre doit travailler pour faire perdurer et entretenir le questionnement », « le CS a été missionné par le Cadre Supérieur de Santé (CSS) pour piloter le projet », « l'EPP est un exceptionnel outil de management avec la présence nécessaire du cadre. ».

*Mais pas légitimé par tous.*

Pour les IDE de gériatrie : « les cadres ne sont pas souvent présent au contact, nous sommes là derrière, pour relancer, toujours. Il y a toujours des oublis, même pas importants » ; et pour le médecin responsable de la qualité : « le chef de projet peut être le cadre mais pas obligatoirement, une personne motivée peut être légitime. Le cadre ? Oui mais au début. ».

J) Des difficultés vécues principalement par les soignants lors des EPP

*Une formation théorique ressenti comme très lourde par une majorité des soignants*

« La formation à la méthode des EPP a été très difficile, très théorique, trop ! ».

*Même si la phase concrète est très appréciée*

« La formation a été perçue difficile par les soignants car très théorique, mais la phase concrète de l'EPP a créé la dynamique. ».

*Un investissement chronophage non valorisé...*

« La difficulté, c'est que ça mange du temps, on fait ça en plus du travail et on reste après, sur notre temps personnel, mais c'est pas toujours facile. ».

*Et le ressenti d'une organisation non centrée sur les soignants*

« Les réunions sont programmées pour les cadres et les médecins », « la difficulté aussi, c'est le turn-over, tous ces gens non formés qui entrent dans la dynamique... ».

## **2.3 Regard sur les hypothèses énoncées**

### **2.3.1 Première hypothèse**

*Hypothèse n°1 : Les EPP permettent aux soignants de s'approprier la démarche d'amélioration continue de la qualité parce qu'elles interrogent les pratiques professionnelles individuelles.*

Cette hypothèse est validée.

#### A) L'évaluation c'est le suivi, le suivi c'est l'évaluation

L'étude permet de démontrer en un premier temps que la pratique des EPP démystifie et valorise chez les soignants l'étape d'évaluation. Tous sont unanimes sur l'utilité de cette étape qui leur garantit un SUIVI de leur prestation soin. Le suivi trace le quantitatif mais surtout assure et visualise le niveau de qualité de la prestation délivrée. Il permet donc aux soignants d'identifier les déviations des pratiques et les points critiques à améliorer, les points forts et de mesurer le niveau de la qualité des soins proposée. Ce constat provoque une analyse réflexive des pratiques de soins, source d'appropriation de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

#### B) Du réflexe à la réflexion

Toutes les personnes interrogées sont unanimes pour valoriser une démarche dont l'intérêt majeur est de travailler de façon intelligente en étayant sa pratique sur un questionnement et non sur une réponse systématisée. Pour les cadres, l'important est de, grâce aux EPP, déclencher un questionnement et de le faire s'approprier par les soignants. Ceux-ci, les EPP sont à l'origine d'une remise en cause de leur pratique, par la mise en évidence des déviations existantes et le déclenchement d'un questionnement.

#### C) Une réserve

L'étude montre très largement, qu'au-delà d'un questionnement des pratiques professionnelles individuelles, les EPP ont déclenché une réflexion d'équipe qui favorise le développement réel et durable de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

#### D) Une variable

Si l'hypothèse semble affirmée, il faut néanmoins la contextualiser. L'analyse thématique des entretiens met en évidence une variable à la pertinence des EPP qui est le choix du thème. Pour lier le groupe à la démarche, le thème choisi doit être obligatoirement concret, répondre à une problématique locale et obtenir un consensus de tous les acteurs.

### **2.3.2 Deuxième hypothèse**

*Hypothèse n°2 : Les EPP permettent aux soignants de s'approprier la démarche d'amélioration continue de la qualité parce qu'elles obligent à utiliser un référentiel commun.*

Cette hypothèse est validée.

L'enquête montre qu'effectivement les EPP obligent à utiliser un référentiel commun, mais que de plus, celui-ci, pour se faire approprier, doit être retravaillé par le groupe pour validation ou adaptation. Cette étape semble indispensable pour réduire des freins à son utilisation.

### **2.3.3 Troisième hypothèse**

*Hypothèse n°3 : Les EPP permettent aux soignants de s'approprier la démarche d'amélioration continue de la qualité parce qu'elles obligent à une démarche pluri professionnelle et multi catégorielle.*

Cette hypothèse est validée.

L'enquête montre que les EPP nécessitent une approche pluri professionnelle et multi catégorielle pour obtenir un niveau de connaissance la plus optimale du thème afin de cerner au mieux toutes interfaces existantes. Cette approche favorise tout naturellement le partage des visions et la compréhension des difficultés propres à chaque acteur. Elle démontre également que cette approche est une condition obligée à l'élaboration des chemins cliniques. Enfin, elle met en évidence que la connaissance des différents acteurs favorise la compréhension des problématiques de chacun et change positivement les relations professionnelles directes.

### **3 Manager le développement de la culture qualité chez les soignants par la pratique de « L'EPP au fil de l'eau »<sup>18</sup>**

Faire de l'évaluation des pratiques professionnelles un levier pour le management de la démarche d'amélioration continue de la qualité impacte directement les missions du Directeur des soins. Etayant ma réflexion sur les résultats de cette enquête, mais également sur d'autres menées précédemment, ainsi que sur des analyses bibliographiques, je proposerai d'aborder les points qui me semblent clés pour envisager une installation pérenne de la démarche d'amélioration continue de la qualité dans la culture professionnelle des soignants.

#### **3.1 Les préalables, les fondements**

*Une nécessaire volonté politique institutionnelle*

« Il ne peut y avoir de véritable démarche qualité sans qu'elle ne soit intégrée dans un projet global institutionnel »<sup>19</sup>.

Pour C PANCHAUD, il est nécessaire de respecter trois principes essentiels pour que la conduite d'un projet qualité soit efficace : « l'intégration du projet qualité dans une dimension institutionnelle, la nécessité d'une démarche participative et enfin, la cohérence du projet avec la fonctionnement de l'hôpital »<sup>20</sup>.

L'Anaes dans la même perspective, proposait de se reposer méthodologiquement sur les quatre dimensions de Shortell dans ses « principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé »<sup>21</sup>.

---

<sup>18</sup> ROUSSEL P., « *Politique qualité : Conduite de programmes d'amélioration de la qualité* », Filière de formation des Directeurs de soins, 10 avril 2008, Rennes, EHESP, 2008, 48 p.

<sup>19</sup> DALY JC., 2007, L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie : un enjeu stratégique pour le directeur des soins, mémoire de Directeur des soins : Rennes, EHESP, 61 p.

<sup>20</sup> PANCHAUD C., 1999, « La qualité des soins infirmiers », Paris : Maloine, 149 p

<sup>21</sup> ANAES., 2002, « *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé* », Paris : ANAES.

- **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 un 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 en équipe, l'approche client, l'évaluation et la mesure et enfin l'approche positive de l'erreur.

Un regard sur la structure support à l'enquête concrétise effectivement la présence des points prescrits:

- Une politique qualité clairement définie, inscrite dans le projet d'établissement, formalisée dans un guide, validée par les instances.
- Une direction qualité identifiée, une cellule qualité et gestion des risques et un comité de pilotage opérationnels.
- Une politique de formation visant à développer les compétences méthodologiques liées au projet qualité actualisée par des actions de formations transversales des catégories professionnelles des différents acteurs.
- Une déclinaison des valeurs professionnelles développées dans l'établissement et présentées dans le projet d'établissement.

## 3.2 Les variables mises en relief par les entretiens

L'analyse des entretiens a mis en relief plusieurs variables clés qui permettent en évidence des points favorables, des représentations d'acteurs qui ne semblent plus d'actualité et d'autres insoupçonnées, mais aussi certaines limites à la structuration de la démarche continue de la qualité par l'intégration des EPP aux pratiques des soignants. De plus, ces variables étant en interface et donc en interdépendance, Il semble important d'en identifier les éléments contextuels, d'en mesurer les contours pour aider à définir la stratégie managériale de la direction des soins.

### 3.2.1 La pratique de l'évaluation

Contrairement aux idées souvent reçues et exprimées comme telles, le médecin responsable de la qualité dans l'établissement pense que l'évaluation est vécue chez les soignants comme une sanction : « L'évaluation n'est pas une sanction, mais les acteurs ne l'ont pas dépassé ». Cet aspect est également développé par Y.COTTRET: « dans le monde paramédical, l'inscription de l'évaluation comme élément constitutif d'un acte, d'une pratique, n'est pas conscientisée chez l'ensemble des professionnels de santé »<sup>22</sup>. Les professionnels interviewés l'expriment différemment. Ils la ressentent d'une part, comme un acte garantissant le **suivi**<sup>23</sup> des pratiques de soins, d'autre part comme un acte leur permettant de mesurer le niveau de qualité de la prestation délivrée et de visualiser la déviance des pratiques ou une qualité reconnue. Cette pratique de l'évaluation est également vécue comme de source de réflexion. Tous les professionnels sont unanimes pour valoriser la démarche réflexive engendrée par la pratique de l'évaluation : « un questionnement intelligent systématisé »<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup>COTTRET Y., Août 2006, « L'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales, Culte ou culture ? », *Soins Cadres*, n°59, p 74.

<sup>23</sup> En référence page 15

<sup>24</sup> En référence page 16



Il est autorisé de penser que, dans l'établissement, l'installation des fondements a été réalisée de façon efficace, ce qui renforce leur utilité.

D'autres études expliquent que l'évaluation vécue comme une sanction serait liée aux aspects « totémisants<sup>25</sup> » de la procédure d'accréditation.

Mais d'autres variables interfèrent.

### **3.2.2 Le choix du thème et...**

Il ressort des entretiens deux conditions obligées pour l'adhésion des équipes au thème de l'EPP. Il doit être concret et pour cela répondre à un problème ou un besoin local et susciter un consensus du groupe.

Les limites retrouvées :

- L'EPP doit aboutir à l'émergence d'une action d'amélioration, le thème devant permettre l'élaboration d'objectifs réalisables.
- L'EPP redondante.

La non réponse ou la superposition des groupes de travail risque, en terme de charge de travail pour les professionnels, d'aboutir à un épuisement professionnel.

### **3.2.3 Le choix du référentiel**

*Un référentiel commun.*

Pour être commun, le référentiel doit être élaboré par le groupe ou s'il est pré existant, il doit être validé ou adapté par le groupe. Ce préalable semble être une étape indispensable à une efficacité optimale du travail.

L'étude menée par G.HERREROS et B. MILLY arrive à une même conclusion : « des référentiels dont les intitulés semblent déconnectés des réalités du terrain et du quotidien des services. Du coup, la question de la légitimité de

---

<sup>25</sup> HERREROS G., MILLY B., « Les effets de l'évaluation : l'exemple de la certification des établissements de santé. », *Soins Cadres*, n°58, p 24.

l'évaluation reste posée. [...] il importe que la légitimité des supports de celle-ci soit travaillée, co-travaillée.<sup>26</sup>».

### **Proposition**

Le Directeur des soins et la CSIRMT, de par leurs missions relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles, ont un rôle central pour éviter de tels risques. Une validation initiale des EPP paramédicales, avant proposition auprès la cellule qualité pourrait être un « filtre » efficace. La présence d'experts et de représentants des usagers invités par la CSIRMT a participé à ces séances, assurerait une valeur ajoutée à la légitimité de la sélection.

### **3.2.4 Le management de la formation**

Sans revenir sur les formations initiales réalisées lors des procédures d'accréditation et de certification par les établissements de santé, qui font partie des préalables décrits auparavant, dans la structure enquêtée ainsi que dans certains autres établissements, la direction des soins, conformément aux objectifs énoncés dans le projets de soins, a organisé une formation aux EPP paramédicales afin de préparer la certification V2010.

#### **La formation action**

Le choix d'utiliser « la formation action » comme méthode pédagogique satisfait unanimement les participants questionnés. Il est effectivement primordial d'utiliser un mode d'apprentissage s'appuyant sur l'action, en totale adéquation avec les attentes des professionnels, qui expriment leurs besoins de « concret » et la jugent dynamisante.

Une première limite émerge néanmoins, la première partie de la formation qui s'efforce d'apporter les pré requis nécessaires, c'est-à-dire la culture base de la démarche qualité, est vécue comme trop théorique et très difficile à intégrée.

---

<sup>26</sup> HERREROS G., MILLY B., « Les effets de l'évaluation : l'exemple de la certification des établissements de santé. », *Soins Cadres*, n°58, p 25.

Cette réaction touche principalement les agents de catégorie B, qui ont souvent un cursus scolaire plus court, mais qui ont une responsabilité équivalente dans la démarche.

### **Proposition**

Il est important que tous les membres du groupe aient un niveau de connaissance requis équivalent au moment de l'action, je suggère donc de retravailler le cahier des charges afin de graduer le temps réservé à cette étape par catégorie professionnelle.

La seconde limite vécue comme une difficulté est le turn-over dans les équipes que connaissent beaucoup de services. La reconstruction constante des groupes de travail ne facilite pas la construction culturelle de la démarche et de l'action et elle risque d'entraîner un syndrome d'épuisement chez les personnels stables.

### **Proposition**

S'il est illusoire de vouloir régler cette difficulté promptement, il est possible d'en atténuer les effets avec le temps en associant deux actions:

- Tenter de gérer les mouvements en les régulant sur un échéancier contextualisé, chaque structure ayant ses contraintes propres.
- Associer cette action à un plan de formation pluriannuel renforcé comptant des actions de formation itératives visant à former en un premier temps, les référents de service, puis une majorité des personnels, dont les nouveaux venus, et ce au regard du projet d'établissement, avec ses versants projet qualité et projet de soins.

Un axe complémentaire qui est à travailler dès maintenant est le développement d'un partenariat avec les directions d'Instituts de Formation des Soins Infirmiers (IFSI), voire Aide-soignant, pour l'enseignement chez nos futurs professionnels de cette culture qualité. Pour support, le référentiel de compétences prévisionnel pour le futur diplôme d'état d'infirmier<sup>27</sup> compte

---

<sup>27</sup> DHOS, 2008, « Document de travail : Diplôme d'état d'infirmier. Référentiel de compétences », version 21, Paris : DHOS, 14 p.

dix compétences. L'une est consacrée à ce thème : **Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle.**

Ces trois actions menées en parallèle pourraient aider à atténuer cette difficulté ressentie.

### **3.2.5 Le cadre de santé et les EPP**

Dans la structure, les cadres revendiquent leur place d'animateur, à mon avis à juste titre. En reprenant les résultats de l'analyse thématique, ils situent leur rôle, sur la forme, dans l'encadrement de la démarche, afin de garantir la rigueur méthodologique et la continuité de l'action, pour « ne pas perdre le sens »<sup>28</sup>. Sur le fond, leur démarche managériale consiste à accompagner les équipes dans leur questionnement, leur réflexion, leur remise en cause et à entretenir la motivation professionnelle issue des EPP afin de pérenniser la modification des pratiques.

#### **Proposition**

Suite aux difficultés exprimées par les personnels sur l'organisation du temps consacré au travail sur l'EPP, et afin d'éviter un syndrome d'épuisement, les cadres doivent pouvoir garantir la valorisation du temps investi par les équipes. Cet environnement fait parti des préalables et doit être formalisé dans le projet

La direction des soins se doit d'accompagner les cadres dans ce travail managérial parfois complexe. Des réunions de synthèse réflexive, devraient assurer un suivi des démarches et une recherche de solutions pour répondre aux problématiques collectives et individuelles.

Un travail sur ce thème, menée par la Direction des soins du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, conclut de même : « L'évaluation des pratiques professionnelles replace le cadre dans un positionnement transversal de manager, au cœur même de son métier. Cette démarche permet d'optimiser la qualité des soins dispensés au patient , mais aussi de faire vivre ce souci

---

<sup>28</sup> MOREL C., 2002, « *Les décisions absurdes* », Paris : Gallimard, pp 303-321.

constant de qualité en valorisant le travail réalisé par les équipes. Cela demande un travail important en terme d'organisation : l'EPP nécessite du temps, de la rigueur et beaucoup de persévérance dans la mobilisation de soi et des autres. En résumé, elle constitue un véritable enrichissement professionnel dans la fonction d'encadrement.

Enfin, La communication reste le levier naturel d'un management formalisant la déclinaison du projet de soins.

En interne, une information générale qui vise à formaliser l'état d'avancée des travaux puis à valoriser les équipes par la diffusion des résultats.

Cette diffusion en interne facilitera, après un travail d'appropriation, leur déploiement dans l'établissement, et en externe, une médiatisation permettra de valoriser la qualité prouvée des prises en charge, aux bénéfices des usagers et de la structure.

## Conclusion

Ce travail, dans ses limites de temps, de volume exploratoire et d'écriture, ne peut avoir comme seule ambition que de proposer des pistes de réflexion à peine débroussaillées.

Il met en relief l'EPP comme levier du déploiement de la politique de soins. Je rejoins pleinement l'analyse sur ce point de JC. DALY : « Anticiper la réalité de l'évaluation des pratiques soignantes, qui va à court terme, devenir une obligation, permet au Directeur des soins d'inscrire une formalisation des pratiques cliniques comme une priorité dans la déclinaison et la mise en œuvre de sa politique de soins [...]. Cette priorité a comme corollaire de bâtir une stratégie de coopération avec le corps médical pour développer une approche conjointe des pratiques professionnelles dans la dimension collective et culturelle de l'organisation des soins [...]. La dimension transversale de la démarche qualité et des pratiques professionnelles est une opportunité pour le Directeur des soins pour renforcer la communication entre les pôles et l'implication des acteurs, dans la mise en œuvre des projets et de sa politique [...]. Pour conclure sur l'intérêt professionnel des EPP, leur occurrence représente une réelle opportunité pour élaborer un travail commun entre les sphères [de l'hôpital] pour développer l'appropriation culturelle de la qualité au sein des établissements<sup>29</sup> ».

Les résultats de l'étude m'ont apporté des enseignements forts, mais qui resteront encore à explorer.

Le premier est que, sous réserve de préalables exécutés et évalués, les soignants adhèrent sincèrement à la culture de l'évaluation des pratiques.

Le second est que l'EPP, pratique à fonction normalisante, parfois standardisante, induit chez les soignants un questionnement, une remise en

---

<sup>29</sup>DALY JC., 2007, L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie : un enjeu stratégique pour le directeur des soins, mémoire de Directeur des soins : Rennes, EHESP, p 4.

cause des pratiques individuelles et collectives, qui aboutissent à une réflexion visant à éviter le soin réflexe et à individualiser les prises en charge des patients.

Enfin en dernier point et dans le contexte où finalement, ma prise de poste se fera en IFSI, je rejoindrai le regard de R. DERENNE : « Ces démarches qualité sont parfois qualifiées de « lourdes » tant il est vrai que l'apprentissage des outils requiert du temps, des ressources et de la rigueur. Une introduction précoce en formation initiale devrait permettre une acquisition en douceur<sup>30</sup> ».

J'en suis personnellement convaincu.

---

<sup>30</sup> DE GAILLANDE L., DERENNE R., 2007, « les démarches qualité en santé ; Panorama.. », *Gestions hospitalières*, n° 467, p 420.

---

# Bibliographie

---

## Textes réglementaires

- LOI no 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. JORF n°179 du 2 août 1991.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JORF du 3 janvier 2002.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF n° 54 du 5 mars 2002.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JORF n°190 du 17 août 2004.
- Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. JORF n° 98 du 25 avril 1996.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JORF n°98 du 25 avril 1996.
- Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs de soins de la fonction publique hospitalière. JORF n°95 du 23 avril 2002.
- Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. JORF n°88 du 15 avril 2005.
- Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. JORF n°113 du 16 mai 2007.
- Décret n°2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut conseil des professions paramédicales. JORF n°113 du 16 mai 2007.

## Ouvrages

- ANAES., 2002, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, Paris : ANAES, 77 p.
- DHOS, 2008, *Document de travail : Diplôme d'état d'infirmier. Référentiel de compétences*, version 21, Paris : DHOS, 14 p.



- DUBAR C., 1998, *la socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Amand colin, 276 p.
- DURAND JP., WEIL R., 2006, *Sociologie contemporaine*, 3<sup>e</sup> édition revue et augmentée, Paris : Vigot, 797 p.
- Doucet C. 2007, *La qualité*, 2<sup>e</sup>me édition mise à jour. Paris : Editions puf, 128 p
- FROMAN B., GOURDON C., 2003, *Dictionnaire de la qualité*, Saint-Denis : AFNOR, 220 p.
- HAS., 2005, *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé*, Paris : Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, 47 p.
- HAS., 2007, *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation*, édition 2007, Paris : Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, 180 p.
- LETEURTE H., PATRELLE I, QUARANTA JF., 1995, *La qualité hospitalière*, Paris : Berger Levrault, 117 p.
- MAGUEREZ G. 2005, *L'amélioration continue de la qualité, c'est ce qu'on peut faire pour le prochain usager, celui qui franchira la porte demain*, Rennes : Editions ENSP, 119 p.
- MOREL C., 2002, *Les décisions absurdes*, Paris : Gallimard, 366 p.
- PANCHAUD C., 1999, *La qualité des soins infirmiers*, Paris : Maloine, 149 p.

## Articles

- BERNARD L., PIRIOU V., 2005, « Qualité et T2A : un ménage difficile ? « Jeune couple en installation cherche banquier compréhensif », *Gestion Hospitalière*, n°449, pp 645-649.
- DERANGERE C., TONY A., CHRISTE R., 2008, " Evaluation des pratiques professionnelles: la place des cadres », *Objectif soins*, n°167, pp 23-25.
- CADET D., 2006, « Evaluation des pratiques professionnelles : réflexions et expériences », *La revue hospitalière de France*, n°511, pp23-25.
- COTTRET Y., Août 2006, « L'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales, Culte ou culture ? », *Soins Cadres*, n°59, pp.73-76.
- DE GAILLANDE L., DERENNE R., 2007, « les démarches qualité en santé ; Panorama.. », *Gestions hospitalières*, n°467, pp 414- 421.

- BRAILLON A., CHAINE FX., 2007, « Pour une évaluation des pratiques professionnelles intelligente et réaliste », *Soins Cadres de santé*, Supplément n°62, pp S23-S24.
- HERREROS G., MILLY B., « Les effets de l'évaluation : l'exemple de la certification des établissements de santé. », *Soins Cadres*, n°58, pp.24-28.
- NACHIN P., DAUCOURT V., 2007, « La certification V2 : Analyse des 216 premières procédures », *Risques et Qualité*, volume IV n°3, pp 136-142.
- FORCIOLI P., 2005, « T2A et qualité », *Gestions Hospitalière*, n°449, pp 649-650.

### Conférences

- ROUSSEL P., « *Politique qualité : Evaluation des pratiques professionnelles* », Filière de formation des Directeurs de soins, 10 avril 2008, Rennes, EHESP, 2008, 24 p.
- ROUSSEL P., « *Politique qualité : Conduite de programmes d'amélioration de la qualité* », Filière de formation des Directeurs de soins, 10 avril 2008, Rennes, EHESP, 2008, 48 p.

### Mémoires

- DALY JC., 2007, *L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie : un enjeu stratégique pour le directeur des soins*, mémoire de Directeur des soins : Rennes, ENSP, 61 p.
- WOLF F., 2007, *Sécurité Sanitaire et gestion des risques en établissement de santé : Quelle contribution du directeur des soins ?*, mémoire de Directeur des soins : Rennes, ENSP, 75 p.

### Sites Internet

DERENNE R. *L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : vers une amélioration de la prise en charge des patients*. [visité le 15.07.2008], disponible sur Internet : <http://www.infirmiers.com/carr/cadre/evaluation-pratiques-profession/>

HAS. *La lettre d'information N°12 de l'HAS*. Numéro spécial - juillet/août 2008 disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_419624/lettre-d-information-de-la-haute-autorite-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_419624/lettre-d-information-de-la-haute-autorite-de-sante)

HAS. *Le Manuel de certification « V 2010 en version pilote »*. disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/>

ANDEM/ ANAES. *Fonds de l'évaluation médicale (1987-2000)* disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/>

---

## Liste des annexes

---

**Annexe n1** : Guide d'entretien

**Annexe n2** : Grille d'analyse thématique

.

## **Guide d'entretien EPP**

**En quoi les EPP permettent aux soignants de s'approprier\* la démarche d'amélioration continue de la qualité,**

- **Parce qu'elles interrogent les pratiques professionnelles individuelles.**
- **Parce qu'elles obligent à utiliser un référentiel commun.**
- **Parce qu'elles obligent à une démarche pluri professionnelle et multi catégorielle.**

### **GUIDE**

**1. Pouvez-vous m'expliquer comment cela s'est passé ?**

- Pourquoi ?... Comment ?... Reformuler !!...Décortiquer !!!

**Modifications dans les pratiques :**

- Quels changements, comment
- Quels types de modifications

**Référentiels communs :**

- Existants ? HAS .....
- Elaboré par le groupe de travail ?
- Partagé ? Connu ?
- Evalué ?

**Démarche pluri professionnelle\* ? Multi catégorielle\* ?**

- Conséquences ? Avantages/Inconvénients ?

## Annexe n2

<b>Thèmes des EPP</b>		
1	3 EPP travaillées suite à des problématiques rencontrées. Dénutrition, chutes, contentions.	a
1	Contentions : problème local	a
1	Escarres : se faire s'approprier le questionnement par les soignants. Développer la réactivité chez les soignants	a
1	Certes il y avait la certification, mais on a choisi des EPP concrètes, pragmatiques pour favoriser l'appropriation. EPP pas dramatiques mais rencontrées dans le service	a
2	Suite à la certification V2, la direction des soins a décidé de préparer la V2010 et de travailler sur des EPP paramédicales. Le choix était donc orienté.	a
2	La CS a été missionnée par le CSS pour piloter le projet. Le projet de service se définit autour de la problématique « dénutrition », le thème à explorer se devait d'être en adéquation et a été cerné au cours de la formation. Le thème retenu : dépistage de la dénutrition de la personne âgée.	a
2	Le choix de l'EPP est lié à une problématique du service, souvent rencontrée, avec la volonté d'aboutir sur des actions concrètes. Une second la possibilité d'élargir les actions au pôle, voire à l'établissement.	a
3	EPP : au départ, on voulait travailler sur les escarres, puis le raisonnement du groupe a choisi de traiter un des causes possibles : la dénutrition.	a
4	(les contentions) pour le protocole, les familles ont participés et se sont impliquées	a
6	EPP : la contention. Le référentiel : HAS au départ, puis discussion pluridisciplinaire qui a entraîné une légère modification	a
7	Le sujet concret a modifié les pratiques. Favoriser un fonctionnement pluridisciplinaire. Développement d'une réflexion collective pour des décisions autour d'individus. Une valorisation postérieure : chez nous on a fait.....Une dynamique s'est créée	a
7	Il faut s'intéresser à des choses qui semblent basiques, mais qui posent un problème constant	a
8	Choix de l'EPP = un problème concret	a
8	EPP paramédicale : la dénutrition= choix de l'équipe : IDE/AS	a
9	Les causes et solutions sont souvent organisationnelles	a
9	L'utilité de FEI (Fiche Événement Indésirable) qui permet de définir des thèmes à utiliser dans les conclusions	a

<b>Pratique de l'évaluation</b>		
1	Qui sont toujours des outils de suivi dans les services	b
1	Les décisions sont réévaluer dans le cadre du projet thérapeutique : toutes les 5 semaines	b
1	Elle développe la notion d'évaluation et la remise en cause. Elle motive la réflexion : un questionnement +++++	b
1	Le suivi est devenu systématique et l'évaluation à l'entrée aussi. La mise en place d'une commission de suivi qui se réunit une fois par mois, qui analyse la situation. Le plus lourd, c'est le suivi : re évaluation des choix tous les mois	b
3	A permis une affirmation de soi, en cas de questionnement, interpellation du groupe, avec une force de propositions. Mais maintenant, il faut assurer le suivi, il faut évaluer pour voir l'amélioration. Prête à travailler sur d'autres facteurs et d'autres thèmes. Partante pour recommencer	b
4	Maintenant les bilans d'entrée sont faits systématiquement, la kiné participe	b
4	Le sentiment d'avoir augmenté la prestation qualité (les 2 IDE). D'être plus à l'écoute du patient et de la famille. Dans le respect. Avant on été déjà bon mais maintenant c'est structuré et complet. Mais il faut arriver à assurer le suivi	b
6	Mise en place d'une fiche de prescription avec programmation de la ré évaluation systématique tous les mois	b
7	EPP serve aussi à montrer que 'est bien	b
8	On sait parfois que l'on travaille bien, mais cela fait du bien de pouvoir le prouver. Valorisant de travailler de façon intelligente. Ca permet de pouvoir valoriser les soins éducatifs. Ca remet en cause des pratiques. Le fait d'assurer le suivi, on prend plus en compte le coté positif du travail. De voir des problèmes résolus à la sortie des patients	b
9	L'évaluation n'est pas une sanction, mais les acteurs ne l'ont pas dépassé	b
<b>Réflexion, prise de conscience, motivation, remise en cause</b>		
1	Intérêt = prise de conscience	c
1	Avantage : à déclencher un discussions avantage : inconvénients= adaptation à la situation	c
1	Intérêt : prise de conscience qui à déclencher un questionnement	c
1	Escarres : se faire s'approprier le questionnement par les soignants. Développer la réactivité chez les soignants	c
1	La prise de conscience : la volonté de s'approprier le problème	c

1	Certes il y avait la certification, mais on a choisi des EPP concrètes, pragmatiques pour favoriser l'appropriation. EPP pas dramatiques mais rencontrées dans le service	c
1	Elle développe la notion d'évaluation et la remise en cause. Elle motive la réflexion : un questionnaire +++++	c
1	Amélioration de la prise en charge = un questionnaire intelligent systématisé. On a enclenché cette dimension là. Maintenant, il faut faire vivre et continuer à avancer roue de Deming. Même si des choses étaient faites avant, les EPP ont permis de structurée. En gériatrie, tous les acteurs ont écoutés ;;;;; notion de lieu ? Le projet de vie oblige à un questionnaire.	c
2	La réalisation de cette EPP a déclenchée une dynamique, avec une réelle prise de conscience de déviance de pratique et notamment chez les AS. Déclenchement d'un questionnaire initial individuel, puis transmis à l'équipe.	c
3	« Si on intègre les employés dans la démarche, on les motive beaucoup plus ! »	c
3	Une réflexion sur les conséquences d'un mauvais suivi de la cause. Avoir travailler sur :	c
3	Création d'un questionnaire, d'une réaction systématique, transmise et déclenchant un questionnaire de groupe.	c
3	Reprise des dossiers, on s'est aperçu que l'on pesait mais on ne toisait pas. Donc Réflexion de groupe, répartition des actions correctrices pour réajuster les pratiques.	c
3	A permis une affirmation de soi, en cas de questionnaire, interpellation du groupe, avec une force de propositions. Mais maintenant, il faut assurer le suivi, il faut évaluer pour voir l'amélioration. Prête à travailler sur d'autres facteurs et d'autres thèmes. Partante pour recommencer	c
4	Sur l'alimentation, des choses été faite mais pas toujours systématiquement mais il manquait pas grand-chose. EPP a provoqué une réflexion sur la procédure. Maintenant, c'est structuré, suivi, on évalue, on remet en cause. Mais cela a été fait trop vite, dans l'urgence accréditation. Mais dans le concret, on a structuré, on suit, on peut en reparler	c
4	Une adaptation des soins. Tous les agents participent, c'est important d'impliquer l'équipe, ça motive. Pour les réunions d'évaluations, tous les agents ont la volonté de participer. C'est un enrichissement intellectuel = faire les choses de façon réfléchie. On apprend toujours quelque chose	c
4	Mais derrière, il faut relancer, toujours. Il y a toujours des oublis, mais	c



	plus cohérent. EPP sur les contentions a provoqué une remise en cause totale des pratiques (plus de 8 ans). On réfléchit, on ne fait plus (les contentions) systématiquement par crainte du risque. Et les résultats sont mieux (moins de chutes). Ca a provoqué une réactivité du groupe même s'il faut quelqu'un qui dirige. EPP a ré appliqué les pratiques. Les AS sont très sensibilisés parce qu'elles ont participé	
4	Une adaptation des soins. Tous les agents participent, c'est important d'impliquer l'équipe, ça motive. Pour les réunions d'évaluations, tous les agents ont la volonté de participer. C'est un enrichissement intellectuel = faire les choses de façon réfléchie. On apprend toujours quelque chose	c
6	Réflexion collective autour d'une analyse individuelle de la personne = discussion bénéfiques / risques. La modification = réflexion d'équipe a remplacé le réflexe sécuritaire. Ca augmenter le niveau de connaissance du thème, un référentiel connu de tous, identifié comme un outils d'évaluation, qui a servi a l'audit clinique ciblé. Un thème concret avec une dimension éthique	c
7	A travaillé sur 2 EPP	c
7	Le sujet concret a modifié les pratiques. Favoriser un fonctionnement pluridisciplinaire. Développement d'une réflexion collective pour des décisions autour d'individus. Une valorisation postérieure : chez nous on a fait.....Une dynamique s'est créée	c
8	Ref : CLAN, CSIRMT, encadrement des élèves	c
8	Le soucis montré : on fait bien dans la pratique, le bilan initial est fait mais pas de suivi. Il n'est jamais évalué, donc on peut pas avancer	c
8	On s'est aperçu que des fois tout n'était pas fait	c
8	On sait parfois que l'on travaille bien, mais cela fait du bien de pouvoir le prouver. Valorisant de travailler de façon intelligente. Ca permet de pouvoir valoriser les soins éducatifs. Ca remet en cause des pratiques. Le fait d'assurer le suivi, on prend plus en compte le coté positif du travail. De voir des problèmes résolus à la sortie des patients	c
8	Il y avait un différence entre le travail ressenti FAIT et ce qui était réellement fait. Ce qui a été une remise en cause	c
8	On a réfléchi en équipe pour réajuster. L'équipe est motivée car on n'a pas beaucoup de temps pour en parler mais on déborde un peu pour le faire	c
8	Ca a développé une réflexion d'équipe, une prise de conscience pour tous les soins, maintenant l'ASH alerte dès que une personne ne mange pas ou peu. Un problème est maintenant identifié, il provoque un questionnement et une réflexion de tous en équipe. Je le vis très très bien et je suis très contente de travailler comme cela. Ca ne peut	c

	être que mieux pour le patient Qualité	
9	Il y a une évolution des mentalités, ça démarre. Le personnel s'interroge, réfléchit avant d'agir	c
<b>modification des pratiques</b>		
1	Escarres : se faire s'approprier le questionnement par les soignants. Développer la réactivité chez les soignants	d
1	Amélioration de la prise en charge = un questionnement intelligent systématisé. On a enclenché cette dimension là. Maintenant, il faut faire vivre et continuer à avancer roue de Deming. Même si des choses étaient faites avant, les EPP ont permis de structurée. En gériatrie, tous les acteurs ont écoutés ;;;; ; notion de lieu ? Le projet de vie oblige à un questionnement.	d
3	A permis une affirmation de soi, en cas de questionnement, interpellation du groupe, avec une force de propositions. Mais maintenant, il faut assurer le suivi, il faut évaluer pour voir l'amélioration. Prête à travailler sur d'autres facteurs et d'autres thèmes. Partante pour recommencer	d
4	Sur l'alimentation, des choses été faite mais pas toujours systématiquement mais il manquait pas grand-chose. EPP a provoqué une réflexion sur la procédure. Maintenant, c'est structuré, suivi, on évalue, on remet en cause. Mais cela a été fait trop vite, dans l'urgence accréditation. Mais dans le concret, on a structuré, on suit, on peut en reparler	d
4	Maintenant on programme les évaluations. Cela a sensibilisé les agents, les AS signale ....	d
4	Une adaptation des soins. Tous les agents participent, c'est important d'impliquer l'équipe, ça motive. Pour les réunions d'évaluations, tous les agents ont la volonté de participer. C'est un enrichissement intellectuel = faire les choses de façon réfléchie. On apprend toujours quelque chose	d
4	Mais derrière, il faut relancer, toujours. Il y a toujours des oublis, mais plus cohérent. EPP sur les contentions a provoqué une remise en cause totale des pratiques ( plus de 8 ans). On réfléchit, on ne fait plus (les contentions) systématiquement par crainte du risque. Et les résultats sont mieux (moins de chutes). Ca a provoqué une réactivité du groupe même s'il faut quelqu'un qui dirige. EPP a ré appliqué les pratiques. Les AS sont très sensibilisés parce qu'elles ont participé	d
4	Bilan des chutes positif avec moins de contentions. On ré évalue tous les mois, on étudie individuellement tous les cas pour décider	d
4	Une adaptation des soins. Tous les agents participent, c'est important	d

	d'impliquer l'équipe, ça motive. Pour les réunions d'évaluations, tous les agents ont la volonté de participer. C'est un enrichissement intellectuel = faire les choses de façon réfléchi. On apprend toujours quelque chose	
4	Le sentiment d'avoir augmenté la prestation qualité (les 2 IDE). D'être plus à l'écoute du patient et de la famille. Dans le respect. Avant on été déjà bon mais maintenant c'est structuré et complet. Mais il faut arriver à assurer le suivi	d
6	Mise en place d'une fiche de prescription avec programmation de la ré évaluation systématique tous les mois	d
6	Réflexion collective autour d'une analyse individuelle de la personne = discussion bénéfiques / risques. La modification = réflexion d'équipe a remplacé le réflexe sécuritaire. Ca augmenter le niveau de connaissance du thème, un référentiel connu de tous, identifié comme un outils d'évaluation, qui a servi a l'audit clinique ciblé. Un thème concret avec une dimension éthique	d
6	Après, il ne faut pas mollir = l'évolution des mentalités est en route	d
7	Le sujet concret a modifié les pratiques. Favoriser un fonctionnement pluridisciplinaire. Développement d'une réflexion collective pour des décisions autour d'individus. Une valorisation postérieure : chez nous on a fait.....Une dynamique s'est créée	d
8	On sait parfois que l'on travaille bien, mais cela fait du bien de pouvoir le prouver. Valorisant de travailler de façon intelligente. Ca permet de pouvoir valoriser les soins éducatifs. Ca remet en cause des pratiques. Le fait d'assurer le suivi, on prend plus en compte le coté positif du travail. De voir des problèmes résolus à la sortie des patients	d
8	Maintenant, il faut aller plus loin, une fois que tout est bien en place roue de Deming	d
8	Je voudrais travailler sur le chemin clinique	d
9	Il y a une évolution des mentalités, ça démarre. Le personnel s'interroge, réfléchit avant d'agir	d
9	Le chemin clinique	d
<b>Equipe, groupe pluri multi professionnel</b>		
1	Tout le monde à travailler à la démarche	e
1	Problème dans le secteur de Personnes âgées : la mobilité des personnels. Quand elles changent, il faut tout ré apprendre. Travailler dans ce secteur : l'apprentissage se fait par compagnonnage	e
1	La constitution des groupe : par appel à candidature. Groupe pluri professionnel et multi catégorielle	e
1	Méthode : audit et ++ résolution de problèmes le groupe à fonctionné de façon autonome, le médecin à animer et derrière le cadre était	e

	partie prenante. Maintenant, dans le suivi, c'est le cadre	
1	L'avantage, c'est de rassembler tous les acteurs autour d'une table, autour du problème en dehors de l'activité ex nutrition. On parle du problème, on partage la vision de chacun (approche différente). Re sensibiliser, discuter la vision propre de chacun. Pour les professionnels, comprendre les difficultés de l'autre. Cela développe la participation concrète des acteurs, les diététicienne de + en + présentes au moment des repas et cela permet d'apprendre à se connaître, cheminer ensemble	e
1	Amélioration de la prise en charge = un questionnement intelligent systématisé. On a enclenché cette dimension là. Maintenant, il faut faire vivre et continuer à avancer roue de Deming. Même si des choses étaient faites avant, les EPP ont permis de structurée. En gériatrie, tous les acteurs ont écoutés ;;;;;; notion de lieu ? Le projet de vie oblige à un questionnement.	e
2	La constitution du groupe est le résultat d'un appel à candidature, + 1 IDE mais pas de diététicienne ni de médecin.	e
2	La réalisation de cette EPP a déclenchée une dynamique, avec une réelle prise de conscience de déviance de pratique et notamment chez les AS. Déclenchement d'un questionnement initial individuel, puis transmis à l'équipe.	e
3	J'ai adoré la partie, chemin clinique, on crée un référentiel de prise en charge sur plusieurs jours et tout le monde sait ce qu'il doit faire. On pourrait en faire plein dans le service mais les IDE disent que non.	e
3	Reprise des dossiers, on s'est aperçu que l'on pesait mais on ne toisait pas. Donc Réflexion de groupe, répartition des actions correctrices pour réajuster les pratiques.	e
3	Plus facile pour travailler avec les autres personnels	e
4	Le groupe de W a été constitué sur appel à candidatures, sur volontariat 4 personnes dans le groupe : 1 AS, 1 IDE, 1 CS, 1 MED. Mais nous avons été peu sollicitées, le médecin a beaucoup travaillé même si il a travaillé ponctuellement avec 1 IDE : des regrets	e
4	Un renforcement du travail en équipe, même ceux qui n'ont pas participé à l'EPP, participe maintenant à la démarche (capillarité). Cela apporte la connaissance d'autres professionnelles (diététicienne) qui avant ne venait que pour contrôler, maintenant on discute	e
6	Plusieurs réunions : médecin, cs, ide, as, ash, kiné, ergo, psycho : équipes de jour et de nuit	e
6	Réflexion collective autour d'une analyse individuelle de la personne = discussion bénéfiques / risques. La modification = réflexion d'équipe a	e

	remplacé le réflexe sécuritaire. Ca augmenter le niveau de connaissance du thème, un référentiel connu de tous, identifié comme un outils d'évaluation, qui a servi a l'audit clinique ciblé. Un thème concret avec une dimension éthique	
7	Mise en place de référent « contention » qui assure le suivi = AS. Constitution du groupe : appel à candidatures au volontariat intégrant l'équipe de nuit. Le groupe : médecin, cs, ide, as, ash, kiné, ergo. Ca a provoqué un rapprochement professionnel catégoriel	e
8	Maintenant on a intégré les diététiciennes, voir organisation des directions	e
8	Le référentiel : HAS retravaillé par les 3 personnes formées, puis validé par les membres de l'équipe et le médecin	e
9	Comment ? Appel à candidature, sur quoi ? Quelle problématique interne ? Puis définir quelle méthode	e
9	Les conséquences du multi pluri des groupes : très content, de l'implication de tous, un vrai travail d'équipe	e
<b>Référentiels</b>		
1	Contention : utilisation d'une grille de recueil HAS	f
1	Construire l'outil facilite son utilisation. Lourd mais l'expérience qui favorise la traçabilité. Mais réaffirme la place centrale du cadre	f
2	Référentiel retenu : HAS	f
4	Le référentiel : HAS mais décidé par les médecins, peu travaillé par le personnel	f
6	EPP : la contention. Le référentiel : HAS au départ, puis discussion pluridisciplinaire qui a entraîné une légère modification	f
7	Reférentiel : HAS. Evaluation de la prescription	f
9	Le référentiel : HAS ou adaptation ou création	f
<b>Formations</b>		
2	La DS a programmé une formation et le choix retenu par les cadres, a été de former un trinôme par pôle : 1 CS, 1 IDE, 1 AS.	h
2	La formation a été perçue, difficile par les Soignants car très théoriques, mais la phase concrète de L'EPP a crée la dynamique.	h
3	La formation à la méthode des EPP a été très difficile, très théorique, trop ! Par contre, le mettre en pratique, c'était bien. Une nouvelle approche dans les pratiques.	h
4	Les formations sur le fond ont augmenté la participation	h
4	Formation méthodologique a permis d'élaborer les protocoles Ca a uniformisé les pratiques. Mais il faut être d'accord avec le protocole pour l'appliquer	h
7	Comment : bilan de prévalence sur le taux de contention : prévention	h

	des chutes aspect sécuritaire. Audit ciblé, étude de dossier, résidant par résidant. Une approche individualisé	
8	Formation à la méthodologie : GRIEPS, très lourd mais très intéressant. Formation / action	h
<b>Méthodes</b>		
1	Chutes : méthodes de résolution de problèmes	i
1	Méthode : audit et ++ résolution de problèmes le groupe à fonctionné de façon autonome, le médecin à animer et derrière le cadre était partie prenante. Maintenant, dans le suivi, c'est le cadre	i
1	Construire l'outil facilite son utilisation. Lourd mais l'expérience qui favorise la traçabilité. Mais réaffirme la place centrale du cadre	i
2	Suite à la certification V2, la direction des soins a décidé de préparer la V2010 et de travailler sur des EPP paramédicales. Le choix était donc orienté.	i
2	La méthodologie retenue est une formation action et les outils ; l'audit ciblé sur le dossier de soins et un questionnaire aux soignants.	i
3	« Si on intègre les employés dans la démarche, on les motive beaucoup plus ! »	i
3	J'ai adoré la partie, chemin clinique, on crée un référentiel de prise en charge sur plusieurs jours et tout le monde sait ce qu'il doit faire. On pourrait en faire plein dans le service mais les IDE disent que non.	i
8	Audit ciblé sur dossier mais la grille trop lourde	i
9	Le chemin clinique	i
<b>le cadre manager</b>		
1	L' EPP ne fait pas tout, derrière le cadre doit travailler pour faire perdurer et entretenir le questionnement	j
1	Méthode : audit et ++ résolution de problèmes le groupe à fonctionné de façon autonome, le médecin à animer et derrière le cadre était partie prenante. Maintenant, dans le suivi, c'est le cadre	j
2	La CS a été missionnée par le CSS pour piloter le projet. Le projet de service se définit autour de la problématique « dénutrition », le thème à explorer se devait d'être en adéquation et a été cerné au cours de la formation. Le thème retenu : dépistage de la dénutrition de la personne âgée.	j
4	Mais derrière, il faut relancer, toujours. Il y a toujours des oublis, mais plus cohérent. EPP sur les contentions a provoqué une remise en cause totale des pratiques ( plus de 8 ans). On réfléchit, on ne fait plus (les contentions) systématiquement par crainte du risque. Et les résultats sont mieux (moins de chutes). Ca a provoqué une réactivité du groupe même s'il faut quelqu'un qui dirige. EPP a ré appliqué les	j

	pratiques. Les AS sont très sensibilisés parce qu'elles ont participé	
7	EPP = un outil de management. Mais présence nécessaire du cadre	j
9	Le chef de projet peut être le cadre mais pas obligatoire, une personne motivée mais légitimé. Le cadre, oui mais au début	j
<b>Difficultés</b>		
2	La formation a été perçue, difficile par les Soignants car très théoriques, mais la phase concrète de L'EPP a créé la dynamique.	k
4	La difficulté, c'est que ça mange du temps, on fait ça en plus du travail. Ca oblige à prendre sur son temps personnel. Les réunions sont organisées pour les cadres et les médecins	k
6	Mais un travail très lourd. Mais gratifiant car un résultat meilleur après.	k
7	Mais la difficulté, c'est le turn-over. Mais malgré tout, les gens non formés entrent dans la dynamique, notion de dynamique élargie	k
8	Formation à la méthodologie : GRIEPS, très lourd mais très intéressant. Formation / action	k
8	Mais c'est très difficile pendant le temps de travail	k