

# L'ÉVALUATION DANS L'EXERCICE PROFESSIONNEL

Luc CATURLA

## INTRODUCTION

On peut penser que l'évaluation dans l'exercice professionnel nous échappe et cela pour plusieurs raisons.

Les définitions de l'évaluation sont nombreuses, mais dans leur forme seulement, car dans le fond c'est bien de mesurer un écart dont il s'agit.

Dans les propos qui vont suivre, il sera question de définitions et de textes législatifs. Il sera surtout question de la place de l'évaluation dans le processus de soins. L'évaluation semble avoir des représentations souvent négatives et cela peut s'expliquer.

Afin que l'évaluation prenne tout son sens, il m'a semblé important de la situer sur un plan du savoir et sur un plan pédagogique. C'est cela qui m'a guidé pour accompagner une équipe de soins dans un travail d'élaboration d'une politique de soins, d'un projet de soins, où l'évaluation a sa place à tous les niveaux, comme par exemple l'évaluation d'une Démarche de Soins, de compétences professionnelles d'un soignant.

## **I. L'ÉVALUATION**

### DEFINITION ET TEXTES LEGISLATIFS

**Évaluer** : c'est « déterminer la valeur, le prix, l'importance de quelque chose. » (Larousse).

L'évaluation étant l'action d'évaluer, la quantité évaluée, la méthode de détermination d'une valeur.

**Évaluation des pratiques** (*Information hospitalière* n° 39, mars 93)

« L'évaluation des pratiques pour les professionnels de santé vise à développer un état d'esprit et des méthodes permettant de juger objectivement les cas qui existent entre ce que l'on est en droit d'attendre de la mise en œuvre d'une stratégie et les résultats effectivement obtenus ».

En outre, l'évaluation de la qualité des soins, qui doit permettre l'amélioration de la performance professionnelle au sein de l'institution de soins, doit également se situer dans l'obligation pour les établissements de rendre compte de cette performance vis à vis de l'environnement.

La loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 renforcée par ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 fait obligation aux établissements de santé publics et privés de mettre en œuvre des systèmes d'information, de procéder à l'analyse de leur activité et à son évaluation.

Le programme de médicalisation du système d'information (P.M.S.I.) est le seul outil actuellement disponible pour mesurer l'activité médicale d'un établissement de santé. Introduit dès 1983, il complète les indicateurs traditionnels d'activité : nombre de lits occupés, de journées, ou d'entrées réalisées. L'exploitation des résumés de sorties standardisés (R.S.S.) classés en groupes homogènes de malades (G.H.M.) permet de mesurer l'activité de chaque établissement de santé en nombre de points I.S.A. (indices synthétiques d'activité). Il est alors possible de contrôler leur activité.

Les indicateurs en soins infirmiers (S.I.I.P.S. = soins infirmiers individualisés à la personne soignée) intégrés au résumé de soins infirmiers (R.S.I.) renseignent sur l'activité en soins infirmiers. Le résumé de soins infirmiers caractérise de manière synthétique l'activité en soins infirmiers effectuée lors d'un séjour hospitalier.

Les informations du R.S.I. sont issues du dossier de la personne soignée et sont significatives de l'état de la personne pendant son hospitalisation. Le R.S.I. comporte quatre éléments :

- le diagnostic infirmier,
- les interventions infirmières,
- les résultats de soins,
- la mesure de l'intensité de soins.

Tout ceci constituant la base commune minimale des données en soins infirmiers.

Dans un contexte difficile, il s'agit, pour les établissements de santé, de s'adapter aux nouvelles contraintes budgétaires en optimisant les moyens.

« Des outils du type P.M.S.I. et S.I.I.P.S., basés sur des données chiffrées permettent d'objectiver la production de soins, facilitent la communication par l'usage d'un langage commun et proposent aux acteurs une aide aux décisions ». (la méthode S.I.I.P.S. « Indicateurs d'activité en soins infirmiers » édition Lamarre).

Les ordonnances d'avril 1996, dites aussi familièrement « les ordonnances Juppé » concernant l'accréditation des établissements de santé précisent ce qu'est la démarche qualité.

Pour *Le Cahier du management dans Objectifs Soins n° 62/98* : « la démarche qualité serait un objectif prioritaire de la réforme hospitalière. Les soignants et plus particulièrement les infirmiers y travaillent depuis plusieurs années, pour tenter d'aboutir à une véritable excellence des soins ».

Certains termes s'entendent donc, depuis quelques temps, et ceci presque quotidiennement (selon Catherine MORDACQ) :

- d'**évaluer** qui est porter un jugement sur un objet en le comparant à l'aide de critère, à un ou plusieurs critères d'évaluation.
- de **qualité** qui est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins d'un utilisateur.

- de **qualité des soins** qui est l'effet de soins par la santé sur des individus et des populations.
- d'évaluer la qualité des soins infirmiers qui est le procédé consistant à mesurer l'écart existant entre une pratique observée des soins infirmiers et une pratique préalablement définie comme optimale.
- de normes qui est la qualité d'une performance à maintenir ou obtenir agréer par consensus. Elle est en relation avec une culture, une législation, une connaissance scientifique.
- de critères qui sont les éléments d'une norme mesurable par observation (indicateurs).
- de fiabilité qui est la qualité d'un instrument permettant l'obtenir des résultats stables dans le temps ou encore des résultats semblables quant il est utilisé par plusieurs observateurs.
- de validité où l'instrument mesure bien ce qu'il est censé mesurer.
- d'efficacité qui est la capacité de produire le résultat attendu.
- d'efficience qui est la capacité de production efficace au moindre coût et au moindre effort.

Dans l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et précisée par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997, l'accréditation est « *une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle* ».

D'ici 2001, tous les hôpitaux publics et privés devront être entrés dans cette démarche qui concerne l'ensemble du fonctionnement et des pratiques de l'établissement et vise à assurer que les conditions de sécurité, de qualité des soins et de prises en charge optimales du patient sont réunies.

Il y a sept principes de l'accréditation :

- la place centrale du patient avec la prise en compte du niveau de satisfaction du patient et de son entourage.
- l'amélioration de la sécurité des soins avec le respect de la réglementation et des bonnes pratiques avec la mise en œuvre d'actions préventives.
- l'amélioration continue de la qualité avec l'amélioration des processus, la réduction des dysfonctionnements et l'implication des personnes.
- l'implication des professionnels exerçant dans l'établissement; la participation des acteurs étant essentielle pour l'acceptation des changements.
- une démarche continue, correspondant à un processus cyclique dans lequel l'auto-évaluation et la visite, permettent d'identifier les priorités.
- une obligation d'objectivité grâce à l'élaboration de critères, précis et mesurables, établis par A.N.A.E.S. avec les professionnels.
- l'A.N.A.E.S. développe un système de suivi permettant de mesurer l'efficacité, le coût, les difficultés et les éventuels dysfonctionnements de la démarche.

J'ai recherché et j'ai trouvé différentes expériences de démarches qualités et leur évaluation.

Les expériences ne manquent pas et les indicateurs de qualité des soins sont variables dans un même segment, sachant que « toute approche d'amélioration utilise des indicateurs, ponctuellement ou comme outil principal ». (*Gestion hospitalière* - 4/99).

C'est ainsi que l'on trouve pour les soins infirmiers des critères comme par exemple :

- le taux d'erreur dans la démarche de soins infirmiers,
- le taux de soins infirmiers effectués par rapport aux soins requis.

Pour le bloc opératoire anesthésie-réanimation :

- le taux de réhospitalisation,
- le taux de consultation pré-anesthésique,
- la consommation d'albumine pour l'ensemble des services, etc....

## II. EVALUATION ET REPRESENTATION

Tout ceci n'étant que des exemples parmi tant d'autres. Il est question de mesurer le quantitatif, le combien, le combien en plus ou en moins, si un objectif existe ou pas.

Pour ce qui me concerne, mon champ d'activité se situe en psychiatrie. Ce qu'il me semble avoir constaté au cours de mes différentes pérégrinations, que cela fût comme infirmier ou par la suite comme cadre infirmier, c'est que souvent, en psychiatrie, on est plus souvent du côté de l'impossibilité, tout au moins d'une grande difficulté, à dire et à expliciter ce que l'on fait et pourquoi, à argumenter le pourquoi de tel ou tel dispositif de soins. Quant à la notion d'évaluation, je la classerai presque dans une catégorie « tabou », bien que cela semble changer quelque peu, quelque peu seulement car l'évaluation me semble centrée sur la forme et pas sur le fond.

Ce « fond » qui, on le verra plus loin, est plus difficile à critériser car il n'est pas seulement égal à une quantité, il ne se réduit pas non plus aux seuls résultats, mais il est la matérialisation d'une cohérence, d'un cheminement.

On s'aperçoit ainsi très vite qu'il paraît plus aisé de trouver des critères dès que ceux-ci se rapportent à comptabiliser une activité qui elle-même se décline en actes clairement repérables puisque constituée de techniques gestuelles référencées, voire codifiées.

Avoir une indication sur l'activité infirmière me paraît tout à fait intéressante. En effet, à partir de celle-ci, on pourra mettre en évidence des besoins, des difficultés, des manques qui jusque là étaient pressentis, vaguement repérés, donc difficilement argumentables pour en modifier le cours ; d'autant que l'on sait que, parfois, certains aménagements organisationnels vont améliorer une situation sans que la notion de coût entre forcément et obligatoirement en compte.

Ce qui me paraît fondamental, c'est que l'évaluation s'inscrive dans un processus de soins. Comment travailler l'évaluation si nous n'avons pas fixé d'objectifs, si l'ensemble des soins se situe dans le flou, le coup par coup et où l'initiative individuelle prime sur toute cohérence soignante ?

Il me semble impératif que chaque équipe puisse tracer les grandes lignes d'une politique de soins et fixer ainsi les bases de travail dans laquelle s'inscrira la démarche de soins. La démarche de soins infirmière est au centre du travail infirmier, elle matérialise la pensée soignante en objectivant la problématique de la personne soignée.

La D.D.S. inclut bien évidemment l'évaluation, l'évaluation venant mesurer l'écart entre ce que vise l'équipe soignante pour le patient et avec le patient et le résultat obtenu.

L'évaluation joue un rôle clé puisqu'elle va faire vivre la D.D.S. en amenant à repenser le patient de façon continue, soit en modifiant les objectifs, soit en les affinant.

C'est à ce niveau que les notions de permanence, de cohérence, prennent tout leur sens.

Nous avons à répondre à la souffrance que montre avoir le patient dans la difficulté, voire l'impossibilité qu'il a à construire une liaison symbolique.

Tout se construira donc autour de la situation de soins, sans laquelle il n'y a pas de soins.

L'évaluation me paraît incontournable si l'on veut rester cohérent avec la démarche engagée.

Comment ne pas vouloir évaluer les professionnels de santé alors que les compétences requises sont précises et référencées ?

## **II. 1. ÉVALUATION ET CHARTE DE FORMATION**

Déjà, la charte de formation pour des infirmiers en psychiatrie pose les caractéristiques générales mais précises de ce que doit être la formation des infirmiers ou des futurs infirmiers exerçant en psychiatrie et en santé mentale. On y considère que l'infirmier en tant que soignant doit être capable d'identifier des problèmes de soins, de réaliser des interventions de soins.

Cette compétence s'exerçant dans le champ de la psychopathologie et des soins psychiatriques, c'est-à-dire à l'égard des personnes souffrant de difficultés, voire impossibilité, à établir des liens psychiques. Difficultés donc de la communication non seulement avec le monde extérieur mais aussi de la communication interne, avec soi-même.

Cette compétence s'exerçant à l'égard des personnes malades hospitalisées mais aussi par la prise en charge du patient au sein de la communauté sociale.

Il y est question du dispositif soignant avec les notions de *permanence* permettant l'étayage psychique et de *cohérence* procédant d'une dynamique relationnelle. Le soin n'existant que par l'institution de situations de soins duales ou plurielles (à médiation corporelle ou objectale) où il sera question d'expliquer afin de comprendre la dynamique de cet ensemble. Il s'agit donc d'une mise en langage, en discours afin que les choses prennent signification.

Or, la matérialisation de l'ensemble de ce travail se fait par la démarche de soins. La démarche de soins est au centre de l'activité infirmière, elle regroupe et mobilise l'ensemble des connaissances, des compétences des professionnels. Elle consiste à observer, à recueillir des données précises, à expliquer, à dégager une problématique à laquelle correspondent des objectifs de soins, des moyens et des actions.

Mais force est de constater que si à cet instant, l'évaluation prend toute sa dimension, puisqu'elle va mettre en lumière l'écart entre ce qui a été prévu, organisé et le résultat, cette évaluation donc « tombe à l'eau » si je puis dire, car, pour ma part, je dois constater toutes les difficultés à réaliser cette D.D.S., notamment, la partie concernant l'analyse et donc la mise en sens.

L'évaluation comme étape de la démarche de soins est donc tronquée, puisque le plus souvent partielle : les objectifs de soins étant élaborés surtout à partir des observations et de peu d'éléments de psychopathologie dont la mise en lien partielle ne permet d'appréhender que de façon très relative la problématique du sujet.

J'insistais il y a peu, sur la charte de formation. Il s'avère que les professionnels, sans distinction, ont des difficultés à apporter ces éléments de compréhension, ces connaissances psychopathologiques, cliniques, et encore plus, à établir des liens entre eux, d'où très souvent, une immense difficulté à mettre en œuvre une D.D.S. complète.

L'évaluation comme étape de la D.D.S. est incontournable mais je le réaffirme, l'évaluation doit faire partie et être présente à tous les niveaux du processus de soins.

## **II. 2. ÉVALUATION ENTRE SAVOIR ET PÉDAGOGIE**

J'avais l'hypothèse selon laquelle je pensais que l'évaluation échappait aux professionnels. Mais pourquoi ?

À cela, plusieurs possibilités qui me semblent devoir être explicitées. Ce sont les questions du savoir et de la pédagogie.

On le sait bien, on a peur de ce que l'on ne connaît pas puisque non représentable, sinon sur un plan imaginaire bien éloigné de la réalité.

Or, la notion d'évaluation, me semble-t-il, reste pour beaucoup encore synonyme de jugement, de critiques au sens péjoratif du terme, quelque chose d'intrusif.

Elle semble d'emblée placée sur une attaque personnelle où il serait davantage question de mobiliser les défenses afin d'éviter de laisser entrevoir des manques, des difficultés et où l'infirmier pourrait apparaître incompetent, perfectible, faillible.

Je ferai l'hypothèse, par rapport à la D.D.S., selon laquelle l'évaluateur « sauterait » cette phase si fondamentale, d'explication, de mise en lien de cette notion d'évaluation. Dans ce contexte, savoir et pédagogie sont indissociables puisqu'ils se regardent, ils s'éclairent.

*B. HONORE dit que « le savoir peut être utilisé comme instrument d'émancipation ; une chose est de s'en servir comme d'une barrière, une autre est d'aider à franchir la barrière qu'il peut constituer quand on ne le possède pas [...] Le savoir est un outil qui permet d'acquérir, sous une forme conceptualisée, l'expérience des générations précédentes et de s'en servir ou de s'en inspirer dans la vie quotidienne, mais, aussi, une arme autorisant, par la possession d'un code commun, les échanges et les luttes dans les conflits sociaux ».*

La science applique une méthode théorique non pas sur l'objet réel mais sur cette « matière première », c'est-à-dire sur un « abstrait de pensée » déjà existant, en vue de produire un « tout de pensée » capable de rendre compte de tous les éléments contenus dans cette matière première, dans cet abstrait de pensée.

Dès lors, le problème n'est pas de comparer l'objet réel à l'objet théorique qui sont de nature différente ; il y a un rapport d'appropriation entre eux, non un rapport de similitude ou d'adéquation.

Pratiquer une science, c'est pratiquer ce travail de transformation qui va d'un abstrait de pensée, comprenant une diversité définie d'éléments, à un concret de pensée comprenant l'unité définie de cette diversité.

Un discours théorique ne produit de la connaissance que lorsqu'il parvient à produire un concret de pensée.

L'évaluation se situerait dans cet espace mais sans pouvoir parvenir à cette phase constructive, concrète. Il semblerait qu'on ne puisse se dégager de cet « abstrait de pensée » qui aboutit à une croyance peu ou pas fondée où l'écart est bien difficile à cerner puisque basé sur des approximations.

La transformation ne se fait pas, ou très partiellement, et vient renforcer les réticences voire les peurs.

Peut-être est-ce là une des causes de la difficulté à inclure, dans un dispositif des soins, la D.D.S. dans sa totalité.

On court davantage le risque, dans ces conditions, de n'ajouter que des connaissances subjectives, de favoriser l'observation quotidienne empirique des phénomènes, de cumuler les inévitables dénaturations idéologiques, d'aboutir à des synthèses qui ne sont pas un dépassement des connaissances premières mais un compromis entre des points de vue.

L'évaluation n'existe pas sans évaluateur et la place de ce dernier me paraît très importante.

Les qualités d'animation sont nécessaires à l'évaluateur qui est, dans ce contexte, le cadre infirmier. Des qualités d'animation, certes, mais pas seulement, il est aussi question de disposer d'un point de départ théorique solide relatif aux objets ou problèmes étudiés, non pas conçus comme un modèle à imposer mais comme un instrument mis au service d'un travail, « d'appropriation cognitive du réel ».

Il me paraît difficile d'évaluer un professionnel dans le cadre d'acquis psychopathologiques nécessaires à l'élaboration d'une analyse dans la D.D.S. si l'évaluateur n'a pas une représentation de l'objet à travailler.

Il est important de signaler que le cadre infirmier, s'il a une place centrale dans l'évaluation, ne doit pas s'arrêter à un rapport de pouvoir même si ce dernier ne peut-être nié, évité. Il s'agit de construire des objectifs concrets. Les personnes ont donc à se déterminer par rapport aux questions qui se posent, par rapport à un référentiel, à une démarche.

Il faudrait, aussi, éviter de penser que le savoir ne se trouve que du « côté du maître », ce dernier ayant la faculté de donner ou d'imposer ce savoir.

Le savoir n'est jamais acquis en tant que tel, il est en perpétuel mouvement, en perpétuel questionnement, il s'enrichit de sa propre compréhension, dans une relation où il est partagé.

L'évaluation met en évidence un écart, qu'il soit question des objectifs et des résultats dans le cadre d'une D.D.S., mais aussi, au niveau de compétences professionnelles et ceci grâce aux critères qui auront été déterminés.

L'évaluation amène obligatoirement une réponse à ce qui apparaît.

Sans réponse, l'évaluation perd son sens, on en revient à un constat, constat de manque, de faute, de jugement. Il faut éviter cet écueil, comme celui, tout autant redoutable de la banalisation dans la quotidienneté.

En effet, plus la vie en commun se complexifie par des techniques et des organisations, plus la pensée quotidienne tend à s'appauvrir dans la consommation de schémas simples, du prêt à porter, où le sens de l'existence est perdu de vue.

Il s'agit souvent, montre M. HEIDEGGER, « d'assimiler des apparences, de développer une curiosité superficielle, de vouloir le nouveau pour le nouveau afin de combler le vide ; il s'agit alors de conquêtes obtenues par des acquisitions nouvelles plus superficielles à mesure que plus nombreuses ».

*« On peut ainsi considérer que, dans cette dynamique, le professionnel est en perpétuelle formation, en perpétuel questionnement ; la formation étant un processus qui va d'une expérience à son élucidation en commun, d'une originalité à son approfondissement par une confrontation d'une différence, à l'instauration d'une reconnaissance réciproque. » (A. LHOTELIER)*

L'inter-expérience est un regard non superficiel pour découvrir, en l'originalité d'un discours, ce qu'il origine en notre pensée.

Les faits dans l'expérience, se combinent pour prendre la forme de problèmes. Il ne faut pas cesser d'en faire l'inventaire, de décrire dans leur diversité, les manières de les poser, de chercher les points communs et des différences, de varier les catégories au gré de l'élaboration des concepts.

L'entraînement à poser des problème révèle de nouveaux problèmes donc de nouveaux modes d'accès à la connaissance.

C'est pourquoi j'insiste sur le fait que l'évaluation ne doit pas être considérée comme un élément isolé, sans suite, dans la vie du professionnel avec le risque de chosifier cette démarche, d'en faire un objet mortifère, plutôt que d'en faire un moment dynamisant, amenant questionnements et réajustements.

## **II. 3. ÉVALUATION ET PROCESSUS DE SOINS**

L'évaluation doit s'inscrire dans une suite logique où les bases d'une politique de soins sont posées, déterminant un dispositif de soins cohérents, non pas seulement physique, mais aussi symbolique.

L'évaluation prend alors toute sa place car elle est inscrite dans ce dispositif de soins où les différents éléments se regardent et s'interrogent.

Si l'évaluation a pour moi un impact certain sur la qualité des soins rendus, par l'objectivation des écarts, il faut éviter l'excès d'évaluation comme on a pu le voir, où l'on verserait dans un abus de « contrôle de qualité » avec le risque majeur de simplifier la relation de travail.

C'est ainsi que de ne voir que des processus protocolisables abolit l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, écart où se joue cependant l'accomplissement personnel, la reconnaissance et la performance de ce qui est accompli.

Il me semble qu'il faut veiller à ce que l'évaluation ait sa place mais rien que sa place, tout en préservant toute créativité.

Il faut éviter d'en arriver à la relation de travail qui se résumerait à une fiche de poste et qui reviendrait à considérer l'évaluation à l'inverse de ce que j'ai pu avancer.

## **III. EVALUATION ET PRATIQUES**

Mon expérience sur le terrain : j'ai essayé de mettre en pratique ces conceptions et je vais essayer de vous relater l'aventure qui a été la nôtre, équipe soignante, et qui se poursuit à ce jour.

Je suis arrivé en tant que cadre infirmier dans une unité d'admission, il y a un peu plus de trois ans maintenant.

Sur le plan pédagogique, j'ai commencé, au cours des réunions institutionnelles, à parler de mon projet qui était donc de réfléchir et d'élaborer une politique de soins, un projet de soins.

Certains infirmiers, comme dans tout groupe, étaient partie prenante, d'autres moins.

Le médecin référent de l'unité de soins était systématiquement présent aux réunions et était favorable à ce travail.

Pour moi, il était question de rassembler, autour de ce travail, le plus grand nombre de personnes afin que les résistances ne prédominent pas et empêchent une mise au travail.

J'ai donc demandé à chaque soignant de s'inscrire dans un groupe de travail. Trois groupes étaient proposés :

- un groupe réfléchirait sur la dimension conceptuelle du soin,
- un autre, sur la dimension thérapeutique, et enfin,
- un autre travaillerait la dimension organisationnelle.

Pour chaque groupe, un référent était chargé de faire le lien avec les autres groupes de travail et d'assurer la continuité en proposant un calendrier. J'assurai avec les référents, mais aussi, par ma présence ponctuelle dans chaque groupe, un lien, un soutien méthodologique, avec l'apport d'éléments théoriques (textes, livres ...).

Les soignants avaient été libres de choisir leur thème en fonction des objectifs posés pour chacun des groupes. Les réunions étaient régulières, le plus souvent une par semaine.

Afin de faire vivre l'évaluation du travail, on réservait, tous les quinze jours, un temps pendant la réunion institutionnelle où un groupe intervenait et faisait connaître l'avance de ses travaux. Cela a constitué un très gros travail pour l'équipe, bien plus important que ce que j'imaginai.

Très rapidement, avant d'élaborer, un état des lieux écrit extrêmement précis et détaillé s'est fait jour. Il y a eu d'emblée un questionnement des pratiques, une « auto-évaluation » avec des échanges très riches lors des réunions institutionnelles.

C'est grâce à ce travail, aux questions, aux échanges, aux mises à plat qui ont eu lieu que l'on a pu passer à la phase d'élaboration de la politique de soins dans les trois dimensions indiquées précédemment.

Ce travail a duré plusieurs mois avec une assiduité et une régularité qu'il a fallu maintenir, soutenir. Les soignants dans leur grande majorité, se sont investis d'autant que leur liberté de penser était réelle, les débats étant très ouverts, que ce soit au niveau des référentiels théoriques ou des différentes pratiques.

Parallèlement, toute cette maturation venait confirmer la nécessité de disposer d'outils, tels les dossiers patients où chacun des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire a une place pour laisser une trace de son activité auprès du patient. Dossier patient, incluant, bien évidemment la démarche de soins avec toutes ses étapes.

L'importance de toutes nos réunions, cliniques, institutionnelles, staff, reprises des ateliers.

Mais aussi, on voyait germer, de nouvelles propositions, de nouvelles idées quant au mode de prise en charge des patients avec une diversification de l'offre de soins, des idées sur de nouveaux ateliers thérapeutiques. Et donc, de façon concomitante, s'élaboraient les grandes lignes du projet de soins infirmier.

L'évaluation de ce dispositif était intégrée, évaluation des soins, évaluation des compétences soignantes et ceci grâce à une critérisation rigoureuse.

La critérisation est un point essentiel, puisqu'elle nous oblige à mettre en forme par écrit, les différents points à évaluer. C'est une construction logique qui émane des projets qui déterminent les objectifs à atteindre.

Le fait de les penser, de les élaborer, de les poser sur le papier est une étape fondamentale. Elle constituera une trace indispensable et ce n'est qu'en comparant ces traces, ces écrits que l'on pourra mesurer l'écart entre ce qui avait été prévu et ce qui a été réalisé. C'est ce qui objectivera le chemin parcouru dans cette construction du soin.

À ce jour, il semble que la notion d'évaluation au sein de l'équipe infirmière, ses représentations, se soient sensiblement modifiées grâce à ce travail et que son importance, pour faire vivre ce dispositif de soins, se trouve incontournable.

Il faut poursuivre ce travail, ce questionnement, ces interrogations, continuer à se regarder, aller chercher des savoirs, des connaissances, découvrir des pratiques nouvelles.

Il semblerait que le jugement de valeur qui primait fasse place, peu à peu, au jugement de connaissance centré sur l'objectif de travail. C'est là une place radicalement différente pour les soignants, avec des effets directs pour leurs interlocuteurs.

Ce sont par exemple, des soignants qui s'approprient de façon singulière des moyens, tel que la formation continue en élaborant des cahiers des charges précis, détaillés en fonction des besoins clairement établis.

C'est aussi la prise de conscience qu'avec un dispositif de soins construit, un cadre de soins, des projets, on est un peu moins à la merci des pressions, d'intrusions qui ne visent pas forcément une amélioration des prises en charge du patient.

Nous en sommes là à l'heure actuelle, conscients du travail accompli mais aussi conscients que ce n'est pas terminé, loin s'en faut. Ce qui nous paraît important, c'est que nous ayons pu définir une ligne directionnelle, avec des éléments concrets.

## CONCLUSION

J'avais conscience que l'évaluation constituait un point central dans notre activité de soins. Tenter d'élaborer quelque chose avec comme sujet « l'évaluation dans l'exercice professionnel » m'a obligé à chercher, à préciser cette notion et n'a fait que renforcer mon idée de départ.

Pour conclure, je citerai Jean OURY qui nous dit : « Ne pas arrêter de se poser la question : mais qu'est-ce que je fais là ? Quand je soigne ! Quand j'enseigne ! »

## BIBLIOGRAPHIE

- LESNE, Marcel - Travail pédagogique et formation d'adultes - P.U.F.
- HONORE, Bernard - Pour une théorie de la formation - Payot
- HONORE, Bernard - Pour une pratique de la formation - Payot
- Pertinence des médiations Soins psychiatrie n° 203 - juillet-août 1999

- NOËL, Pierre - L'Accréditation, quelle place et quel sens dans la culture Anglo-saxonne. Pourquoi l'importons-nous aujourd'hui. - Information psychiatrique n° 2 - février 1999
- o Dire, écouter, faire, pour tendre vers l'excellence de la qualité - Le cahier du management.
- MICHEL, Philippe - MOUGEOT, Christelle - Les indicateurs de qualité des soins en France en 1997 - Gestions hospitalières.
- LEGUAY, D. - ROBERT, D. - MOUSELER, A. - Sur les possibilités d'une évaluation en psychiatrie - L'Information psychiatrique - n° 6 - juin 1991