

RAPPORT D'ÉLABORATION DE RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Dossier du patient en psychiatrie ambulatoire

Juin 2005

SOMMAIRE

I. CHOIX DU THÈME	3
II. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT	3
III. LA CIBLE PROFESSIONNELLE	4
IV. LE GROUPE DE TRAVAIL	4
V. SÉLECTION DES TEXTES DE RÉFÉRENCES	4
VI. SÉLECTION DES OBJECTIFS DE QUALITÉ.....	5
VII. LES PATIENTS CONCERNÉS.....	5
VIII. SÉLECTION DES DOSSIERS.....	5
IX. LES ONZE CRITÈRES INITIALEMENT RETENUS.....	6
X. LE DOUZIÈME CRITÈRE INTRODUIT APRÈS PASSAGE EN GROUPE TEST	7
XI. LE GROUPE DE LECTURE	7
XII. LE GROUPE TEST	13
ANNEXES.....	17
I. ANNEXE 1	17
II. ANNEXE 2	17
III. ANNEXE 3	18
IV. ANNEXE 4	18
V. ANNEXE 5	19
VI. ANNEXE 6	20

L'élaboration de ce référentiel s'est faite conformément à la méthodologie proposée par l'Anaes dans le guide intitulé « Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles, base méthodologique pour leur réalisation en France, avril 2004 ». Et conformément aux recommandations faites lors d'une journée d'information qui a eu lieu à l'Anaes le 9 janvier 2004.

I. CHOIX DU THÈME

La psychiatrie est une spécialité médicale à part entière. À ce titre, le psychiatre se doit de répondre aux exigences de la loi. Or les divers textes réglementaires parus ces dernières années ont considérablement modifié le rapport entre le professionnel de santé qu'est le psychiatre et les personnes qu'il prend en charge. À ce titre le dossier du patient est devenu depuis 2002 l'élément incontournable qui architecture ces relations.

Alors qu'il n'existait pas de référentiel en psychiatrie, il est apparu important de proposer un référentiel sur la tenue du dossier du patient en psychiatrie ambulatoire, à partir des recommandations existantes, dans une spécialité où la diversité des pratiques complexifie considérablement la lisibilité du savoir-faire psychiatrique, tant auprès des patients que des autres professionnels de la santé. Cette opacité est souvent relayée par les médias, ce qui contribue à donner une image complexe et contradictoire des possibilités de prise en charge pour les patients et leur famille.

Dans ce contexte, il est apparu essentiel, étant donné l'impact potentiel de la bonne tenue du dossier du patient sur sa prise en charge, mais aussi compte tenu des implications médico-juridiques croissantes, de proposer un référentiel qui soit opérationnel dans la pratique quotidienne de tous les psychiatres, quelles que soient leurs spécificités. L'objectif de ce référentiel est donc de contribuer à améliorer la prise en charge des patients nécessitant l'intervention d'un psychiatre, de permettre à ce dernier d'être facilement en accord avec l'ensemble des textes réglementaires régissant son activité professionnelle et enfin de permettre aux praticiens qui le souhaitent de s'auto-évaluer.

II. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT

Les deux promoteurs sont la HAS (**H**aute **A**utorité de **s**anté), qui a repris les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), et le GICIPI. Courant 2003, l'Anaes a pris l'initiative de solliciter un certain nombre de sociétés savantes en psychiatrie pour élaborer des référentiels sur le dossier du patient et la dépression. Une société savante, le GICIPI (**G**roupe d'**i**nvestigateurs **c**liniciens **i**ndépendants pour des études **p**ivotales¹ de qualité), a répondu à cette invitation et accepté cette mission. Cette association rassemble des psychiatres libéraux ou à exercice mixte, impliqués dans la réalisation d'essais thérapeutiques en psychiatrie, en phase II et en phase III. Le GICIPI organise également des actions de formation médicale continue centrées sur le développement de procédures de qualité en psychiatrie, ainsi que sur les nouvelles avancées de la spécialité dans le domaine du diagnostic et de la thérapeutique.

La prise en charge financière est assurée par l'Anaes, et il n'a pas été identifié de conflits d'intérêts parmi les participants au groupe de travail. Le calendrier d'élaboration du référentiel est prévu pour une période maximale de 18 mois.

¹ Du terme « pivot », appliqué aux études cliniques de phases II et III constituant l'essentiel du dossier d'enregistrement des nouveaux médicaments.

III. LA CIBLE PROFESSIONNELLE

Ce référentiel s'adresse aux psychiatres ayant une activité libérale exclusive ou mixte. La loi leur fait obligation à tous de tenir à jour un dossier patient concernant des éléments administratifs et médicaux prédéfinis et dont une partie peut être amenée à être transmise au patient lui-même ou à des tiers.

D'autres professionnels pourraient être concernés, psychiatres en établissement de santé, voire d'autres spécialistes.

IV. LE GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail rassemble des psychiatres référents dans leur domaine de compétence, ayant une activité libérale.

La liste des membres du groupe de travail est jointe en annexe 1.

Deux experts du thème ont participé aux travaux du groupe de travail :

- un médecin généraliste, le D^r Antoine LAMBERT (CALAIS), qui a participé au groupe de travail sur les recommandations établies pour la tenue du dossier médical en médecine générale ;
- un psychiatre libéral en cabinet de ville et en clinique, le D^r Joël PON (TOULOUSE), qui a dirigé le groupe de réflexion chargé de mettre en conformité avec la loi les dossiers patients des personnes prises en charge dans la clinique où il intervient.

Le D^r Claudie LOCQUET, médecin généraliste, chef de projet à la HAS, est l'expert de la méthode.

Le président, le D^r Christian GÉRAUD (CHÂTEAU-GONTIER), est psychiatre libéral à mi-temps et praticien hospitalier à mi-temps, membre du conseil d'administration du GICIPI, il a animé les discussions et organisé les travaux.

Le chargé de projet, le D^r Marcel ZINS-RITTER (NANTES), est psychiatre libéral, expert près la cour d'appel de Rennes. Il a assuré la rédaction du référentiel final et de ses différentes versions, des rapports intermédiaires et du présent rapport final.

Un psychiatre libéral, le D^r Francis GHEYSEN (CAEN), a apporté au groupe de travail son expérience de médecin habilité à accompagner l'évaluation des pratiques professionnelles.

V. SÉLECTION DES TEXTES DE RÉFÉRENCES

Le point de départ de la réflexion du groupe de travail a été de rappeler qu'un psychiatre libéral exerçant en clinique avait obligation de constituer un « dossier patient² » contenant un certain nombre d'éléments obligatoires, dont une partie est communicable au patient ou à des tiers dans des conditions définies par la loi. L'extension d'obligation au psychiatre « de ville » a été clairement posée par l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès (*Journal officiel* du 17 mars 2004).

² Formulation remplaçant celle de « dossier médical » depuis la loi dite « Kouchner » n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Journal officiel* du 5 mars 2002, et le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002, *Journal officiel* du 30 avril 2002.

Les textes de référence sont les suivants :

- Agence pour le développement de l'évaluation médicale. La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations. Paris : Andem ; 1996 ;
- loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel* du 5 mars 2002 ;
- décret n° 2002-637 du 29 avril 2002. *Journal officiel* du 30 avril 2002 ;
- arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès. *Journal officiel* du 17 mars 2004 ;
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité et de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Paris: Anaes ; 2003.

VI. SÉLECTION DES OBJECTIFS DE QUALITÉ

Le groupe de travail a retenu 4 objectifs de qualité, conformes aux recommandations françaises actuelles, pour élaborer le référentiel d'auto-évaluation.

Les 2 premiers sont des exigences de qualité, car le standard attendu est de 100 %, en conformité avec la réglementation récente. Ces textes de références ne permettent pas de les grader comme des objectifs.

- S'assurer que la partie administrative du dossier est renseignée (critères 1 à 3) ; à l'issue du passage en groupe test, un critère 12 complète cette partie.
- Disposer d'une histoire médicale actualisée comportant les éléments utiles à la démarche diagnostique (critères 4 à 7).
- Retrouver les éléments utiles au projet thérapeutique (critères 8 à 10).
- Organiser et hiérarchiser le dossier (critère 11).

Sans vouloir être exhaustifs, ces objectifs ont paru couvrir, pour le groupe de travail, ce qui est essentiel pour la prise en charge d'un sujet par un psychiatre, tout en permettant à ce dernier de satisfaire à l'ensemble de ses obligations légales.

VII. LES PATIENTS CONCERNÉS

Il s'agit de tous les patients vus en consultation pour au minimum la deuxième fois, afin d'éviter les réponses « NA » (non applicable) lors d'une première consultation.

VIII. SÉLECTION DES DOSSIERS

L'évaluation porte sur 20 patients, nombre qui paraît suffisant pour s'auto-évaluer dans le domaine de la tenue du dossier du patient.

Le mode de sélection prospectif doit être privilégié, car plus dynamique et permettant la mise en place immédiate de mesures correctives :

- la sélection se fait au fur et à mesure que les patients se présentent en consultation ;
- il faut choisir de façon aléatoire les dossiers, par exemple 4 (ou 5) patients de chaque jour travaillé d'une semaine, et définir à l'avance l'ordre de choix, par exemple 1 patient sur 2 ou 3 à partir du premier patient du jour.

IX. LES ONZE CRITÈRES INITIALEMENT RETENUS

Critère 1

Le nom actualisé (ainsi que si besoin le nom de jeune fille), le prénom usuel et la date de naissance permettent d'identifier correctement un patient.

Critère 2

Les coordonnées postales et téléphoniques du patient doivent être notées afin de permettre au psychiatre de le contacter facilement.

Critère 3

Le psychiatre ne peut plus actuellement faire l'impasse sur la « personne de confiance » du patient pris en charge. Cette dernière doit être clairement identifiée afin de pouvoir être facilement contactée si besoin.

Critère 4

Le psychiatre est un spécialiste médical, souvent prescripteur. Il ne peut faire l'impasse sur une liste datée des antécédents personnels du patient : maladies significatives somatiques et psychiatriques.

Critère 5

Dans l'optique d'une meilleure prise en charge, les antécédents familiaux significatifs, somatiques et psychiatriques, doivent figurer dans le dossier.

Critère 6

Les situations à risque vital (risque suicidaire en particulier : les principaux éléments de la conférence de consensus sur la crise suicidaire, publiée par l'Anaes en octobre 2000, sont rappelés en annexe, mais la cotation du risque suicidaire au moyen de la section correspondante du MINI, également fournie en annexe, paraît plus facile à mettre en application, sans se substituer au recueil des éléments cliniques tels que listés par la conférence de consensus) et les situations nécessitant une surveillance particulière (interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses en particulier) doivent figurer dans le dossier du patient et être régulièrement mises à jour. Si l'un des deux termes n'est pas renseigné la réponse à la question est NON.

En l'absence de trace écrite, en particulier négative, la réponse à la question est NON

Une trace écrite stipulant « il n'y a pas de risque vital, de risque suicidaire ou d'interaction médicamenteuse » permet de répondre OUI à la question.

Critère 7

Tout praticien doit enregistrer à chaque rencontre les informations (verbales ou épistolaires) et les éléments ayant participé à la démarche diagnostique.

Critère 8

Le dossier du patient doit comprendre une liste datée des allergies et intolérances médicamenteuses de tout patient suivi en ambulatoire.

Critère 9

Les prescriptions médicamenteuses psychiatriques, l'un des deux principaux moyens d'action thérapeutique du psychiatre, sont notées dans le dossier avec leur posologie et leur durée.

Critère 10

L'autre moyen thérapeutique majeur du psychiatre est la prise en charge psychothérapeutique. Elle se doit d'être clairement documentée dans le dossier du patient.

Critère 11

Les derniers textes parus au *Journal officiel* le 17 mars 2004, quelques jours à peine avant la première réunion du groupe de travail, alors même que la version n° 1 du référentiel était déjà préparée, ont obligé ledit groupe à reconsidérer son approche afin de clairement identifier les éléments non transmissibles (tout ce qui concerne d'autres sujets que le patient ou tout ce qui provient de tiers et concernant le patient) du dossier du patient de ceux qui le sont. Il est de l'intérêt professionnel du psychiatre d'anticiper l'accès au dossier médical par le patient, voire des tiers, ce qui lui facilitera également la fourniture ultérieure d'informations spécifiques dans l'hypothèse de sa participation à la mise en œuvre d'un dossier médical unique et informatisé du patient.

X. LE DOUZIÈME CRITÈRE INTRODUIT APRÈS PASSAGE EN GROUPE TEST

Critère 12

La mise en place, sur le premier semestre 2005, de la filière de soins, avec possible désignation par le patient d'un médecin traitant, doit fortement inciter le psychiatre à s'enquérir de l'identité de ce dernier, compte tenu de l'importance du dialogue entre le médecin traitant et le(s) spécialiste(s) concernant la ou les pathologies et traitement(s) du sujet.

XI. LE GROUPE DE LECTURE

Le groupe de lecture est constitué de 2 experts du thème (3 autres experts initialement retenus n'ont finalement pas répondu malgré plusieurs sollicitations) et de 10 correspondants régionaux Anaes, dits experts de la méthode, répartis sur l'ensemble du territoire national. Aucun des experts n'appartient au GICAPI.

La liste des experts figure en annexe 2.

La première version du référentiel a été envoyée au groupe de lecture courant septembre 2004 et les réponses des 12 experts se sont échelonnées sur les mois d'octobre et de novembre 2004.

Les résultats des commentaires, suggestions et critiques du groupe de lecture ont été traités de deux manières :

- tableau de synthèse quantitative et qualitative des résultats des questionnaires semi-standardisés envoyés par l'Anaes (voir tableau en annexe 3) ;

- prise en compte des commentaires ajoutés en ouvert par les membres du groupe de lecture. Chaque fois que cela a été possible, les commentaires ont été traités au fur et à mesure dans les chapitres du présent travail, la modification correspondante étant intégrée avec sa justification éventuelle dans le présent rapport et le référentiel le cas échéant. Les commentaires qui n'ont pas été inclus au fur et à mesure dans le texte du rapport seront abordés spécifiquement lors de la présentation des résultats globaux.

Synthèse des réponses aux questionnaires semi-standardisés du groupe de lecture

La liste des questions étant différente selon qu'il s'agissait des experts du thème ou des experts de la méthode, les résultats sont scindés en deux sous-groupes.

A. Experts du thème

D'une manière générale, il existe une bonne homogénéité des réponses, tant sur le plan quantitatif que qualitatif (cf. tableau en annexe 3). Les réponses « oui » représentent 85 %, contre 10 % pour les réponses « non » et 5 % pour « non applicable ». Des commentaires ou suggestions ont été la plupart du temps apportés après chaque question, ainsi qu'à la question 9 qui appelait, en ouvert, à la formulation de propositions d'amélioration du référentiel.

1. Le thème du référentiel :

a. Concerne-t-il une pratique clinique fréquente ?

Réponses : 2 oui. Pas de commentaire.

b. Correspond-il à une pratique pouvant comporter des risques pour les patients ?

Réponses : 1 réponse oui et 1 réponse non, mais avec réserve. Les commentaires se rejoignent car évoquant le vécu du patient par rapport à l'information le concernant pour la réponse oui et posant comme possible le fait que le patient puisse refuser l'existence même du dossier. Il s'agit vraisemblablement d'une des nombreuses expressions de la crise par laquelle la psychiatrie française passe actuellement. L'importante difficulté d'une partie non négligeable des psychiatres à se reconnaître comme relevant d'une pratique médicale est patente. Le refus de plusieurs sociétés savantes de se pencher sur l'élaboration du référentiel concernant le dossier du patient en psychiatrie ambulatoire, l'absence de réponse de la grande majorité des URML quand il s'agit de constituer un groupe test et la défection de près de deux tiers des experts du thème, alors même qu'ils avaient accepté la mission, montrent la gravité du malaise de la profession. Une partition, confirmée par l'actuelle vie associative et syndicale de la profession, se dessine entre « médecins psychiatres » et « psychothérapeutes attachés à leur titre de docteur en médecine et aux réels ou supposés avantages afférents ».

c. Concerne-t-il une pratique pour laquelle il existe un potentiel d'amélioration ?

Réponses : 2 oui. Un commentaire s'inscrit cependant dans le prolongement des explications développées au point précédent. La psychiatrie apparaît préférentiellement vue comme un lieu de parole et un espace de liberté et de ce fait pouvant prétendre à un statut dérogatoire vis-à-vis de la loi et situé hors des obligations médicales s'appliquant aux autres spécialités. Ainsi est-il par exemple suggéré qu'un projet thérapeutique puisse s'élaborer sans recueil préalable d'informations. Il convient également de rappeler que le lieu de parole n'est pas en lui-même spécifique à la psychiatrie, mais est une donnée transdisciplinaire concernant toute les spécialités médicales cliniques. Vouloir réduire le travail du psychiatre à l'écoute de la seule parole du sujet aboutirait à le positionner irrémédiablement hors du champ médical.

2. Les sources de documentation identifiées sur le thème (recommandations professionnelles ou réglementaires, conférences de consensus) sont-elles conformes à l'état actuel de la science ?

Réponses : 2 oui. Un commentaire propose le recours à des « *schémas explicatifs simples à proposer aux patients* ».

3. Le choix des textes de références retenus est-il pertinent ?

Réponses : 2 oui. Comme pour le point 2, un commentaire nous apparaît hors sujet ou relevant d'une difficulté de compréhension des textes réglementaires puisque soulignant le manque dans ces textes de « *la notion d'une explication nécessaire et indispensable du trouble auprès du patient* ». Il apparaît aux auteurs qu'il s'agit pourtant de l'objectif principal visé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (*Journal officiel* du 5 mars 2002) et ses décrets d'application.

4. Les objectifs et/ou exigences de qualité sélectionnés sont-ils adaptés au thème retenu ?

Réponses : 2 oui. Un nouveau commentaire (« *Une fois encore il faut souligner que les objectifs et exigences ne sont pas forcément en conformité avec le lieu de parole psychiatrique spécifique.* ») illustre ce qu'il faut bien nommer la distance séparant les psychiatres se reconnaissant dans une démarche médicale et leurs collègues psychothérapeute et/ou psychanalystes qui ne veulent pas prendre en compte les exigences de la loi vis-à-vis de tous les médecins.

5. Les objectifs et/ou exigences de qualité sélectionnés sont-ils adaptés à la cible professionnelle retenue ?

Réponses : 1 oui et 1 non. Le non est accompagné d'une demande de précision vis-à-vis des éléments non transmissibles. L'arrêté du 5 mars 2004 (portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès et paru au *Journal officiel* du 17 mars 2004) est sans équivoque : n'est

pas transmissible tout ce qui concerne un autre que le patient et toute information concernant celui-ci mais provenant d'un tiers. Quant au oui, il s'accompagne d'un commentaire visant à introduire une distinction entre « *acte de prescription* » et « *acte d'écriture* », sans que ces termes soient précisés. L'acte de prescription ne couvre pas uniquement les prescription médicamenteuses qui, au demeurant, restent des actes d'écriture !

6. Le guide d'utilisation du référentiel vous semble-t-il complet ?

Réponses : 1 oui et 1 non. Ce dernier est assorti d'un commentaire reprenant la notion d'« *information sur la maladie* » qui a déjà reçu réponse.

7. La sélection des patients concernés (critères d'inclusion) vous semble-t-elle adaptée ?

Réponses : 2 oui. La seule remarque portant sur l'introduction d'« *un paramètre concernant la durée de la prise en charge* » nous apparaît hors sujet, cette précision existant déjà : « Il s'agit de tous les patients vus en consultation pour la deuxième fois. » Afin d'être plus pertinent, une nouvelle formulation du chapitre VII, Les patients concernés, est proposée : « Il s'agit de tous les patients vus en consultation pour au minimum la deuxième fois. »

8. Les critères proposés vous semblent-ils correspondre à un élément important de la pratique ?

Réponses : 2 oui. Pas de commentaire.

9. Quelles améliorations sur le fond souhaiteriez-vous voir apporter à ce référentiel ?

Réponses : le seul commentaire concerne la « *nécessaire valorisation de l'acte d'écoute dans la prise en charge.* » Il va sans dire que le référentiel doit tenir compte de la place de cet acte dans le suivi du patient, mais qu'il ne lui incombe pas de le favoriser au détriment d'un autre type de prise en charge.

B. Experts de la méthode

L'accent sera mis sur la discussion des commentaires, suggestions et critiques non évoqués par les experts du thème.

1. Les membres du groupe de travail sont-ils représentatifs de la cible professionnelle ?

Réponses : 9 oui et 1 NA. Cette dernière réponse est pertinente dans le commentaire qui l'accompagne, car il semble que le tableau figurant en annexe 3 a été transmis tronqué de certaines informations sur l'identité des membres du groupe de travail, leur spécialité et leur mode d'exercice. Il a été remédié à ces carences. De plus, ce même expert pose le problème de la représentativité des psychiatres hospitaliers consultant en ambulatoire. Hormis le chef de projet relevant de l'Anaes et généraliste de formation, 7 des 8 membres du groupe de travail sont psychiatres.

Le 8^e est généraliste et il a été choisi comme expert du thème, pour avoir participé au groupe de travail à l'origine du référentiel sur le dossier médical tenu par le généraliste. Seuls 4 des psychiatres ont un exercice libéral strict (57 %). Deux membres ont un exercice mixte associant une pratique libérale de ville à un poste de praticien hospitalier à mi-temps (29 %) et 1 membre partage son exercice entre un cabinet de ville et une clinique privée (14 %).

2. La justification du choix des textes de références retenus est-elle explicitée ?

Réponses : 7 oui et 3 non. L'ancienneté du texte sur la tenue du dossier médical (1996) est signalée. Précisons qu'il n'a pas été actualisé depuis et que le présent travail, intégrant les éléments les plus récents en termes d'obligations légales incombant à tous les médecins en exercice³, pourrait en être un bon point de départ. L'absence de référence s'explique aisément par le fait que la tenue d'un dossier médical dépend essentiellement de textes réglementaires. D'autre part, nous n'avons pas trouvé de textes ou recommandations étrangers suffisamment pertinents et novateurs pour être retenus. Un expert pose la question des critères à appliquer à l'appréciation du risque suicidaire (critère 6). Compte tenu de l'enjeu de santé publique et des conséquences juridiques possiblement encourues par le psychiatre, il est apparu important d'incorporer les critères permettant de reconnaître et d'évaluer le risque suicidaire, tels que définis par la conférence de consensus sur la crise suicidaire, publiée par l'Anaes en octobre 2000 (annexe 5 du référentiel). Afin de faciliter le recueil de ce type de données, il est également proposé la section de cotation correspondante du MINI⁴ qui permet de coter le risque suicidaire actuel comme étant absent, léger, moyen ou élevé à partir de 6 items seulement (annexe 6 du référentiel).

3. Les motifs de sélection des objectifs et/ou exigences de qualité sont-ils explicités ?

Réponses : 9 oui et 1 non. Les commentaires insistent sur le fait que le cadre réglementaire doit sous-tendre l'appellation d'exigence.

4. Les objectifs et/ou exigences de qualité sont-ils tous traduits en critères ?

Réponses : 10 oui et 0 non. Un expert pense que le critère 11 n'est pas explicité par rapport à l'objectif. Il apparaît qu'il l'est pourtant, mais le sera encore davantage dans le guide.

5. Les critères d'évaluation élaborés correspondent-ils aux objectifs et/ou exigences de qualité ?

Réponses : 6 oui et 4 non. Le manque de précision du critère 11 apparaît à trois reprises. L'actualité a rendu l'écriture de ce critère délicate, mais il apparaît clairement, dans un souci de lisibilité, qu'il faille insister sur les critères non transmissibles et leur définition la plus accessible. D'autre part, le caractère daté de

³ Souligné par les auteurs.

⁴ *Mini International Neuropsychiatric Interview, French Version 5.0.0*, Y. Lecrubier & Al. (Paris, France) et D. Sheehan & Al. (Tampa, USA), 1992, 1994 & 1998.

la question relevant du critère 4 n'est pas retrouvé dans la grille : il y est remédié. Deux experts ont buté sur l'expression « *ou vérifiés auprès du patient* » et proposent de remplacer « ou » par « et ». Tout d'abord, il ne s'agit pas de remplir, comme le note un expert, le dossier médical du patient en même temps que la grille d'auto-évaluation, celle-ci perdant toute pertinence. Retenir « et » implique qu'une partie de l'audit ne peut avoir lieu qu'en présence du patient, ce qui en alourdit la mise en œuvre, tout en sachant que la vérification auprès du patient des éléments écrits dans le dossier constitue un gage de pertinence et surtout de qualité par le biais d'une possible actualisation ultérieure. À partir du postulat qu'une information n'est de qualité que si elle est vérifiée, le groupe de travail a décidé de retenir la formulation « et vérifiés auprès du patient » pour les questions correspondant aux critères 1 à 7. Enfin un expert propose l'ajout d'un critère sur la relation entre le psychiatre et le médecin traitant ou un correspondant, en particulier en cas de risque médical connu. Ce même expert propose, à cet effet, de regrouper les critères 1 et 2. La liste de leurs éléments constitutifs (4 + 2 = 6 au total) apparaît trop longue, risquant de générer nombre de réponses « non » lors de l'évaluation du fait de l'absence d'un seul élément. La législation actuellement en vigueur n'exige pas que le dossier du patient comporte ce type d'information, même si nous en reconnaissons la pertinence et engageons les psychiatres à la recueillir et l'actualiser régulièrement.

6. Le guide d'utilisation du référentiel vous semble-t-il complet ?

Réponses : 8 oui et 2 non. Il est demandé de bien préciser que tous les critères du critère 1 sont remplis et de ne pas oublier de joindre le guide de l'utilisateur au référentiel.

7. Le protocole de recueil des données (patients concernés, mode de sélection des données) vous semble-t-il adapté ?

Réponses : 10 oui et 0 non. Pas de commentaire.

8. Les questions posées vous semblent-elles univoques, fiables et reproductibles ?

Réponses : 5 oui et 5 non. Un non ne porte cependant que sur le critère 11 et encore s'agit-il d'une simple incompréhension langagière. Ce critère 11 a déjà été abordé plusieurs fois, ce qui paraît normal, s'agissant d'un élément nouveau et atypique dont le psychiatre va devoir maintenant tenir compte. Un expert pointe d'ailleurs le peu de transmissions concernant les patients suivis par un psychiatre. Il propose que le dossier tenu par le psychiatre reprenne les mêmes données que ceux des autres praticiens. Il est enfin demandé de ne pas induire de confusion par l'utilisation de la conjonction « ou ». Il est donc décidé de réserver cette formulation (consigne donnée dans le guide de l'utilisateur) quand l'évaluation se fait en présence du patient, ce qui permet de vérifier l'actualité des informations contenues dans le dossier du patient.

9. Quelles améliorations, sur la forme et/ou sur le fond, souhaiteriez-vous voir apporter à ce référentiel ?

Réponses : aucune pour 3 experts. Un expert signale quelques « coquilles » corrigées depuis et propose une reformulation (acceptée) du critère 4 au motif que la formulation initiale pouvait donner l'illusion que le psychiatre devait renseigner ses propres antécédents.

Le chapitre V ayant été jugé « assez incompréhensible », il a été remanié. D'autre part un expert en a jugé le contenu comme allant à l'encontre des deux premières phrases du chapitre I, « *La psychiatrie est une spécialité médicale à part entière. À ce titre, le psychiatre se doit de répondre aux exigences de la loi* », et propose de les supprimer. L'affirmation d'une psychiatrie française faisant partie intégrante du champ de la médecine, avec ses inconvénients (respecter la loi et les diverses réglementations) et ses avantages (remboursement du CPSY), nous est apparue incontournable.

Plusieurs experts reprennent les remarques formulées par rapport au critère 11 et à l'usage de la conjonction « ou », mais nous y avons déjà répondu plus haut. Il est apparu par contre nécessaire de supprimer la phrase « ou vérifiés auprès du patient » au niveau des critères 8, 9 et 10, ces informations devant être notées dans le dossier, mais le patient n'en ayant pas toujours la connaissance.

D'autres suggestions vont dans le sens d'éléments précédemment évoqués : appréciation du risque suicidaire, relation médecin traitant et psychiatre.

En conclusion, nous noterons le commentaire suivant d'un expert : « *Excellent dossier !* »

XII. LE GROUPE TEST

Il était initialement prévu que ce groupe soit constitué essentiellement de psychiatres sélectionnés, sur la base du volontariat, au niveau des régions par les URML. Ceci avait pour avantage d'impliquer encore davantage les diverses URML dans la mise en place de l'EPP dans leur région, en associant aux tâches organisationnelles qui sont les leurs une ouverture sur le développement des référentiels.

Dans les faits, seules de rares URML ont répondu amenant une surreprésentation des Pays de la Loire. Le D^r Marcel ZINS-RITTER, chargé de projet, et le D^r Christian GERAUD, président, ont donc sollicité 30 collègues supplémentaires dans la plupart des régions, afin de disposer d'une couverture représentative au plan national (13 régions sont représentées). Seuls 20 % des membres du groupe test appartiennent au GICIPI. D'autre part, si 30 % des membres exercent dans la région Pays de la Loire dont sont issus le président et le chargé de projet, cela tient essentiellement à l'importance de la liste de volontaires fournie par l'URML. Aucun des membres issus de cette région des Pays de la Loire n'appartient au GICIPI.

La liste des membres du groupe test initialement retenus figure en annexe 4.

Vingt-deux psychiatres ont finalement testé l'outil à 11 critères qui leur a été proposé fin décembre 2004.

Deux remarques s'imposent d'emblée :

- Le délai de retour a dû être plusieurs fois repoussé (passant de janvier 2005 à mai 2005) du fait d'un faible taux de réponses (malgré plusieurs relances épistolaires et téléphoniques émanant à la fois de la HAS et du chargé de projet), en particulier s'agissant d'un groupe de psychiatres volontaires pour réaliser ce travail. Une partie des raisons de ces absences de retour relève d'éléments extra-médicaux qui sont signalés plus loin dans le développement de notre analyse.

- Nous avons ainsi dû recruter quelques nouveaux testeurs (voir annexe 5) qui se sont vus confier par la HAS un nouveau formulaire d'évaluation. Le groupe initial, hormis 3 testeurs ayant répondu tardivement et ayant de ce fait utilisé les nouveaux documents, ainsi que deux testeurs de la seconde vague ont répondu à l'ancienne mouture dudit document. Les questions figurant dans les deux documents sont décrites en annexe 6. Seules 3 questions sont quasi équivalentes dans les deux documents (voir détails en annexe 6).

Cette même annexe 6 comptabilise les réponses des testeurs qui, précisons-le d'emblée, valident très majoritairement l'outil proposé, tout en suggérant quelques améliorations, dont plusieurs seront retenues.

La pertinence et l'exhaustivité du rendu de 3 praticiens de terrain, géographiquement éloignés, méritent d'être particulièrement mises en exergue car à l'origine des principales modifications intégrées à la version finale de ce premier référentiel en psychiatrie. Il s'agit des D^{rs} Philippe MARMIN (Nantes), Jean-Nicolas RUCH (Strasbourg) et Pierre LEGOUBEY (Cherbourg).

Exploitation statistique des retours émanant du groupe test (pour les résultats détaillés, voir tableau de l'annexe 6) :

- 1) Pertinence des objectifs du référentiel : 89 % et 75 % de réponses positives, respectivement pour les deux versions, soit un résultat final cumulé de 86 %.
- 2) Modification de la pratique : 89 % et 50 % de réponses positives, respectivement pour les deux versions, soit un résultat final cumulé de 82 %.
- 3) Compréhension du référentiel : 94 % et 75 % de réponses positives, respectivement pour les deux versions, soit un résultat final cumulé de 91 %.
- 4) Le thème du référentiel concerne un problème fréquent dans la pratique : 89 %.
- 5) Les critères d'évaluation proposés sont discriminants, faisant la différence entre bonne et moins bonne pratique clinique : 72 %.
- 6) Les objectifs et exigences de qualité proposés peuvent être atteints dans la pratique quotidienne : 89 %.
- 7) Il est facile de répondre aux questions qui permettent de savoir si les objectifs et exigences de qualité sont réalisés : 100 %.
- 8) Le référentiel semble complet : 50 %.
- 9) Les objectifs de qualité sont déclinés en critères : 75 %.
- 10) Les critères correspondent aux objectifs de qualité : 75 %.
- 11) Le mode de sélection des dossiers est facile à mettre en place : 75 %.

Les résultats obtenus aux 3 premiers points (pertinence des objectifs, compréhension des éléments du référentiel et modifications induites de la pratique) affirment d'emblée la validité opérationnelle du référentiel proposé aux psychiatres.

Les réponses aux autres points (hors le point 8), avec des résultats positifs supérieurs à 70 %, confirment cette validité et posent vraisemblablement ce référentiel comme un élément incontournable de l'EPP des psychiatres.

Quant au point 8, il présente tout à fait logiquement un taux de réponses positives inférieur, mais tout de même de 50 %, car explorant l'aspect complet ou non du référentiel, chacun cherche à inclure des éléments plus personnels relevant du domaine du référentiel.

Éléments ressortant de l'analyse des questionnaires retournés par les membres du groupe test, en particulier des suggestions et remarques

1) Beaucoup de testeurs souhaiteraient que le référentiel suive leur propre architecture de dossier médical. C'est humain, mais irréaliste, et traduit une certaine rigidité dans le fonctionnement, une paradoxale difficulté à entendre un autre discours que le sien propre. Bref, un frein à l'évolution.

2) Si certains testeurs reconnaissent le caractère « incontournable » du dossier du patient, d'autres n'ont pas compris le but d'un référentiel puisqu'ils lui contestent son mécanisme de vérification des données du dossier médical. Cela traduit le phénomène plus général de peur des psychiatres vis-à-vis de quasi toute forme de contrôle et de validation de leur activité.

3) Plusieurs testeurs ont confondu les bonnes pratiques de remplissage du dossier du patient et l'utilisation de tous ces éléments. Un testeur indique qu'il ne pense pas qu'il puisse exister un rapport entre bonne tenue du dossier médical et bonne pratique médicale. Le bon sens (mais la loi aussi) indique l'inverse, à savoir que la première bonne pratique médicale consiste à bien tenir le dossier médical de chaque patient.

4) D'une manière générale, il apparaît que les confrères consultant en clinique sont davantage proches du modèle médical classique. Certainement du fait du passage de leur établissement par la procédure de l'accréditation.

5) Les psychothérapies sont clairement mises en dehors du champ médical. Par exemple, leur indication ne doit de ce fait pas être discutée. Un testeur propose de totalement séparer le psychiatrique du somatique. Cela va jusqu'à proposer que les patients suivis en psychothérapie ne soient pas assujettis à la tenue d'un dossier médical. Nous retrouvons là cette tendance de certains psychiatres à vouloir se situer professionnellement hors du champ de la médecine.

Pour d'autres, les psychothérapies, en particulier d'inspiration analytique, ne sont pas des thérapeutiques.

Nous sommes là dans le cœur du débat relancé récemment par le retrait du texte de l'Inserm sur l'évaluation des psychothérapies du site du ministère. Ce climat politico-syndical a manifestement retenti négativement sur la réalisation de la phase test du présent référentiel. Il s'avère, *a posteriori*, que certains volontaires n'ont jamais eu l'intention d'y participer et que leur démarche initiale répondait à des motivations tout autres, en particulier retarder, voire empêcher sa validation. Cela va parfois jusqu'à l'absurde, comme ce professionnel de la santé mentale nanti d'un niveau d'éducation « Bac + 10 » qui écrit ne pas comprendre ce que « vérifié auprès du patient » veut dire ! Dans le même registre, comment expliquer autrement le fait qu'un autre testeur se déclare incapable de comprendre, malgré une définition courte et précise, la distinction existant entre « données communicables » et « données non communicables ».

6) Il semble exister une méconnaissance, voire un refus d'appliquer les termes de la loi, en particulier certains éléments des décrets d'application de la loi Kouchner : consultation du dossier par le patient et désignation d'une personne de confiance. Cela va jusqu'au refus de séparer les données dites transmissibles dans le cadre de la loi Kouchner des données non transmissibles, afin de considérer l'ensemble comme étant par essence non transmissible.

7) Le rapport à la loi apparaît problématique pour de nombreux psychiatres. Grande est la tentation de la refuser pour de multiples motifs, bien sûr spécifiques à la psychiatrie, à son objet (l'humain), et de la contourner, de jouer avec elle. Cela va, pour un praticien, jusqu'à l'aveu d'avoir délibérément utilisé l'identité d'un conjoint de patient.

8) La dichotomie du monde psychiatrique se retrouve dans les nombreux commentaires opposés que nous avons réceptionnés, comme, par exemple, ce confrère indiquant que le référentiel est inadapté aux patients de moins de 16 ans et cet autre, pédopsychiatre, trouvant au contraire qu'il tient compte de l'organisation des dossiers tant en cabinet qu'en CMPP.

Plus intrigant encore, les oppositions existant dans le discours d'un même testeur qui, critiquant le côté « policier » de la demande de la date de naissance et du nom de jeune fille, reconnaît (fort

pertinemment au demeurant) que la recherche des antécédents somatiques peut s'intégrer utilement à une démarche psychothérapeutique.

9) D'une manière générale, les psychiatres ayant une pratique « opérationnelle », ne se cantonnant pas à une pratique unique de type psychothérapie, en particulier d'inspiration analytique, reconnaissent la nécessité de (bien) tenir un dossier médical par patient. Les autres non. Ils invoquent alors la difficulté, voire l'impossibilité de concilier exigences médico-légales et attention due au patient.

10) Quelques « coquilles » ont été repérées et de ce fait corrigées comme, à la question 6 de la grille : un « ou » n'avait pas été corrigé en « et » comme cela avait été décidé après le passage en groupe de lecture.

11) Plusieurs ajouts de critères sont proposés (N = 17), dont certains peuvent effectivement être discutés et d'autres non.

- Critères retenus : coordonnées du médecin traitant (depuis l'instauration de la filière de soins, ce qui aboutit à proposer un 12^e critère), exploration à la question n° 9 si l'absence de traitement psychotrope est notée, exploration à la question n° 10 si l'absence de psychothérapie formelle est notée, extension du même principe aux questions 4, 5, 6 et 7 : antécédents personnels significatifs, antécédents familiaux significatifs, risque suicidaire et associations médicamenteuses potentiellement dangereuses et allergies et intolérances médicamenteuses.
- Critères écartés : évaluation de l'hétéro-agressivité du sujet, surveillance clinique et biologique des traitements, synthèses régulières, numéro de Sécurité sociale (car intégré au système de la carte Vitale), catégories socioprofessionnelles.

12) Au final, une majorité de psychiatres testeurs reconnaît deux principaux éléments positifs apportés par le référentiel :

- il aide à repenser l'utilisation au quotidien du dossier médical ;
- il s'agit d'un outil présenté comme simple et donc potentiellement opérationnel.

À l'issue de l'analyse des données du groupe test, un seul autre point a été discuté au sein du groupe de travail : à savoir, s'il était nécessaire d'explorer l'existence de liens, en particulier épistolaires, entre le psychiatre et le médecin traitant.

L'expert thème du groupe proposait d'ajouter au critère n° 12 la formulation suivante : « La date du dernier courrier au médecin traitant est-elle référencée ? »

Ses arguments se réfèrent aux obligations liées à la filière de soins, le spécialiste devant tenir informé le médecin traitant des bilans, traitements ainsi que de leurs résultats. L'absence de pareils échanges est posée comme représentant une « perte de chance » pour le patient.

Le groupe de travail ne retient pas cette proposition en positionnant le débat sur la nécessité de pouvoir créer un dialogue entre médecins généralistes et psychiatres, ce que risque d'invalider un passage en force par le biais du réglementaire.

ANNEXES

I. ANNEXE 1

Liste des membres du groupe de travail

- Christian GÉRAUD, président du groupe, psychiatre libéral et PH, Château-Gontier ;
- Marcel ZINS-RITTER, chargé de projet, psychiatre libéral, Nantes ;
- Antoine LAMBERT, expert thème, généraliste libéral, Calais ;
- Joël PON, expert thème, psychiatre libéral et clinique, Toulouse ;
- Claudie LOCQUET, chef de projet, expert méthode HAS, Saint-Denis La Plaine Cedex ;
- Francis GHEYSEN, membre du groupe de travail, psychiatre libéral, Caen ;
- Joël GAILLEDREAU, membre du groupe de travail, psychiatre libéral, Élancourt ;
- Mocrane ABBAR, membre du groupe de travail, psychiatre libéral et PH, Nîmes ;
- Bertrand BARANOVSKY, membre du groupe de travail, psychiatre libéral, Rennes.

II. ANNEXE 2

Experts du thème

- Éric NORMAND, psychiatre et pédopsychiatre libéral, Douai ;
- Alain GUILLEMIN, psychiatre libéral, Angers.

Experts de la méthode

- Monique LATHÉLIZE, anesthésiste-réanimateur, Limousin
- Yann BONNET, anesthésiste, Auvergne
- Marie-Jeanne GILBERT, généraliste, Auvergne
- Gérard ANDROTTI, généraliste, PACA
- Éric BODIGUEL, neurologue, Centre
- Philippe BOUCHE, généraliste, Nord-Pas-de-Calais
- Gérard BOURREL, généraliste, Languedoc-Roussillon
- Annette SALCZYNSKI, cadre de santé, Nord-Pas-de-Calais
- Pierre SQUARA, cardiologue, Île-de-France
- Jean-François PERROCHEAU, généraliste, Basse-Normandie.

III. ANNEXE 3

Question experts du thème	EN	AG	Question experts méthodes	ML	YB	MJG	GA	EB	PB	GB	AS	PS	JFP
1 a	O	O	1	O	NA	O	O	O	O	O	PO	O	O
b	O	N											
c	O	O											
2	O	O	2	N	O	O	N	O	O	O	O	N	O
3	O	O	3	O	O	O	O	O	O	O	PO	O	N
4	O	O	4	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
5	N	O	5	O	N	O	N	N	O	O	PO	O	N
6	N	O	6	N	O	N	O	O	O	O	O	O	O
7	O	O	7	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
8	O	O	8	O	N	N	N	O	O	O	PN	O	N

O = oui ; PO = plutôt oui ; PN = plutôt non ; N = non ; NSP = ne sait pas

IV. ANNEXE 4

Liste initiale des membres du groupe test

- François ABRAHAM, pédopsychiatre libéral, Pays de la Loire ;
- Dominique ARRIGHI, psychiatre libéral, Île de France ;
- Gilles ASPE, psychiatre libéral, Centre ;
- Jean AUDET, psychiatre libéral, Poitou-Charente ;
- Claire BENHAIM, psychiatre libéral, Île-de-France ;
- Thierry BOSSHARDT, psychiatre libéral, Pays de la Loire ;
- Fabrice BOULET, praticien hospitalier, Languedoc-Roussillon ;
- Yves CAER, praticien hospitalier, Languedoc-Roussillon ;
- Frédéric CHAPELLE, psychiatre libéral et clinique, Midi-Pyrénées ;
- Maryse DEFRANCE, psychiatre, Nord-Pas-de-Calais ;
- Éric DEPOND, psychiatre libéral, Pays de la Loire ;
- Christophe DUFOUR, psychiatre libéral, PACA ;
- Romain FAOU, psychiatre, Nord-Pas-de-Calais ;
- Michel FARUCH, psychiatre libéral et clinique, Midi-Pyrénées ;
- Michel FAURE, psychiatre libéral, Centre ;
- Bruno GALLET, psychiatre, Pays de la Loire ;
- Christian GAUSSARES, psychiatre libéral, Aquitaine ;
- Denis GEST, psychiatre clinique, Bretagne ;

- Jean-Paul HERVE, psychiatre libéral et clinique, Bretagne ;
- Paule KAHLIFA, psychiatre libéral, Midi-Pyrénées ;
- Denis LABOURET, psychiatre libéral et clinique, Bretagne ;
- Philippe LECLERCQ, psychiatre libéral, Alsace ;
- Jean-Michel LECOMPTE, psychiatre, Nord-Pas-de-Calais ;
- Pierre LEGOUBEY, psychiatre libéral, Basse-Normandie ;
- Jean-Christophe LOIRAT, psychiatre libéral et clinique, Pays de la Loire ;
- Thierry LOISEAU, psychiatre libéral, Île-de-France ;
- Denis MALOUINES, psychiatre libéral et clinique, Bretagne ;
- Philippe MARMIN, psychiatre libéral, Pays de la Loire ;
- Alain MONTANT, psychiatre libéral, PH et salarié, Pays de la Loire ;
- Michel MURY, psychiatre libéral et clinique, Pays de la Loire ;
- Marc PASCAUD, psychiatre libéral et PH, Pays de la Loire ;
- André ROUGET, psychiatre libéral et clinique, Pays de la Loire ;
- Daniel ROUSSEAU, psychiatre libéral et salarié, Pays de la Loire ;
- Jean-Nicolas RUCH, psychiatre libéral & clinique, Alsace ;
- Jean-Yves SIDOT, psychiatre libéral, Lorraine ;
- Harald SONTAG, psychiatre libéral, Alsace ;
- Georges STURCHLER, psychiatre libéral, PACA ;
- Éric TANNEAU, psychiatre libéral, Île-de-France ;
- Gérard VALET, psychiatre libéral, Pays de la Loire ;
- Philippe WALLON, psychiatre libéral, Île-de-France.

V. ANNEXE 5

Liste complémentaire des membres du groupe test

- Michel BOURIN, praticien hospitalo-universitaire, Pays de la Loire ;
- Bernard GUITTON, praticien hospitalier, Pays de la Loire ;
- Yves LECRUBIER, praticien hospitalo-universitaire, Centre ;
- Charles-Siegfried PERETTI, praticien hospitalo-universitaire, Centre.

VI. ANNEXE 6

Tableau récapitulatif des réponses adressées par 22 membres du groupe test, sachant que les 18 premiers ont répondu sur l'ancien formulaire et les 4 derniers sur le nouveau formulaire établi à cet effet par la HAS.

1 ^{re} version	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8
	O	O	O	O	O	O	O	N
	O	O	O	O	O	O	N	O
	N	O	O	O	O	O	O	O
	O	O	N	O	N	O	N	O
	N	O	N	O	O	O	O	O
	O	N	N	O	O	O	N	O
	O	O	O	O	O	O	N	O
	O	O	O	O	O	O	O	O
	O	O	O	O	O	O	O	O
	O	O	O	O	O	O	N	O
	O	O	O	N	O	O	O	N
	O	N	N	O	O	O	N	O
	O	O	O	O	O	O	N	O
	O	O	O	O	O	O	O	O
	O	O	O	O	O	O	O	O
	O	O	O	O	O	O	O	O
	O	O	O	O	O	O	O	O
	O	O	O	N	O	O	N	N
	O	O	N	O	O	O	N	O
Total Oui	16	16	13	16	17	18	9	16
% Oui	89	89	72	89	94	100	50	89
2 ^e version	I1'	I2'	I3'	I4'	I5'	I6'		
	O	O	O	O	O	O		
	O	O	O	O	O	O		
	NA	NA	NA	NA	NA	NA		
	O	N	O	O	O	N		
Total Oui	3	3	3	3	3	2		
% Oui	75	75	75	75	75	50		

Version initiale :

I1 : Le thème du référentiel concerne-t-il un problème clinique fréquent dans votre pratique ?

I2 : Les objectifs et exigences de qualité sélectionnés sont-ils pertinents pour votre pratique ?

I3 : Les critères d'évaluation proposés sont-ils discriminants, faisant la différence entre bonne et moins bonne pratique clinique ?

I4 : Les objectifs et exigences de qualité proposés peuvent-ils être atteints dans votre pratique quotidienne ?

I5 : Les critères d'évaluation proposés sont-ils compréhensibles, opérationnels, formulés en termes simples et clairs ?

I6 : Est-il facile de répondre aux questions qui permettent de savoir si les objectifs et exigences de qualité sont réalisés ?

I7 : Le référentiel vous semble-t-il complet ?

I8 : Le référentiel a-t-il été utile et avez-vous changé votre pratique après cette évaluation ?

Il s'y ajoute une question I9 : Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporter à la forme et au fond de ce référentiel ? Dix-sept améliorations ont été clairement proposées.

Deuxième version :

I1' : Les objectifs de qualité sont pertinents pour votre pratique.

I2' : Les objectifs de qualité sont déclinés en critères.

I3' : Les critères correspondent aux objectifs de qualité.

I4' : Le mode de sélection des dossiers est facile à mettre en place.

I5' : Dans l'ensemble, les critères sont faciles à comprendre.

I6' : Ce référentiel est susceptible de modifier votre pratique.

Il s'y rajoute une question I7' : Vous êtes prêts à tester un autre référentiel d'évaluation ?
100 % de réponses « oui ».

Comme indiqué dans le corps du rapport, seules 3 questions figurant dans les 2 questionnaires sont quasi équivalentes : I2 et I1' (pertinence des objectifs du référentiel), I8 & I6' (modification de la pratique), I5 et I5' (compréhension).