

**La place de l'évaluation des pratiques professionnelles à l'hôpital :
entre accréditation et évaluation des compétences, vers une
optimisation de la qualité**

Séminaire de réflexion organisé par
le **Centre Hospitalier de Brive La Gaillarde** et
le **Groupe d'Etudes et de Réflexion des Hôpitaux Non Universitaires**

Introduction aux Journées	2
o Alain GAILLARD, Directeur du Centre Hospitalier de Brive	2
o Pascal CHEVALLIER, Chef du Service de Réanimation, Président du Comité d'Organisation du Centre Hospitalier de Brive	4
o Françoise JUNGFER, Présidente du GERHNU	5
o Animateur : Alain JACOB	7
Evaluation des compétences : de quoi parle-t-on aujourd'hui ?	9
Professeur Yves MATILLON (Mission interministérielle d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la Santé)	9
Utilisation de l'EVIDENCE BASED MEDICINE dans les pratiques professionnelles.....	18
Professeur Pierre DURIEUX (maître de conférence, université santé publique et information médicale Broussais - Hôtel-Dieu)	18
L'évaluation des directeurs : le présent et le futur	27
Jean-Jacques ROMATET (Directeur Général – Centre Hospitalier Universitaire de Nice).....	27
François MAURY (Directeur – Centre Hospitalier de Roubaix)	27
o François MAURY	27
o Jean-Jacques ROMATET	31
Les pharmacies de l'inspection à l'évaluation.....	36
Patrick ZAMPARUTTI (Pharmacien Inspecteur – DRASS Nantes)	36
DISCUSSION.....	40
De l'audit clinique à l'évaluation des compétences	49
Marie-José RAVINEAU (Direction des soins - Centre Hospitalier de Meaux - ANAES)	49
L'audit des services : l'expérience de la réanimation	56
Alain TENAILLON (Médecin - Centre Hospitalier du Sud Francilien)	56
Evaluation individuelle et collective des pratiques professionnelles en médecine libérale, une expérience originale	63
Présentation par Jean-François DURR (ANAES - Centre Hospitalier de Freyming Merlebach) de l'exposé de Pierre CLAVEIROLE (Médecin habilité par l'ANAES pour l'EPP), n'ayant pu être présent.	63
DISCUSSION.....	68
Evaluation des pratiques professionnelles médicales : le point de vue de la Faculté ...	73
Professeur Jacques ROLAND (Président de la conférence des doyens).....	73
L'expérience de l'Assurance Maladie.....	78
Bruno DELFORGES (Médecin-Conseil - CAM Centre-Ouest)	78
De la réalité québécoise aux fantasmes français.....	87
Etienne DUSEHU (Médecin – Centre Hospitalier de Compiègne).....	87
Introduction aux ateliers	97

Présentation des résultats de l'ENQUETE GERHNU	97
Pascal FORTIER (Médecin – Centre Hospitalier du Haut Anjou)	97
DISCUSSION.....	100
PRESENTATION DES RESULTATS DES TRAVAUX EN ATELIERS	107
○ Atelier 1 : Pourquoi... mode ou ardente obligation ?	107
○ Rapporteur : Monique DESINDE (Centre Hospitalier de GAP)	107
○ Atelier 2 : Comment... seul ou accompagné ?	110
○ Rapporteur : Edith DUFAY (Centre Hospitalier de Lunéville)	110
○ Atelier 3 : Pour quels risques encourus ?	114
○ Rapporteur : Valérie SERRA-MAUDET	114
○ (Centre Hospitalier du Mans).....	114
DISCUSSION.....	117

Introduction aux Journées

Alain GAILLARD, Directeur du Centre Hospitalier de Brive

Vous avez vu que nous avons essayé de mettre tout au point, y compris la journée ensoleillée, et que, de ce fait, vous allez vous retrouver au vert avec du soleil, ce qui, je crois, est agréable et va vous permettre de plancher sur un sujet qui est ô combien important et ô combien angoissant : **l'optimisation de la qualité**. Bien sûr, vont en découler beaucoup de choses.

Je vous souhaite la bienvenue et surtout un travail fructueux, que je vais suivre malheureusement en pointillé, mais que je vais suivre quand même. Bienvenue à tous mes collègues, en particulier aux anciens brivistes puisque Jean-Jacques ROMATET ne peut être qu'un brillant Directeur Général ayant commencé sa carrière à Brive. Je crois que ça ne s'improvise pas : quand on a commencé à Brive, ensuite les choses vont beaucoup mieux.

Je voudrais simplement dire un tout petit mot et c'est plus l'expert de première génération qui vous parle. On est en train de revoir un certain nombre de choses. Une réflexion personnelle... Puisque je disais tout à l'heure que je dois en être à ma 16^{ème} ou 17^{ème} visite d'accréditation, je suis vraiment un vieux de la vieille de la 2^{ème} promotion des experts-visiteurs. Je crois qu'il faut que l'on soit assez vigilant. On a eu tendance, peut-être, à partir sur un processus qui irait vers une certification de quelque chose. Je crois que l'activité médicale comme on le voit au niveau

des hôpitaux, est tellement un ensemble, qu'il faut éviter de tomber dans un travers de dire : "ça c'est bon, ça c'est mauvais" etc... Je pense que la dynamique de l'accréditation, qui est très transversale à mon sens, doit être préservée et que s'il faut évoluer, il est absolument nécessaire que l'on n'oublie jamais que nous ne produisons pas des réfrigérateurs ou des automobiles, mais qu'on a bien d'autres choses à prendre en compte. On doit se remettre en cause, en gardant l'idée qu'il y a des humains qui souffrent au milieu de notre réflexion et non pas quelque chose que l'on peut codifier, sans aucune variante possible.

Voilà, c'était simplement une toute petite réflexion philosophique à laquelle, vous le comprendrez, je suis un peu sensible et qui me rend un peu inquiet car je crois qu'il faut qu'on aille plus au fond des choses et aussi que l'évaluation des compétences ne doit pas nous faire oublier qu'on n'est pas dans un secteur industriel, mais dans toute autre chose.

Je passe la parole à Monsieur CHEVALLIER. C'est lui qui nous a aidé à préparer votre venue.

**Pascal CHEVALLIER, Chef du Service de Réanimation, Président
du Comité d'Organisation du Centre Hospitalier de Brive**

Merci Monsieur le Directeur.

Madame la Présidente, Mesdames et Messieurs, j'interviendrai très brièvement tout d'abord pour vous dire tout le plaisir que nous avons à vous accueillir et pour vous souhaiter la bienvenue pour ces 61^{èmes} Journées du GERHNU. Pour vous dire aussi que nous avons été particulièrement honorés d'avoir été choisis comme terre d'accueil pour cette année et nous vous en remercions, Madame la Présidente. J'espère que nous serons à la hauteur de vos attentes.

Un dernier mot sur le thème sur lequel vous avez choisi de focaliser votre attention cette année, c'est à dire l'évaluation des pratiques professionnelles à l'hôpital. Ce thème me paraît d'actualité et je crois qu'il est très important. Il n'y a qu'à voir les médias. Il n'y a pas un instant sans que les médias ne fassent état du dysfonctionnement des hôpitaux ou alors établissent un classement des services ou des hôpitaux selon des critères qui leur sont propres. Je crois que nous ne pouvons pas nous contenter de ce type de palmarès annuel qui sont établis selon des critères non définis. Les citoyens, quant à eux, à la vue de ces critères et de ces palmarès s'interrogent. Ils sont de mieux en mieux informés. Les gestionnaires quant à eux sont de plus en plus attachés à garantir une bonne utilisation des ressources que notre nation consacre au système de santé.

Bref, je crois qu'aujourd'hui le moment est venu pour que la qualité puisse se démontrer et s'objectiver. D'ailleurs, il n'y a qu'à voir les différents rapports qui sont actuellement publiés concernant la réforme hospitalière qui serait en gestation. Tous ces rapports insistent sur la mise en œuvre d'un système d'évaluation effectif et notamment l'évaluation des pratiques professionnelles à l'hôpital. Evaluer certes, d'ailleurs je crois que les établissements ont déjà le devoir de mettre en place des systèmes d'évaluation des pratiques professionnelles mais, qui évaluer ? Comment évaluer ? Quelles sont les expériences actuelles ? Je crois qu'au cours de ces journées on pourra répondre à ces questions et en éclairer les différents aspects.

Voilà pour ce qui concerne le thème que vous avez choisi.

Je vais vous souhaiter un bon travail et un agréable séjour dans notre région.

Je vous remercie.

Françoise JUNGFER, Présidente du GERHNU

C'est donc maintenant mon tour de vous souhaiter la bienvenue et de remercier nos hôtes. Pour l'histoire, c'est l'année dernière dans un autocar en revenant du repas de gala... On s'est dit où va-t-on en 2003 ?... et de fil en aiguille avec Guy VOISARD, avec Laurent VAUBOURGEIX, on a répondu : Brive. J'ai ensuite téléphoné à Alain GAILLARD. J'ai parlé avec Pascal CHEVALLIER. On s'est rencontré. Ils avaient monté un comité d'organisation. On est venu me chercher à la gare. J'ai très bien mangé. Et ensuite, j'ai eu la chance d'entretenir des rapports extrêmement rapprochés avec Isabelle et Christine qui sont là, derrière, et que je voudrais remercier pour la logistique qu'elles ont mise en place.

Donc, nous voilà aujourd'hui, ici.

Comment a-t-on choisi le thème ? Dans le bureau du GERHNU qui est la cellule de notre vie à tous, il y a depuis de nombreuses années des contributions à l'ANDEM, des contributions à l'ANAES. On a toujours été sous l'égide des pères fondateurs du GERHNU et du secrétaire auquel j'ai eu la chance de succéder, Philippe RENO. Nous avons toujours été très orientés vers : « comment faut-il faire au mieux pour faire notre métier, pour faire ce qu'on attend de nous ? »

On a vécu tous ensemble, tous les acteurs de santé ont vécu l'arrivée de la démarche qualité, orientée très clairement vers les structures, qu'est l'accréditation. On a la chance aujourd'hui qu'Yves MATILLON vienne se joindre à nous. Il est porteur de toute cette démarche précédente et de l'avenir puisque, après nous avoir parlé de l'accréditation, il nous parle de l'évaluation des compétences et c'est dans la droite ligne du titre que l'on avait choisi et de cette philosophie du monde de la santé, comme vient de le dire Alain GAILLARD.

Accréditation des structures... Evaluation des compétences... avec des tas de choses comme disait Pascal CHEVALLIER... On nous juge, on nous mesure, on nous recertifie. Etienne DUSEHU nous disait : "on remet les listes des médecins sur l'électronique du Conseil de l'Ordre et on se demande quelles sont les qualifications, quelles sont les certifications". Je crois qu'il est très important qu'on chemine dans nos idées pour arriver à être au clair avec ce qu'il faut mettre à disposition des patients qui s'adressent à nous, des gens qui s'adressent à nous et, également, ce qu'il faut mettre à disposition de nos collègues. Parce que dans les

établissement de santé, c'est notre richesse mais aussi notre problématique, on travaille à plusieurs toujours, à plusieurs disciplines souvent.

C'est pour cela qu'on a organisé cette journée en étant large dans les champs professionnels explorés et dans la thématique : comment va ton faire pour cheminer de l'accréditation à l'évaluation des compétences et surtout aux bonnes compétences mises à disposition ? L'étape de l'évaluation des pratiques professionnelles est un moment incontournable, mais un moment sur lequel il ne faut probablement pas s'arrêter stricto sensu, qui ne peut, peut-être, pas exister isolément en tant que tel. C'est à nous d'y réfléchir. Surtout, nous avons choisi de faire ces journées en mélangeant toutes les professions hospitalières, toutes les professions de l'hospitalisation.

C'est un peu un challenge pour vous puisque dans les travaux en ateliers de cet après-midi et de demain matin, nous allons devoir réfléchir sur les différentes facettes de cette évaluation des pratiques professionnelles, tous métiers confondus.

Nous avons volontairement mis de côté les métiers logistiques parce qu'il nous a semblé que l'encadrement de l'évaluation des pratiques professionnelles de ces métiers était relativement fort et structuré. Nous avons inclus dans le programme les directeurs qui sont des pièces principales du puzzle, pivots peut-être, les médecins, les pharmaciens, les infirmiers... Toute cette réflexion multi-professionnelle est un challenge. Je ne sais pas comment on va se débrouiller pour arriver à l'objectif du GERHNU, c'est à dire être un groupe capable de se poser pendant un petit moment, de se retrouver entre gens qui ont posé leur casquette au vestiaire, de réfléchir tous ensemble, quels que soient nos métiers, et d'essayer de s'intéresser au monde de l'hospitalisation. C'est à dire d'être capables de créer des idées-force, des idées novatrices, des idées qui n'ont pas peur, même si elles doivent être mises au panier aussitôt, (provisoirement bien sûr) et d'essayer de les promouvoir.

Notre association c'est ça. Le GERHNU c'est réfléchir, c'est être promoteur d'idées. C'est avoir une honnêteté, une éthique, de l'imagination et du plaisir à passer deux jours ensemble.

Donc, nous vous proposons trois ateliers qui vont nous aider à réfléchir.

✍ **1^{er} atelier : l'évaluation des pratiques professionnelles, pourquoi : mode ou ardente obligation ?**

Animateur : Etienne DUSEHU

Pour mieux expliciter, il y a un certain nombre de thèmes qu'il nous semblait souhaitable d'aborder :

- Quel positionnement entre accréditation et évaluation des compétences ?
- Quels bénéfices attendus pour les patients ?
- Quels bénéfices attendus pour les professionnels ?

Comment intègre t-on cette évaluation des pratiques dans un cursus professionnel, dans un positionnement cohérent de métiers avec des compétences ? Comment intègre t-on l'évaluation des pratiques professionnelles pour évoluer vers un plan de formation ?

- Quel lien avec "le service médical rendu" ?
On sait bien que c'est quelque chose qui commence à émerger, encore un nouveau paradigme : cette évaluation des pratiques professionnelles comment la fait-on « coller » à l'évaluation des protocoles d'application professionnels ?
- Quelles incidences sur les structures ?

 **2^{ème} atelier : l'évaluation des pratiques professionnelles : comment : seul ou accompagné ?**

Animateur : Alain JACOB

- Est-ce qu'on évalue les individus ? Est-ce qu'on évalue les équipes ? Est-ce qu'on évalue les processus ?
- Est-ce qu'on s'auto-évalue ? Est-ce que c'est un organisme externe qui réalise l'évaluation ? (on peut peut-être mettre en filigrane les certifications).
- Quel référentiel ? Quelle est la place dans l'évaluation des pratiques pour la Valorisation des Acquis et des Expériences ?
- Quel organisme va se charger d'évaluer ?
- Est-ce que ce sera obligatoire ? Est-ce que cela doit être du volontariat ?

 **3^{ème} atelier : l'évaluation des pratiques professionnelles : pour quels risques encourus ?** en gros : qu'est ce qu'on risque ?

Animateur : Jean-Noël PAROLA

- Quelles difficultés pour la réalisation ? Qu'est ce qu'on risque pour essayer de mettre en œuvre ?

Quelles sont les difficultés auxquelles le monde hospitalier va se heurter ? Quels sont les leviers à manœuvrer pour aller au delà de ces difficultés ?

- Quels risques liés à la procédure pour les patients, les professionnels, les structures ? On peut se dire que des gens vont très mal vivre ça. Il va y avoir une influence sur le climat social. Les professionnels risquent d'être sanctionnés... On agite beaucoup de chiffons rouges comme ça.
- A l'inverse, quels risques liés à l'échec de la procédure pour les patients, les professionnels, les structures ? C'est quelque chose qu'il ne faut pas négliger.

Voilà de façon très ouverte quelques items qu'on a souhaité rajouter au titre pour un peu orienter les discussions.

Cette présentation a été un peu longue mais aussi liée à l'organisation de nos journées. La richesse du GERHNU, je tiens à le redire, c'est les idées que nous produisons, c'est votre réflexion, votre travail de cet après-midi et de demain matin.

Je vous remercie de vous être joints à nous, je remercie les conférenciers de nous faire l'honneur de leur contribution et je vous souhaite un très bon congrès.

Evaluation des compétences : de quoi parle-t-on aujourd'hui ?

Professeur Yves MATILLON (Mission interministérielle d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la Santé)

Madame la Présidente, Mesdames et Messieurs, bonjour.

Je voudrais tout d'abord remercier le GERHNU d'avoir évoqué des sujets qui sont effectivement aussi importants aujourd'hui. Les thèmes des tables rondes pour les discussions de cet après-midi sont extrêmement importants. Je dirais que cela me donne l'occasion d'ajouter à cet intérêt sur le sujet, tout le plaisir d'être au GERHNU, ce qui pour moi a du sens. J'évoquerai ceux que j'ai connus et qui ont fondé initialement le GERHNU : Jean TOULOUSE, Philippe RENO, Yves TROCME, Pierre GALLOIS notamment, Edouard COUTY et les Directeurs qui s'y sont regroupés. Cela a du sens car c'était l'époque, au début des années 1980, du début de ma carrière professionnelle. J'étais interrogatif sur les disciplines et les spécialités et je trouve que la dynamique qui avait été générée par le GERHNU était très intéressante.

Deuxième phase (si je peux me permettre d'évoquer ces souvenirs), c'est que j'ai souvenir qu'à l'Ecole de Commerce de Paris j'avais testé en 1985 un module avec le GERHNU. Philippe RENO était présent et nous avons testé ce module qui s'appelait : la qualité en Médecine, comment faire ? Je vous livre avec quelques années de recul la remarque de Philippe RENO qui, à la fin de ces 3-4 jours passés ensemble (dans un cadre moins agréable qu'à Brive naturellement), m'avait dit : "Mais MATILLON... vous êtes un médecin vous... et vous êtes en train de nous parler de clients, est-ce possible ?" (je me rappelle d'une diapositive avec un sandwich représentant un malade pris entre deux tranches de pain).

Je trouve que le chemin s'est structuré petit à petit et effectivement les sujets sont novateurs. Je voudrais vraiment rendre hommage au GERHNU d'avoir mis dans les sillons des éléments de réflexion qui finalement fructifient. Je crois que c'est ce qu'il faut retenir : cette capacité de réflexion vous la poursuivez et que c'est tout à l'honneur du GERHNU

Donc merci encore pour nous faire évoquer ces sujets.

Je voudrais revenir sur cette évaluation des compétences professionnelles.

Pourquoi ai-je été chargé de cette mission ? Ce sont Luc FERRY et Jean-François MATTEI qui me l'ont confiée, mission de réflexion, préliminaire, ayant pour objectif l'évaluation des compétences.

Pourquoi ? Principalement pour deux raisons. Tout d'abord parce que j'ai eu la chance et le privilège de réfléchir dans les années 1990 sur la notion d'accréditation des établissements de Santé et que j'ai dirigé l'ANAES pendant 5 ans, ce qui m'a donné beaucoup d'éléments de réflexion et d'action pour développer ces concepts d'accréditation, compte-tenu du fait qu'ils sont développés dans plus de 15 pays dans le monde. Pour actualiser, depuis ces derniers mois, il faut savoir que la Zambie a développé un programme d'accréditation, que l'Irlande l'a fait également plus récemment. Ceci montre que cela fait globalement une vingtaine de pays. Quand on réfléchit sur le développement de l'accréditation dans les pays développés, globalement, il y a 40-50 pays intéressés par ça, notamment au niveau de l'Europe. Je pense que la plupart des pays réfléchissent à des mécanismes qui sont proches.

Si je parle de cela c'est pour dire qu'il n'y a aucun pays dans le Monde qui développe l'accréditation en y associant un jugement sur les individus et les compétences des acteurs. Il n'y en a aucun car il y a d'autres mécanismes et qu'on ne peut pas tout faire.

Si j'évoque l'accréditation, je voudrais revenir sur les thèmes dont a parlé Françoise JUNGFER et je ferai simplement un seul commentaire. Soyez vigilants dans l'utilisation des mots et du sens des mots. Soyez vigilants par rapport à votre naïveté, à notre naïveté professionnelle. En effet, les objectifs très spécifiques défendus par les professionnels ne sont pas obligatoirement ceux qui sont défendus par les technocrates qui nous gouvernent. Il est absolument fondamental que derrière les mots on mette très précisément des objectifs, des méthodes pour atteindre ces objectifs et savoir que la confusion des genres est catastrophique.

Donc, l'évaluation des pratiques professionnelles, je dirais que j'ai fait ça depuis 25 ans. Vous faites probablement sans le savoir l'évaluation des pratiques professionnelles. Les infirmières font ça très bien. Les médecins dans les hôpitaux et les cliniques font ça, parfois, très bien. Alors ce n'est pas systématique certes, ça peut s'améliorer certes, mais la question est de dire: qui fait ? Pourquoi ? Quelles conditions ? Quelles règles du jeu ? Quelles conséquences ? Si les règles du jeu ne sont pas claires, précisez les. Elles doivent être admises par l'ensemble des acteurs, y compris ceux qui sont à l'extérieur de la pièce.

En tout cas il faut défendre ces principes là.

C'est une des premières raisons pour lesquelles je m'intéresse à cette évaluation des pratiques professionnelles. J'ai la chance de travailler avec Dominique LEBOEUF qui a un cursus d'infirmière et, je le rappelle pour ceux qui ne le savent peut-être pas, j'ai été kinésithérapeute avant de faire de la médecine. Cette relation entre professions médicales et para-médicales, je la vis. On essaye, en tout cas, de trouver une valorisation dans l'analyse de ces mécanismes des compétences et d'évaluation des compétences pour qu'on en tire un bénéfice et une valorisation dans l'action professionnelle.

La deuxième raison est (Etienne DUSEHU est là et s'en rappellera) que j'ai eu la chance d'être invité par Bernard GLORION quand il présidait le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Il avait mis en place, avant qu'il ne parte, un groupe de réflexion sur la qualité et la compétence. Je dirais que la stature de Bernard GLORION et son charisme ont conduit à faire apparaître, dans la loi de mars 2002, quelque chose que j'évoquerai avec vous et qui est une responsabilité de l'Ordre quant à ce lien avec la compétence professionnelle.

Ces deux raisons font que je vais évoquer quelques éléments d'orientation.

Quand on parle de compétence, de quoi parle t-on ?

On a eu un accord assez facile avec l'ensemble des acteurs professionnels sur la notion de compétence. Il est assez intéressant de voir que les autres organisations des systèmes de santé ont beaucoup réfléchi à la notion de compétence. Ceci est assez surprenant. Le MEDEF a donné une définition en 1998, Le Boterf en 1996 et Zarifian en 2000, également : "la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation". Il existe une assez forte unanimité pour dire ce que c'est que la compétence professionnelle tous secteurs confondus. Quand vous faites une translation dans le secteur de la Santé, on imagine assez bien pour les professions médicales et paramédicales ce que ça représente. Dans l'action de tous les jours on sait qu'il y a un certain nombre de connaissances théoriques, la relation, la communication et tout le reste.

Que trouvons-nous dans la loi du 4 mars 2002 ? Dans le Code de la Santé Publique, il y a quatre professions médicales : les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les pharmaciens. Dans la loi de mars 2002, il est fait référence au fait que l'Ordre (en tous cas pour ce qui concerne les médecins) veille au maintien des principes de moralité, de probité et de compétence. Donc, la liaison est explicite. J'ai demandé au cabinet actuel s'il était envisagé de la changer. Il m'a été répondu que non. Donc, théoriquement cette mission doit être endossée par l'Ordre, en tous cas pour ces quatre professions.

La question se pose pour les autres professions para-médicales. Quid et qui est en charge de cela ?

Sur le plan de la formation initiale

Il existe douze professions para-médicales. Je voulais attirer votre attention sur le fait que la notion des compétences acquises ou des diplômes obtenus est de nature, j'allais dire presque réglementaire, variable ou différente. Vous avez des diplômes issus de l'enseignement supérieur (docteurs en médecine, en pharmacie, etc...), des diplômes rattachés à l'enseignement supérieur (diplôme d'Etat de sage-femme) et même la capacité d'orthoptiste qui est un diplôme d'essence universitaire.

Vous avez les autres diplômes variés et variables : diplômes universitaires, BTS, pour les diététiciens, par exemple, et des diplômes particuliers relevant du Ministère de la Santé. Je trouve intéressant que ce soit le Ministère de la Santé qui, en son sein, gère le diplôme d'Etat d'infirmier et de masseur-kinésithérapeute pour n'en citer que deux.

Vous voyez que la nature et les modalités de régulation des acteurs professionnels sont différentes. Cette hétérogénéité potentielle, sur laquelle je ne porte pas de jugement, est probablement à l'origine d'un certain nombre de conséquences dans l'action professionnelle.

Un autre élément a été évoqué par Françoise JUNGFER tout à l'heure : c'est la notion de Validation des Acquis et de l'Expérience. Il existe la loi du 17 janvier 2002 qui confère à tous professionnels la possibilité de valider des acquis de leur expérience, en vue de l'acquisition d'un diplôme. C'est au sein de l'ensemble des parcours dans la structure de la société, en tous cas du monde du travail, et, en particulier, au niveau du système de santé que se posent un certain nombre de questions : quelle mise en œuvre, sachant que c'est un droit ?

Les enjeux

J'aurais dû en parler avant, mais vous imaginez que c'est évident qu'on parle en terme :

- de qualité : qualité mot alibi potentiel, mot sur lequel tout le monde peut s'accrocher : qui ira contre le fait de développer la qualité dans une entreprise, une organisation telle qu'un hôpital ou une clinique, voire un cabinet de praticiens libéraux ?
- d'enjeux financiers évidents
- d'enjeux démographiques : il est assez intéressant de voir la réflexion en matière de démographie car je trouve qu'on fait du pilotage à vue : un coup à droite, un coup à gauche, on ouvre la vanne, on la ferme. C'est du court terme. J'étais à la conférence des Doyens, à Nice, et il est assez intéressant de constater qu'à la question posée : "comment vous régulez la démographie, quelle liaison avec la compétence professionnelle requise ou pré-requise ?", la réponse a été : "on va y penser". Je trouve que c'est bien. Il y a un élément de réflexion naissant. Le stade morulaire est un élément préalable à la constitution de l'embryon. Donc, on peut espérer.
- de formation : on ne peut pas réfléchir en terme de démographie, de manière intelligente, sans une réflexion structurée sur la compétence pré-requise, sur la liaison évidente entre le cursus de l'infirmière de bloc opératoire et de l'infirmière anesthésiste. C'est du bon sens, de l'évidence que de dire qu'il existe une liaison.

Comment se fait-elle ? Comment se font l'acquisition de la théorie, mais aussi la reconnaissance de l'expérience dans l'intégration de la vie professionnelle ?

- de décret et de tarification, naturellement. On peut imaginer (c'est d'ailleurs un mode de régulation qui n'est pas tout à fait logique) que lorsque qu'on parle de compétence d'acteur au sens professionnel du terme, on vous rétorque décret de compétence ou constitution des actes possibles par un professionnel.

L'évaluation des pratiques professionnelles pour faire quoi ?

Le monde anglo-saxon a développé l'évaluation des pratiques professionnelles pour faire en sorte qu'un mécanisme, dit peer review, permette à des individus de se retrouver à plusieurs autour d'une table et de devenir collectivement plus intelligents. Qu'est ce que j'ai fait, dans ma pratique professionnelle, qui ait des limites ? Comment puis-je repousser ces limites ? Comment puis-je faire mieux ? Ça, c'est la version anglo-saxonne.

Dans mes vies antérieures, j'ai développé ça avec des infirmières, des praticiens, des professionnels. On sait faire, on sait ce que ça apporte, on sait ce que ça n'apporte pas. Ce n'est pas du service médical rendu pour reprendre l'expression de tout à l'heure.

La formation initiale

On est tous passés par quelque chose qui nous a conduit à un diplôme, ou à plusieurs.

La formation continue

Pierre DURIEUX est là : extraordinaire ! Quand on est parti dans l'ANDEM, on nous a dit : "évaluation des pratiques professionnelles... nous faisons". Les supporters de la théorie étaient représentés par tous les organismes de formation. Je me forme, donc, par nature, je me forme sur ce que je ne sais pas, donc je vais faire mieux. C'est logique. Il n'en demeure pas moins que quand vous voulez évaluer les pratiques, le résultat vous conduit à développer des actions de formation continue. Vous pouvez postuler, ça peut améliorer les pratiques.

On sait, là aussi, (je cite mes sources académiques : rapport Pierre DURIEUX) que pour influencer les comportements des professionnels, la formation continue est un moyen. Ça n'est pas l'unique. Pour jeter un pavé dans la mare, parce que les anglo-saxons le jettent volontiers, on sait très bien que le facteur le plus puissant de motivation et de changement des pratiques professionnelles est l'argent. Il n'en demeure pas moins que la formation continue est un facteur qui peut contribuer à faire évoluer les pratiques (et l'industrie pharmaceutique le sait bien puisqu'elle a des systèmes qui permettent d'intervenir pour faire en sorte que le praticien

puisse prescrire telle ou telle chose). Mais, l'évaluation des pratiques professionnelles ce n'est pas la formation continue.

La certification et la reconnaissance d'exercice, les incompétences : tout est mélangé.

Quand on nous a dit il faut évaluer les compétences, naturellement, je me suis dirigé vers certaines zones parisiennes où, à certains endroits très précis, dès que l'on parle de compétence, immédiatement le bâton se lève, le carton rouge sort et on vous dit on va juger l'incompétence. Où sont ces comportements scandaleux pour que nous les pénalisions ? On sait très bien qu'il existe une liaison entre la compétence et l'incompétence. Le mécanisme d'identification est potentiellement différent. Simplement, replaçons nous dans le contexte culturel. Nous sommes en France, dans un hexagone où il n'y a pas de culture anglo-saxonne. La culture de la pénalité est plus facilement admise que la culture de progression et d'amélioration. Tout ceci ne veut pas dire que ces jeux ne peuvent pas se jouer. Simplement, les règles du jeu doivent être affichées et il ne faut pas de confusion sur les objectifs.

Ma mission

Donc, la mission dont j'ai été chargé est une mission préliminaire qui nous demande d'explorer les différents éléments constitutifs de la compétence des métiers de la Santé. J'en ai un peu parlé. Intellectuellement, ce n'est pas très compliqué. Il nous est demandé d'avoir les contacts professionnels appropriés pour nous permettre d'obtenir des éléments significatifs sur les mécanismes qui permettent de structurer l'évaluation des compétences et dans quelles conditions et quelle serait éventuellement la responsabilité des acteurs, dans le dispositif, au sein du système de santé, pour l'ensemble des seize professions.

Voici ce que nous avons fait depuis le début de notre mission (fin février) :

- une analyse documentaire qu'on ne peut pas qualifier d'exhaustive, car le sujet est extrêmement vaste. Il existe une littérature profuse sur ces questions là. Je le disais tout à l'heure, en dehors du secteur de la santé, la littérature est considérable. Elle s'est largement densifiée récemment.
- une analyse des expériences internationales : on ne peut pas les transposer à la France, pour une raison simple : il faut d'abord comprendre ce qui se passe dans le système de santé des pays étrangers, ce qui n'est pas très facile, dans le domaine des compétences professionnelles. Il faut savoir que globalement, dans les pays anglo-saxons, on pénètre de plus en plus au cœur de cette notion de compétence professionnelle pour certaines raisons. La première raison (on en parlait avec Alain

CHEVROT tout à l'heure) c'est qu'il y a des rapports publiés notamment par l'Institut de Médecine, demandés par l'administration américaine sur les conséquences négatives des pratiques.

Vous savez que le British Medical Journal avait sorti un numéro, en 2001, qui montrait un gros crash de Boeing 747. Il montrait que dans le secteur de la santé il y avait l'équivalent de deux crashes par jour... Cela avait remué pas mal les esprits. L'autre événement qui avait remué, notamment l'Angleterre, c'était l'affaire Bristol. Un certain nombre d'enfants étaient morts et une grande enquête du NHS avait été réalisée. J'ai été très intéressé par les conséquences (présentées d'ailleurs par Ian KENNEDY, à Paris, l'an dernier, au mois de novembre). Sur le plan de la compétence, concernant cette affaire Bristol, ce n'était pas que les chirurgiens étaient tremblotants et/ou incompetents individuellement, mais l'identification des défaillances dans la structuration des compétences managériales, de leadership, de communication, d'organisation des blocs opératoires ou du suivi des enfants. Je trouve que c'est intéressant, car cela montre bien que la notion de compétence on la retrouve en terme de dire : "on n'est pas capable", "il y a eu une décision mal prise" ou "le chirurgien a mal géré son intervention", "il a fait une faute" alors qu'en fait, et cela illustre bien ce que l'on sait, on est dans des processus complexes : la prise en charge d'un malade c'est compliqué et, globalement, les capacités de management, de communication sont extrêmement importantes.

Ces expériences internationales sont donc très intéressantes. On était récemment avec un directeur de l'AMA qui mettait bien en évidence le fait qu'ils allaient pousser au delà de la formation continue, même s'ils ont un système globalement plus performant que le nôtre, pour aller vers la notion du développement professionnel, en l'interfaçant avec un mécanisme de recertification (puisque je rappelle qu'aux Etats Unis, cette recertification est quasi obligatoire, qu'elle se fait environ tous les 7 et 10 ans).

- Nous avons engagé une large concertation avec les professionnels et les institutions concernés. Nous souffrons un peu (c'est une souffrance positive) parce qu'on a seize professions de santé. Il est vrai que le monde de l'opticien-lunetier ce n'était pas tout à fait familier pour nous. Mais, on écoute des choses extrêmement intéressantes où les problématiques sont assez transversales aux professionnels de santé. On a déjà vu plus de 90 organisations. Il nous en reste

encore quelques unes à voir, mais on arrive globalement à percevoir quels pourraient être les dénominateurs communs.

Je voudrais, enfin, soulever quelques questions :

- Cette notion d'évaluation des compétences vous paraît-elle destinée au monde médical seulement ou peut-elle s'appliquer à d'autres (notamment aux paramédicaux) et selon quelles modalités ?
- Quels pourraient être les acteurs professionnels en charge de cela ? Je vous ai dit tout à l'heure que les professions médicales devaient réguler cela avec les Ordres puisque c'est le mécanisme de la loi de 2002. Pour les professions paramédicales qui n'ont pas d'Ordre (masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers), quel type de perspective doit-on envisager ? Est-ce une structure plus transversale aux professions para-médicales ?
- La notion de la Valorisation des Acquis et de l'Expérience paraît être un élément extrêmement important puisqu'il s'applique à tous les professionnels de santé. Est-ce que les professions médicales en sont exclues ? Si oui (ou non d'ailleurs) pourquoi ? Comment ?
- Quels sont les moyens de coordination des dynamiques existantes ? Là on est assez frappés, pour un certain nombre de raisons, de voir comment certains professionnels de santé sont en train de s'organiser en produisant (j'allais dire en assurant la ponte) des référentiels tous azimuts, aidés par telle ou telle structure universitaire ou des consultants privés. Ces référentiels me paraissent être, sans porter de jugement, des défenses de territoire. On sent que c'est un élément structurant pour une profession. Chez les médecins, un des premiers référentiels qui est apparu est celui qui a été présenté par MG France et MG FORM il y a 5-6 ans. C'est assez intéressant car c'est un référentiel concernant la profession de généraliste. Récemment, la mission a été invitée par la fédération des IBODE. Globalement, un référentiel IBODE est apparu. Les assistantes sociales, elles aussi, ont fait un référentiel-métier pour tenter d'objectiver les compétences.
- On voit très bien qu'il existe un problème de coordination, y compris de méthodes de travail, parce que, de toute évidence, les méthodes utilisées ne

sont pas les mêmes, les objectifs pouvant différer. Il y a une vraie réflexion à mener sur ce sujet.

On répondra peut-être à certaines de ces questions d'ici à la fin de la journée.

Utilisation de l'EVIDENCE BASED MEDICINE dans les pratiques professionnelles

Professeur Pierre DURIEUX (maître de conférence, université santé publique et information médicale Broussais - Hôtel-Dieu)

Il est difficile de parler après le Professeur MATILLON. Je constate que depuis qu'il a quitté l'ANAES, il me paraît libéré. J'ai eu la chance de travailler avec lui entre 1990 et 1994 à l'ANDEM. A l'époque où nous étions des artisans. L'ANAES est devenue en fait une chaîne de production. Avec moi, il a été un vrai patron. Il m'a vraiment beaucoup fait progresser et tout ce que je dis finalement a été appris ou développé initialement avec lui.

Je travaille à l'Hôpital Européen Georges POMPIDOU. C'est le plus bel hôpital, le plus neuf, le plus cher, ayant le plus grand nombre de médecins... Enfin bref, on a tout... C'est aussi une salle de concerts. Le mois dernier, dans le hall que l'on appelle la rue hospitalière, un grand pianiste a donné un concert. C'est de la qualité, peut-être pas médicale, mais comme on a beaucoup de médecins et peu de malades, il faut bien qu'on les occupe...

Nous allons parler de football dans ce pays de rugby. Vous vous rappelez le drame d'avril 2002 quand Robert PIRES s'est blessé au genou. Le lendemain, je lisais l'Equipe et dans ce journal, le Professeur JAEGER, chirurgien orthopédiste de Strasbourg disait : "il faut opérer tout de suite". Le médecin de l'équipe de France disait : "il faut attendre 3 semaines"... et le journal l'Equipe disait : "c'est au patient de décider".

On est vraiment dans la problématique de l'évaluation. Le même problème est arrivé à mon ami, le Professeur CHATELLIER, bio-statisticien du département, qui s'est fait une petite fracture de la malléole externe il y a quelques semaines. Le premier orthopédiste lui a dit : "8 semaines sans appui, plâtré". Le lendemain matin, il vient à l'hôpital on lui dit : "6 semaines dont 3 avec plâtre et 3 avec contention simple". Finalement il regarde la littérature, les publications sur le sujet et voit que finalement on n'est pas certain qu'il faille un plâtre et que la contention simple suffit. C'est ce qu'il a fait, avec une rééducation et je crois qu'à 50 ans c'est mieux. Donc vous voyez, même avec quelque chose d'extrêmement simple, la médecine est assez hésitante.

Parler d'Evidence Based Medicine, c'est un rappel pour beaucoup d'entre vous.

Il y a un article fameux de 1992 du JAMA où un groupe de médecins, essentiellement canadiens, proposait une réforme de l'enseignement de la médecine, en disant que la médecine est classiquement basée sur la transmission passive d'informations, sur beaucoup de notions physio-pathologiques, sur l'expérience et qu'il fallait changer cela et l'enseigner à partir de l'information scientifique, lire de façon critique la littérature médicale pour prendre des décisions et, finalement, remettre en permanence ses connaissances en cause.

Le terme "Evidence Based Medicine" est apparu pour la première fois dans cet article. Cette publication a beaucoup changé les comportements.

Tout d'abord la **définition du terme EVIDENCE** : on a un problème car, en français, l'évidence est ce qui s'impose à l'esprit avec une telle force qu'il n'a besoin d'aucune preuve. Dans le dictionnaire, c'est : la certitude. L'exemple donné, en général, c'est l'existence de Dieu : pour les croyants, c'est une certitude. En anglais, l'évidence c'est la preuve. Donc, on ne peut pas, en français, parler d'évidence scientifique. Cela nous pose un problème. On parle de niveau de preuves, donc de médecine fondée sur des preuves, de médecine factuelle, mais pas d'évidence. Malgré tout, Evidence Based Medicine c'est un terme utilisé partout et, dans les bases bibliographiques, c'est un terme qu'on retrouve. On est donc forcé d'utiliser ce terme et d'ailleurs vous m'avez demandé de parler d'Evidence Based Medicine (EBM) et pas de médecine factuelle.

La pratique de l'EBM doit suivre une procédure rigoureuse :

- quand on a une question médicale précise, on formule la question à laquelle on veut répondre
- on recherche la preuve dans la littérature
- on analyse de façon critique ce que l'on retrouve dans les documents scientifiques
- on applique les résultats à la prise en charge du patient.

C'est beau, mais il y a la mise en pratique.

Ce concept a du mal à s'imposer. En France en particulier, car on dit que ça vient des anglo-saxons et surtout des anglais ou des canadiens et ça ne plait pas beaucoup. Les auteurs anglo-saxons, eux, font remonter ce concept à la médecine française ou à la science française du XIX^{ème} siècle.

Je vous transmets ce texte de LAPLACE (1819) qui disait :

"Pour détecter le meilleur des traitements d'une maladie, il suffit de les appliquer au même nombre de patients, en rendant identiques toutes les circonstances. La supériorité du meilleur traitement sera de plus en plus évidente quand les nombres augmenteront et le calcul donnera la probabilité de sa supériorité et le rapport de son avantage sur les autres".

Vous voyez que l'essai clinique était déjà là.

Un des grands noms de l'EBM c'est Pierre-Charles-Alexandre LOUIS, médecin du XVIIIème siècle, qui est quasiment inconnu en France et qui était un contemporain de LAENNEC. Il est "le père" de tous les professeurs américains d'épidémiologie.

Quelles sont les applications de l'EBM ?

- la lecture critique de la littérature médicale
- les synthèses d'information (revues systématiques, méta-analyses)
- le concept de niveau de preuves
- les aides à la décision (recommandations pour la pratique clinique).

La lecture critique

Globalement, il y a des règles de base que l'on apprend à nos étudiants :

- savoir ce qu'il faut lire c'est à dire savoir ce qu'il ne faut pas lire
- ne pas être aveuglé par le prestige d'une revue ou par les auteurs
- connaître des règles minimales, savoir éliminer ce qui est inutile, de mauvaise qualité
- savoir utiliser des grilles de lecture
- avoir des connaissances de base en épidémiologie clinique, comprendre les articles
- être capable de lire l'anglais (il y en a au moins deux qui vont me fusiller, Philippe RENOUE et Alain TENAILLON).

Aujourd'hui, l'information scientifique originale est publiée en anglais. Trois grands problèmes récents médicaux le démontrent :

- le SRAS : deux numéros spéciaux du NEW ENGLAND et du LANCET dans le dernier mois
- la prise en charge de l'hypertension artérielle : grande étude publiée par le JAMA, il y a trois mois. Dans la semaine qui a suivi, les hypertensiologues français ont du se réunir pour savoir s'ils allaient changer leurs recommandations. Ce travail traitait du rôle des diurétiques, entre autres.

- Quelques mois avant, il y avait eu les grandes études publiées également par le JAMA sur le traitement hormonal de la ménopause.

Bref, ces grandes études entraînent un débat mondial et, immédiatement, des articles dans Le Monde, le Figaro ou Libération, les journaux nationaux. Si on ne peut pas les lire en anglais, on a leur traduction parfois mal perçue par les journalistes.

Dans l'enseignement, la lecture de l'anglais est donc importante.

Après la lecture critique d'une publication, il faut se poser certaines questions :

- Est-ce un article se rapportant à un travail original ? Il faut lire les travaux originaux et pas forcément les synthèses.
- Quel est l'objectif de l'étude et la question posée ?

Les trois autres questions posées par les personnes qui ont développé la lecture critique (groupe canadien de MAC MASTER, à l'origine du concept Evidence Based Medicine) sont les suivantes :

- On regarde la méthode. Est-elle valide ?
- Si elle est valide, on regarde les résultats. Il faut donc avoir des notions d'épidémiologie pour comprendre les résultats.
- Qu'est ce que cela apporte à mon malade ? Constamment il faut se rappeler qu'on lit pour savoir si cela est utile pour un malade donné.

Il y a des règles, des publications, des livres. Actuellement, deux ou trois sont disponibles en français. Il y a un gros volume anglais, avec un CD-rom, publié par le JAMA qui est la synthèse de tout ce qui a été publié par le groupe de MAC MASTER.

Les synthèses d'information

Il faut rappeler ce que disait Archie COCHRANE, médecin britannique : "une grande critique de notre profession est cette incapacité à établir un résumé, discipline par discipline, révisé périodiquement, de tous les essais contrôlés randomisés publiés sur un sujet donné".

A la suite de cela, un britannique, Ian CHALMERS d'Oxford a créé "THE COCHRANE COLLABORATION" visant justement à synthétiser l'information sur un certain nombre de sujets de la médecine. Aujourd'hui, il existe des groupes COCHRANE dans le monde entier qui travaillent sur un certain nombre de sujets. Il existe une base de données : "THE COCHRANE LIBRARY" qui est disponible sur CD-rom ou internet, qui est aujourd'hui incontournable, quand on s'intéresse à l'information scientifique ou quand on fait une recherche bibliographique. Ceci a entraîné un changement profond dans toutes les techniques de documentation, d'archivage des articles, d'indexation de MEDLINE (qui a changé à la suite de ces travaux). Ainsi, on

retrouve beaucoup mieux les articles méthodologiquement de qualité et les essais contrôlés randomisés.

Le niveau de preuve

C'est une illustration de tout cela. En médecine, quand on veut prouver quelque chose, ce qui est prouvé par essai comparatif randomisé de forte puissance (niveau 1) est de meilleure qualité que ce qui est démontré par une série de cas ou une étude rétrospective (niveau 4). Il existe des grilles de niveau de preuve qui hiérarchisent l'information scientifique. Le problème, aujourd'hui, pour les publications originales, en langue française, c'est qu'il n'y a quasiment aucun article de niveau 1. Récemment, j'ai regardé pour l'enseignement de nos étudiants des revues françaises où il n'y a quasiment plus que des études rétrospectives ou des séries de cas, donc totalement inutilisables.

L'aide à la décision

On ne va parler aujourd'hui que des recommandations, ce qui est le plus proche des pratiques professionnelles.

La définition de l'aide à la décision telle que l'ANDEM l'avait traduite à partir de la définition américaine, utilisée par tous les auteurs est la suivante : "propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés, dans des circonstances cliniques données".

L'évolution chronologique des recommandations pour la pratique clinique (RPC), en France comme dans tous les pays a été la suivante :

- RPC issues de groupes professionnels, puis programmes nationaux (ANDEM puis ANAES)
- RPC destinées aux spécialistes puis aux généralistes
- on est passé des méthodes de consensus à des méthodes EBM
- on est passé de l'élaboration à la mise en œuvre. On a bien compris qu'il est difficile d'élaborer des recommandations mais c'est encore plus dur de les faire appliquer. C'est là un problème majeur dans la discussion qu'on a aujourd'hui sur les pratiques professionnelles.
- des versions pour les cliniciens, on passe à des versions pour les patients.

Ce qui fait consensus, aujourd'hui, en France, sur les recommandations :

- il y a un besoin d'aide à la décision du praticien et du patient

- il y a des méthodologies validées associant prise en compte de la littérature médicale et de l'avis des experts. Celles de l'ANAES sont indiscutables, indiscutées et sont disponibles sur son site
- le niveau de preuve
- les critères de qualité
- la nécessité d'adaptation locale, voire culturelle
- le besoin de bases de connaissances : avoir accès à l'information pour savoir où pêcher la bonne recommandation. Il y a là un travail qui a démarré à l'ANAES depuis quelques années. On a travaillé sur une grille de qualité qui vaut ce qu'elle vaut mais qui est maintenant internationale : AGREE dont la version française est disponible sur le site de l'ANAES.

Ce qui pose problème , ce qu'on ne sait pas bien faire :

- la prise en compte des préférences des patients. C'est encore un domaine de recherche
- la prise en compte de la littérature et de l'avis d'expert. Cette combinaison reste un domaine difficile. Même si on a des grilles de niveau de preuve, ce n'est pas encore très satisfaisant actuellement
- transformer les recommandations en protocoles de prise en charge de malades
- on parle d'adaptation locale. Mais comment faire ? Si une recommandation est parfaitement basée sur un niveau de preuve par une structure nationale, est-ce que localement on a le droit de l'adapter ? Ce n'est pas forcément évident, car on va détériorer le niveau de preuve
- les outils d'aide à la décision
- les stratégies de mise en œuvre
- et l'actualisation.

Il y a donc encore un grand nombre de problèmes pour savoir utiliser ces recommandations.

Voici quelques exemples :

- le travail de G. FEDER : recommandations sur le diabète. Il avait travaillé sur 15 recommandations très variables en longueur, très variables dans la prise en compte de la littérature. Ces recommandations n'étaient pas qu'euro-péennes, mais internationales. Elles étaient toutes basées sur la littérature scientifique. 18% seulement des citations étaient retrouvées dans au moins deux recommandations. Elles se basaient toutes sur la preuve, mais aucune sur la même preuve. Il y avait

de grandes variations. Ce qui était satisfaisant ,c'est qu'elles disaient toutes à peu près la même chose. La preuve scientifique reste donc une affaire parfois subjective.

- Un travail classique aussi, où apparaissent 5 recommandations sur le problème de l'hypertension artérielle et qui montrait que selon que l'on appliquait ces recommandations à une population standardisée, le pourcentage de patients dont la pression artérielle était contrôlée variait de 28 à 84%. Elles sont donc très variables dans leur utilisation.
- Un travail sur la prise en charge des préférences du patient à propos du traitement anticoagulant de la fibrillation auriculaire. On comparait les recommandations à la décision des patients, après qu'ils aient été complètement informés sur ce qu'il fallait faire. Il y a ici une grande différence entre la recommandation et la préférence du malade. En terme de qualité, que faut-il faire ? Personnellement, je ne sais pas.

Quelle pratique pour l'EBM en routine ?

D'emblée, pour fixer les choses, on a voulu faire jouer aux recommandations un rôle magique (les RMO, etc...). On allait changer la pratique de la médecine. Maintenant, on nous parle de recommandations dans l'accréditation. La pratique de la médecine est quand même très complexe. Les recommandations peuvent aider à rappeler ce qu'il faut faire dans certains cas, induire le changement de décisions simples, mais elles ne peuvent pas changer des décisions plus complexes ni l'expertise médicale. Donc, les RPC et l'évaluation des pratiques professionnelles ne peuvent avoir probablement qu'un rôle modéré dans la pratique médicale. Quand on regarde les méthodes destinées à mettre en œuvre les recommandations, pour améliorer la qualité, modifier les pratiques des médecins ou des soignants, on retrouve les essais contrôlés randomisés, comparant différentes stratégies. Globalement, on sait que leur publication traditionnelle par mailing ou leur diffusion par la formation médicale continue n'ont aucun impact sur les pratiques.

On sait, à l'inverse ce qui marche : c'est "la visite à domicile", ce que les anglo-saxons appellent "outreach visit". Quelqu'un va apporter la bonne parole aux médecins. C'est ce que fait l'industrie pharmaceutique avec les visiteurs médicaux. C'est ce qu'a fait la CNAM avec les médecins-conseil dans le domaine du diabète, par exemple, et c'est un peu une partie de ce qui est proposé dans l'évaluation des pratiques professionnelles actuellement expérimentée avec l'ANAES. Dans la "pear review", il y a une partie de visite à domicile. C'est une des méthodes qui ont démontré leur efficacité.

Il y a aussi tout ce qui fait en sorte qu'on rappelle au médecin ce qu'il doit faire au moment où il va le faire, soit par informatique soit par d'autres moyens. J'y reviendrai.

Vous allez me dire tout ce qui est démontré est anglo-saxon. Non ! Alors qu'est-ce qui a été démontré en France ?

- On a démontré que ce qui marchait dans les pays anglo-saxons fonctionnait aussi en France. Donc, les interventions pour modifier les pratiques sont indépendantes du système de santé dans lequel elles sont mises en œuvre.
- On sait transposer des recommandations médicales en dehors du site où elles ont été élaborées. On sait les adapter et les mettre en œuvre.
- On sait que les rappels et les visites à domicile sont efficaces dans le système de santé français.
- On sait qu'il n'y a pas d'effet éducationnel des interventions.
- On a montré le rôle des systèmes informatiques d'aide à la décision.
- On sait qu'il faut utiliser des messages simples et que dans une politique de santé, comme ce qu'a fait la CNAM dans le domaine du diabète, les interventions peuvent être efficaces si on s'en donne les moyens.

Quelques exemples personnels : on va travailler sur des choses extrêmement simples comme :

- une feuille d'aide à la décision de prescription des marqueurs tumoraux (d'un côté les organes cibles et de l'autre les marqueurs). Cette aide est simple, rappelant ce qu'il faut faire.
- On a repris cette méthode avec une fiche pour limiter la prescription de glycopeptides, antibiotiques coûteux, comme la TEICOPLANINE, aux indications extrêmement rares. Le médecin a toujours la possibilité de sortir de la recommandation, car il a son libre arbitre, mais il doit le justifier. C'est une technique, certes un peu simpliste, mais qui existe.
- Autre exemple : pour la prise en charge des traumatismes de la cheville. Une représentation graphique permet l'aide à la décision thérapeutique. Cette recommandation est entièrement validée en France et elle fonctionne bien.
- Dernier exemple : pour faire en sorte qu'on ne prescrive pas de paracétamol intraveineux et qu'on donne la priorité à la voie orale. La recommandation était simplement : "s'il vous plait, quand le malade peut manger ou prendre un autre médicament, passez à la voie orale". Pour faire cela, dans un établissement, on a travaillé avec deux pharmaciens, on a formé toutes les infirmières de jour, de veille et de nuit.

Encore un petit mot concernant l'effet éducationnel. Dans un autre service d'orthopédie, on a mis en place des recommandations avec un système d'aide à la décision pour modifier, améliorer la prescription d'anti-coagulants dans la prévention des thromboses veineuses. Globalement, il y a un système d'aide avec des périodes contrôles et des périodes interventions. On s'aperçoit que chaque fois qu'on met en place un système, l'adéquation des pratiques augmente mais chaque fois qu'on l'arrête, l'adéquation diminue. Il n'y a donc pas d'effet éducationnel des recommandations.

Pour terminer, l'EBM en France est un concept récent avec un premier article publié en 1996. On ne sait pas bien traduire le terme. Le concept a été introduit dans l'enseignement très récemment et introduit puis supprimé dans l'examen de l'internat. Je pense que le Doyen ROLAND en parlera cet après-midi, car cela a entraîné beaucoup de débats. Il existait un centre COCHRANE en France qui a disparu en 2002 pour différentes raisons.

Quand on demande à nos chefs de clinique : êtes-vous capable d'expliquer les termes suivants à vos étudiants : nombre de sujets à traiter, rapport de vraisemblance, risque relatif, niveau de preuve, intervalle de confiance, essai randomisé, essai contrôlé ? On s'aperçoit que les résultats sont assez faibles. Par exemple, 38% seulement des chefs de clinique de Broussais - Hôtel-Dieu se disent capables d'expliquer le terme niveau de preuve. Il y a donc encore beaucoup de travail à faire.

L'évaluation des directeurs : le présent et le futur

Jean-Jacques ROMATET (Directeur Général – Centre Hospitalier Universitaire de Nice)

François MAURY (Directeur – Centre Hospitalier de Roubaix)

François MAURY

Je remercie Madame JUNGFER, votre Présidente, de nous avoir invités, nous qui sommes un peu des lapins au milieu de poules ou l'inverse, je ne sais pas.

Notre approche va être un peu différente de ce que vous avez entendu jusqu'à présent. Je vous le promets, il n'y aura pas de transparents en anglais. Nous allons vous parler "autour" de l'évaluation des directeurs plus, peut-être, que de l'évaluation des directeurs elle-même.

Jusqu'à maintenant on vous a parlé de sémantique, de définition de la compétence, d'Evidence Based Medicine. Nous allons vous parler d'aspects plus systémiques. La transition est peut-être un peu brutale.

Avant d'entrer dans la notion d'évaluation des directeurs, il est, à mon sens, nécessaire de vous rappeler quelques éléments. Mon rôle, dans notre duo, est de poser un cadre, un décor. Monsieur ROMATET mettra tout cela en scène en focalisant un certain nombre de points.

Ce qu'il faut avoir en tête c'est qu'on ne peut pas, compte-tenu de la mission qu'on peut attendre d'un directeur, réfléchir à l'évaluation des directeurs sans réfléchir à la mission de l'hôpital. On ne peut pas non plus, même en partant de la mission qui est attendue d'un directeur, ignorer l'image extérieure ou image réglementaire qu'on attend d'un directeur. Enfin, et pour ma part ce sera la conclusion que j'apporterai, on ne peut pas voir la mission des directeurs comme quelque chose de statique, cette mission évoluant aussi vite, bien entendu, qu'évolue la mission de l'hôpital.

Premier élément de cadrage : l'hôpital est un producteur de soins de plus en plus guidé.

Pourquoi ? Parce le fonctionnement hospitalier s'intègre, et vous le savez tous, dans une politique de santé, une politique de soins en tous cas, qui est de plus en plus exigeante et référée à un certain nombre de priorités :

- l'hôpital doit produire des soins dans le cadre d'objectifs de soins,

- il le fait, et de plus en plus, même si je trouve encore que cela est largement insuffisant, par rapport à un territoire donné, c'est à dire par rapport à une population donnée,
- et enfin (c'est une nouveauté que vous ne partagez peut-être pas mais pourtant c'est notre quotidien) nous devons de plus en plus intégrer des partenaires internes et externes dans des actions de soin et de santé qui incluent la prévention, l'éducation du soin voire même le social.

Dans ce contexte, évidemment, l'hôpital voit sa mission tout à fait bouleversée. C'est pourquoi j'indique que l'institution-hôpital (et donc ses cadres supérieurs) a une mission d'animation et de coordination d'actions de santé. C'est un des grands enjeux de l'évolution de l'hôpital dans les années qui viennent. Notre formation ne nous a pas prédisposé à enchaîner facilement sur ces objectifs.

Deuxième élément : l'hôpital assure des soins permanents, de qualité, dans un cadre budgétaire fixé.

Cela a un sens pour vous comme pour moi, à travers notamment :

- l'obligation de la continuité des soins. La mise en place de la RTT médicale pose de ce point de vue un certain nombre de contraintes ;
- le respect des règles de sécurité, au sens large du terme, est, pour l'hôpital, une obligation absolue qui, malheureusement, dans la pratique, connaît pas mal d'exceptions ;
- la conformité à la réglementation, notamment en matière budgétaire, mais aussi en matière de sécurité sanitaire.

L'ensemble de ces contraintes ne sont pas des missions pour un directeur. Ce n'est pas, tous les matins, le respect de notre budget qui nous motive. C'est, bien entendu, l'animation de notre hôpital, mais il n'empêche que ce sont des contraintes qui pèsent sur l'hôpital avant de peser sur le directeur.

Après avoir posé le cadre, un rappel est nécessaire car il y a souvent confusion entre ce qu'on attend d'un directeur et d'un hôpital, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. Sachez tout d'abord que la responsabilité institutionnelle du directeur est une responsabilité qui porte sur son rôle de représentant juridique. Si le directeur est le représentant légal automatique de l'hôpital, ça ne veut pas dire qu'il est automatiquement le responsable de tout ce qui se passe dans l'hôpital. Deuxième chose : pèse sur le directeur (mais pas automatiquement sur son

évaluation), de manière réglementaire et légale, une obligation de résultats par rapport à la mise en œuvre de la réglementation. Cela peut paraître barbant, contraignant, mais c'est une réalité, pour nous, à conséquence forte.

Dernier élément, et c'est celui qui me motive : le directeur a une obligation de moyens.

C'est là son cœur de métier : le développement des missions de l'hôpital et la réalisation des objectifs qualitatifs et quantitatifs d'activité.

Le directeur est évalué sur les trois champs : à la fois dans le cadre de sa responsabilité juridique, dans le cadre de sa responsabilité administrative et dans le cadre de sa responsabilité professionnelle. Ce sont bien trois champs différents. Quand on parle d'évaluation du directeur il faut bien les avoir en tête.

Lorsque j'évoque la notion de cadres supérieurs de l'établissement en ce qui concerne la mission de l'hôpital, on peut imaginer qu'il s'agit du chef d'établissement et de l'équipe de direction. Pour moi, et de plus en plus, il s'agit en fait de l'ensemble des cadres supérieurs de l'établissement, c'est à dire aussi des praticiens hospitaliers et tout particulièrement de ceux qui prennent des responsabilités structurelles ou organisationnelles dans l'établissement.

Nous vivons en tant que directeur un paradoxe actuel qui est le suivant. Nous avons une obligation absolue de résultats qui est le respect des textes. Vous le savez sans doute, elle entraîne notre responsabilité juridique s'il n'y a pas de mise en œuvre. Ceci peut, dans certains cas, entraîner la vôtre. Mais c'est évidemment impossible, pour des raisons à la fois financières et techniques.

Je prends un exemple récent dont je parlais avec l'un des participants à notre colloque d'aujourd'hui et qui est pharmacien inspecteur. Une circulaire récente nous oblige à avoir un pharmacien formé à la radioprotection dès lors que nous avons une activité de médecine nucléaire. En France, il existe deux pharmaciens formés à la radioprotection. Si je devais appliquer ce texte, je fermerais le service de médecine nucléaire, ce qui pour les 500 000 habitants de notre zone d'activité, serait quelque peu ennuyeux. Si je ne le fais pas et qu'il y a un ennui, ma responsabilité personnelle juridique est engagée, ainsi d'ailleurs que celle du chef de service concerné.

On est donc dans une situation un peu bizarre. Nous sommes évalués sur ce respect des obligations légales mais tout le monde sait que c'est inapplicable. Pourtant, c'est une obligation absolue. Nous sommes dans la situation du "pas vu pas pris" qui fait naître une responsabilité "épée de Damoclès", à tout moment, sur les cadres de direction.

Il faut savoir aussi qu'en terme de motivation (et je reviendrai peut être sur les aspects d'évaluation et de carrière), l'effet carrière est très faible si nous arrivons (ce qui est pratiquement impossible) à suivre l'obligation. Ce n'est pas ce qui nous valorise. Par contre, si

nous sommes pris en faute, alors l'impact est très fort. Vous vous doutez bien que la satisfaction professionnelle qui est quand même une autre motivation, devient extrêmement mauvaise.

Le deuxième volet de notre travail c'est l'obligation de moyens, que j'ai appelé l'art et la manière, ce qui me paraît une assez bonne définition. Nous avons une double obligation : rendre un service avec une collectivité (l'hôpital) à une population et le faire avec un certain nombre d'approches-qualité qui doivent être évaluées.

Nous ne sommes pas obligés d'avoir un résultat absolu pour l'instant. Il est facultatif. Par contre, et en terme à la fois de valeur professionnelle, de motivation, si nous sommes dans un échec, nous sommes dans une situation extrêmement pénible. En effet, nous ne sommes pas obligés d'avoir un résultat absolu mais en fait, là aussi, l'échec est impossible.

Nous avons donc, par rapport à ces résultats, une vraie reconnaissance qui est liée à une fausse responsabilité. Pourquoi ? Parce qu'un chef d'établissement ou un cadre de direction n'est pas automatiquement la seule cause d'une réussite ou d'un échec dans la dynamique d'un centre hospitalier ou le développement d'une activité, d'une discipline médicale.

Quels sont les effets sur notre carrière ? Si on réussit, l'effet carrière positif est moyen. Si on échoue, l'effet carrière négatif est également moyen. Dans ces conditions, notre satisfaction professionnelle est relative.

Enfin, si on parle de l'évaluation des directeurs, il faut se mettre d'accord sur deux choses. D'abord, à notre sens, le directeur a une double vision. La première va peut-être vous étonner. Nous sommes coordonnateurs d'actions en santé publique (on utilise le terme de santé publique mais on pourrait utiliser le terme de santé communautaire). De plus en plus, notre rôle est un rôle d'animateur et de coordonnateur à l'intérieur de l'hôpital mais aussi à l'extérieur. Nous voir simplement avec un rôle de super-financier ou de super-gestionnaire des ressources humaines, de logisticien, peu importe le terme, est une erreur. En effet, à mon avis, nous ne pouvons réussir, dans le cadre d'une dynamique d'offre de soins et de résultats de santé, que si nous travaillons tous ensemble à l'intérieur de l'hôpital mais aussi à l'extérieur. Il doit absolument y avoir une coordination de ces actions. Sinon, on est simplement responsable d'un outil. A ce moment là, on se trouve dans le rôle que parfois on voudrait nous faire jouer, de producteur de soins un peu aveugle dont on ne comparerait l'efficacité économique qu'avec la clinique privée qui n'a pas les mêmes objectifs. Pour moi c'est un élément absolument essentiel.

La deuxième responsabilité de fond, c'est une évidence, c'est la responsabilité de la gestion et de la stratégie dans l'établissement, la notion de manager interne.

Si nous avons cette double mission, nous ne pouvons réussir, notamment, qu'avec le corps médical. Comment peut-on imaginer qu'on réussisse cette mission de coordination de santé publique s'il n'y a pas des praticiens qui acceptent de jouer ce jeu avec nous, aussi bien dans le développement de leur discipline à l'intérieur de l'établissement comme à l'extérieur. On ne peut pas évaluer le directeur sans évaluer les praticiens dans leur activité de participation à la vie institutionnelle. Par ailleurs, je le rappelle, il faut que l'évaluation se fasse sur des objectifs qui sont des objectifs faisables. Il faut absolument sortir de la schizophrénie dont je parlais tout à l'heure.

Voilà le cadre général préalable que je voulais vous présenter. Je cède la parole à Monsieur ROMATET qui va développer certains des points qui viennent d'être évoqués.

Jean-Jacques ROMATET

Ce développement sera court. Tout d'abord pour vous dire que j'ai changé le titre de mon intervention. Je l'ai appelée : "l'évaluation des managers". En fait, j'avais envie de l'appeler : "l'évaluation des managements". Ceci pour vous dire que, pour moi, le médecin est un directeur comme les autres. Dans le cas du management, et François MAURY l'a bien montré, le médecin, le chef de service, le responsable d'unité fonctionnelle y sont intégrés. Quand on évalue le directeur, c'est aussi une partie de ces personnes qu'on évalue. J'oscillerai un peu dans mes remarques entre le directeur et le médecin.

Je vais donc développer quatre idées pour vous montrer que nous sommes sur un chemin que je vois comme un gué avec de l'eau à droite et à gauche, des ambiguïtés à lever, des coups de pouce institutionnels que nous attendons et dont quelques uns vont peut-être arriver. Je serai un peu plus explicite sur les fonctions que l'on veut réellement évaluer à la suite d'un travail qui avait été commandé par l'ANAES sur l'évaluation du management et qui verra peut être jour dans quelques semaines.

Pourquoi au milieu du gué ?

Il reste encore beaucoup de chemin à faire pour que les ingrédients de la cuisine de l'évaluation des managers soit prête. Nous commençons à avoir une dynamique institutionnelle

et je crois que certains ont écrit sur la capacité de l'hôpital évalué dans sa stratégie. A ton réellement évalué dans la dynamique de responsabilité ? Il reste encore un chemin énorme à parcourir.

J'utiliserai comme preuve le fait qu'il y a aujourd'hui une formidable ambiguïté sur le rôle du Conseil d'Administration. Tout le monde dit : "on va chercher à responsabiliser le Conseil d'Administration". Mais, on ne sait pas comment le faire. Or, c'est tout de même le Conseil d'Administration qui conduit la politique de l'établissement quand on lit les textes. Lisez les rapports divers et variés qui sont remis au Ministre à propos du Conseil d'Administration et vous verrez qu'il y a un formidable embarras. On n'a pas du tout clarifié cette question.

Le système d'information dans les établissements hospitaliers est à un niveau encore très insuffisant, même si les uns et les autres tapons très souvent sur le clou pour l'enfoncer. Il faudra bien un jour que l'on comprenne que sans un système d'information performant on ne peut pas faire de la très bonne médecine. En effet, la culture des indicateurs de résultats passe évidemment par un système d'information qui fonctionne. Même si on n'est pas sûr que la démarche qualité serve à quelque chose, comme je l'ai entendu tout à l'heure, ces indicateurs de résultats apportent de la qualité au malade. On peut, je le crois en tous cas, aller un peu plus en profondeur sur la démarche qualité. Elle a fait du chemin, il en reste encore à parcourir. La place de l'évaluation est très présente dans nos discours mais il reste beaucoup à mettre en place dans la vie de tous les jours.

Je crois beaucoup à l'évolution du contrat dans la vie hospitalière. Concernant le contrat d'objectif de l'hôpital, ce ne sont pas l'ARH et l'hôpital qui signent, c'est l'ARH qui signe avec l'hôpital. C'est à dire que des deux partenaires l'un est plus égal que l'autre. Donc, ce n'est pas encore tout à fait un contrat. On y reviendra.

Il faut continuer à lever les ambiguïtés. La première ambiguïté est que François MAURY et moi, nous sommes deux êtres hybrides. Pourquoi ? Nous sommes nommés par un Ministre que nous ne représentons pas et nous représentons un établissement qui ne nous nomme pas. Du coup, évaluer ce que sommes ensuite capable de faire, c'est pas tout à fait triste.

Des ambiguïtés il y en a encore quelques autres. Je disais tout à l'heure que le médecin est un directeur comme les autres. Parlons un peu du chef de service. D'une façon claire il a des responsabilités très identifiées. Tout le monde, l'agent de services hospitaliers par exemple, est capable de définir ce qu'est un chef de service. Il a une sorte de reconnaissance totale. Le responsable d'unité fonctionnelle : je dirais que sa part de management est éminemment variable. Il y a des responsables d'unités fonctionnelles qui n'existent pas, d'autres qui ont une

vraie présence, une vraie mission et pour le coup une possibilité d'évaluation. Pour moi se pose une question, extrêmement délicate : quelle est vraiment la place dans l'institution pour les médecins managers ?

Quand les responsables syndicaux disent, dans les grands journaux nationaux, que vis à vis des demandes de médecins leur souhait est d'être totalement indépendants par rapport à l'institution, comme je l'ai lu encore tout récemment sous la plume de l'un d'entre eux, je me pose quelques questions quand je dis que le médecin est un directeur comme les autres.

Troisième piste : il nous manque des coups de pouce institutionnels. J'en ai cité quelques uns. L'un d'entre eux m'est cher : c'est celui de "l'amendement liberté". Certains d'entre vous savent de quoi il s'agit. Il s'agit de l'amendement Durieux qui permet à l'hôpital de s'organiser en structure libre. Peu l'ont utilisé. Deux autant que je sache.

Une évolution sur la sémantique est nécessaire : pôles, départements, services. Tout cela n'est pas clair. Le directeur et le Conseil d'Administration : tout ça encore moins. On ne peut pas dire que dans les propositions de textes, nous allions vers des choses claires. Un des rapports propose que le directeur soit nommé par le Conseil d'Administration, les autres de garder l'ambiguïté actuelle. Et puis, il y a d'autres questions qui, pour l'évaluation du management, sont importantes : l'hôpital ne peut pas être dirigé par un homme seul. Ca n'a pas de sens. Donc, notamment dans les CHU, nous allons de plus en plus vers une notion de directoire, même si ce terme a une connotation un peu curieuse. De fait, il y a un directoire : Directeur Général, Président de CME et Doyen.

Enfin, l'évolution de la procédure d'accréditation va aller de façon tout à fait claire vers une évaluation du management. Ce sera un coup de pouce important.

Qu'est ce qu'on évalue ?

Dans le travail qui avait été commandé par Yves MATILLON, dont je me suis bien sûr inspiré car j'y ai contribué, on est arrivé à dire qu'il y avait cinq fonctions du manager à évaluer. Moi, j'en trouve quatre, vraiment pour montrer qu'il y a une petite différence. A mon sens, on évalue deux choses : le consensus et la cohérence.

Chaque acteur hospitalier ayant un rôle de management peut trouver sa place dans les quatre rubriques suivantes : fonction planification – fonction organisation – fonction animation – fonction évaluation.

La fonction planification

Il y a du travail sur la stratégie et la tactique. Je rappellerai, pour le plaisir, que contrairement à ce que l'on croit, le plus difficile est la tactique. La stratégie, savoir où on veut aller, en général on est à peu près capable les uns et les autres de le savoir. Savoir comme y aller, c'est une autre paire de manche. Evaluer la tactique est un point extrêmement important. Cela passe évidemment par l'endroit où on met le levier permettant de faire bouger les choses. Bien sûr, cela passe par ce travail extrêmement délicat d'organisation de la veille qui est une gageure pour chacun d'entre nous. Nous sommes inondés de lecture de textes d'évolution. Imaginez ce que cela peut représenter pour un directeur de CHU, ce qu'il doit emmagasiner pour ne pas être totalement stupide, quand il rencontre l'un d'entre vous et être capable de comprendre un minimum de la médecine qui se fait dans sa propre maison. Il ne faut pas oublier, évidemment, la place que le manager donne à la gestion du risque. C'est vrai dans un service comme dans l'ensemble de l'établissement.

La fonction organisation

La notion d'organigramme vivant est un point essentiel. Des organigrammes morts il en existe partout. Etre capable en permanence de faire vivre l'organigramme, de le montrer, de le transformer, de définir des fonctions et les faire bouger, c'est difficile. Mais pourtant, il faudra bien que nous soyons évalués sur ce point. J'insisterai sur un autre mot, à mon sens essentiel : la délégation. C'est un de nos grands chantiers en milieu hospitalier tant de directeur que de médecin, que d'être capable de définir ce qu'est une délégation, de l'accompagner, de la contrôler, à la fois avec tact et efficacité.

La fonction animation

C'est celle de chef d'orchestre : être capable de la recherche de la motivation. C'est un point majeur, alors que nous venons passer deux années à essayer de ne pas faire travailler les gens et que nous allons passer encore une ou deux années à essayer de ne pas faire travailler les médecins. J'exagère. C'est une petite provocation gratuite, mais quand on voit l'énergie, le temps que nous passons à essayer de mettre en place la RTT, elle me paraît tout à fait nécessaire. Quels dégâts dans les esprits et quels dégâts dans le manque de conduite des établissements ou des services parce qu'on est obnubilé par le fait d'avoir à appliquer cette RTT qu'on a mal préparée !

Il y a un autre point sur lequel je pense nous serons tous évalués. C'est vrai pour un président de CME, pour un directeur, souvent d'ailleurs pour les deux ensemble. C'est sur la façon de gérer les conflits. C'est un point gravissime parfois dans la vie des nos établissements, puisque, lorsqu'on ne sait pas gérer un conflit, cela peut se traduire par un véritable désastre dans un service ou dans un hôpital. Nous gérons souvent ce point très très mal.

La fonction évaluation

Qu'est-on capable pour gérer sa "boîte", son service, de faire remonter ? Quels sont les indicateurs, les capteurs que l'ont va chercher ? Quels sont ceux qui vivent réellement ? Quels sont ceux qui sont produits naturellement dans le système d'information ? Comment est-on capable de partager les résultats de cette évaluation avec les hommes avec lesquels on travaille ?

Je dirai en terminant que si je disais tout à l'heure que je pense vraiment que le médecin est un directeur comme les autres, c'est parce que le directeur est avant tout un soignant comme les autres.

Les pharmacies de l'inspection à l'évaluation

Patrick ZAMPARUTTI (Pharmacien Inspecteur – DRASS Nantes)

J'ai interprété le titre de cette intervention comme une question : est-ce que les inspections de la pharmacie vont se mettre à faire de l'évaluation ?

Autant les inspections on sait ce que c'est, autant les évaluations c'est plus difficile. Voici une définition qui reflète bien la réalité de ce qu'est une inspection : une revue objective et systématique d'une activité, d'un système, de locaux, etc...

Donc on ne peut inspecter que ce que l'on voit, ce qui existe.

L'inspection a lieu afin de déterminer le niveau de respect d'exigences prédéfinies. Le guide des bonnes pratiques des inspections indique qu'on ne devrait pas faire d'inspection lorsqu'il n'y a pas de référentiel. En matière de pharmacie hospitalière, il y a très très peu de référentiels (en France du moins) et ceux qui existent sont assez vagues, notamment les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

Le but est de vérifier la validité des données, de rechercher les problèmes et les défauts (ce qui est souvent désagréable dans une inspection c'est que l'on a beau bien travailler à 99% du temps, concernant le rapport d'inspection vous verrez qu'il y a des écarts), de noter ou de transmettre les observations. Dans le cadre de l'hôpital, notre interlocuteur est le directeur.

Enfin, l'essentiel est de s'assurer de la mise en place des actions correctives et de l'évaluation de leur efficacité.

Il n'y a plus qu'à...

Rappelons les missions des pharmacies à usage intérieur définies par la loi n° 92-1279 :

- une mission qui porte sur les produits en eux-mêmes : gestion, approvisionnement, préparation, contrôle, détention, dispensation...
- les deux autres portant plus sur ce qui est pratique :
 - o mener ou participer à toute action d'information, promotion et évaluation de leur bon usage, concourir à la pharmaco-vigilance, matério-vigilance...
 - o mener ou participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins...

On n'inspecte généralement que ce qui concerne la première mission : les produits. Pour les deux autres, portant plus sur ce qui est pratique et organisation ou qualité, il y a peu d'inspections car il existe peu de référentiels.

Côté évaluation, je connais cela moins bien. J'ai donc cherché dans les livres et trouvé une définition du terme évaluer : "apprécier la valeur, le prix, l'importance d'une chose". La valeur, c'est ce à quoi on croit et qui prétend à la vérité et à la normativité. Cela veut dire en gros : à chacun sa valeur.

Je voudrais vous parler de la première étape de ma réflexion à propos de : "de l'inspection à l'évaluation". Je me suis interrogé : si la valeur c'est relatif, si c'est la valeur des croyances, des cultures, des points de vue, est-ce que si on évalue et qu'on regarde les valeurs des autres, on ne se trompe pas ?

Je suis donc allé voir nos voisins les plus proches (j'habite Rennes donc ce sont les britanniques). J'ai cherché à avoir quelques éléments de réflexion, mais je n'ai pas du tout cherché à comparer deux systèmes. Pour une population comparable, le nombre de lits au Royaume-Uni, en soins aigus pour 1000 personnes, est de 2,4 pour 6500 pharmaciens hospitaliers. Les missions sont à peu près comparables. Pour ce qui concerne la France, il y a 4,3 lits en soins aigus pour 1000 personnes et, si on compte les internes, il y a 5400 pharmaciens hospitaliers.

J'ai étudié l'organigramme d'un service de pharmacie clinique d'un des plus gros hôpitaux de Londres, pour ce qui correspondrait en France aux points 2 et 3 des missions des pharmaciens. Deux choses m'ont intéressé. Il y a 34 équivalents temps plein de pharmacien. Ces pharmaciens ne s'occupent pas de délivrance, ni d'achats, de préparation ou de stérilisation. On voit aussi que les postes sont assez spécialisés dans leur libellé. En effet, on recrute des pharmaciens spécialisés dans l'information sur le médicament, spécialisés en soins palliatifs, d'autres pour travailler en lien étroit avec le Comité du Médicament.

Lorsqu'on parle d'évaluation des pratiques professionnelles, il est intéressant d'avoir des postes ciblés.

J'ai récupéré aussi, dans cet hôpital de Londres, un document d'une quinzaine de pages. Il liste les tâches que va effectuer un pharmacien dans un service de soins. Une des dernières pages présente l'évaluation de l'activité de pharmacien dans le service de soins cardiaques. Notamment, ce pharmacien doit apporter à son chef de service (ou du moins à son chef de groupe) des enregistrements mettant en évidence le nombre d'interventions qu'il a effectuées, (c'est à dire les modifications de traitement), le nombre de patients où le traitement présentait un risque qu'il a identifié, le nombre d'effets indésirables qu'il a déclaré, le nombre de profils de

pharmacocinétique qu'il a fait, les formations qu'il a faites aux médecins, aux infirmières, les évaluations, audits et la formation continue auxquels il a participé.

Dans ce document, on trouve aussi quelque chose d'intéressant concernant la compétence. Il y a un texte listant très en détail toutes les compétences requises pour un pharmacien qui doit exercer dans un service. Par exemple : le pharmacien doit être capable d'identifier un patient qui présente une insuffisance rénale.

Un autre aspect de l'évaluation, c'est l'analyse de la prescription. L'impact de l'analyse de l'ordonnance peut s'évaluer de différentes façons : nombre de réhospitalisations, nombre de patients de plus de 75 ans chez qui la fonction rénale a été évaluée, etc... Analysons une étude réalisée dans un service de moyen séjour au CHU de Rennes. Dans le modèle traditionnel français, c'est un médecin qui fait un diagnostic, un médecin qui décide du traitement, un pharmacien qui approvisionne. Dans l'étude rennaise, on tendait à rejoindre un modèle plus traditionnellement britannique : le médecin fait le diagnostic, puis le duo pharmacien-médecin par patient décide de la thérapeutique, le pharmacien approvisionne et l'infirmière administre. Sur près de 300 entrées cette année là, on constate : 185 interventions ont été réalisées par le pharmacien qui ont conduit à 52 arrêts de traitement ou au moins d'un médicament, 51 modifications de posologies ou adaptation du traitement (passage d'une voie injectable à une voie orale), 34 demandes d'examens complémentaires et, enfin, 48 autres interventions qui correspondent, en particulier, à l'information du patient.

S'il faut retenir un chiffre, globalement toute analyse d'ordonnance par un pharmacien conduit en moyenne à arrêter un traitement par patient et à ajouter un traitement pour deux patients.

J'ai également récupéré un document réalisé au Royaume-Uni par l'Audit Commission qui ressemble à la Cour des Comptes en France. Elle vérifie que l'argent qui est mis dans le système de santé est bien utilisé. Elle a fait une analyse et produit un rapport en 2001 avec des recommandations s'appelant : "a spoonful of sugar". J'ai découvert que ce titre faisait référence à une chanson du film "Mary Poppins". J'ai trouvé dans ce rapport des choses intéressantes et notamment un constat : une pharmacie excellente est caractérisée par trois choses : un bon pharmacien-chef (cela paraît évident), des pharmaciens qui ont les compétences ou le talent de persuasion, de négociation, de travail en équipe avec les médecins et la troisième qui concerne la reconnaissance par les directeurs des pharmacies en tant que services cliniques.

Des évaluations ont été réalisées et ont montré que dans certains hôpitaux, notamment ceux qui s'occupent principalement de personnes âgées, 30% des patients avaient un mauvais enregistrement de leur historique médicamenteux à l'entrée. Ce qui était marqué sur le dossier

médical était erroné et ne correspondait pas à ce que prenait le patient. Tous les traitements n'étaient pas marqués, ils étaient incorrects ou les allergies n'étaient pas notées.

A l'issue de tout cela, et c'est surtout ce qui m'a intéressé, un plan a été mis en place, qui recommande très fortement (en apportant également une aide financière) la mise en place d'un système de "medication review" à l'entrée des patients dans tous les hôpitaux, pour corriger ces problèmes.

Dans ce même document, on aborde l'auto-administration des traitements. Au Royaume-Uni, 90% des hôpitaux sont engagés dans une démarche d'auto-administration des traitements par le patient, sous forme injectable ou orale. Ils ont au moins plusieurs services concernés dans chaque hôpital. Près de 40% des hôpitaux pensent l'étendre à l'ensemble de leurs services. Ce qui est également intéressant, c'est qu'ils ont montré que lorsque c'était bien fait, c'était bien pour le patient. La réponse française à cette technique d'auto-administration se trouve dans l'arrêté du 31 mars 1999, art. 17 : "sauf accord écrit des prescripteurs mentionnés à l'article 2, il ne devra être mis ou laissé à la disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits et dispensés dans l'établissement. Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés, sauf accord des prescripteurs précités".

Donc par rapport à un même problème, on a deux approches différentes.

Avant de terminer, j'ai repris les différentes missions des pharmaciens hospitaliers qui sont décrites dans la loi de 1992 et j'ai cherché à faire une évaluation très grossière par rapport à ce que j'avais vu au Royaume-Uni.

Si, pour tout ce qui concerne le produit, le médicament lui-même (gestion, approvisionnement, préparation, contrôle, détention, et dispensation) on a, à peu près, la même mise en place, pour tout ce qui concerne la qualité et la sécurité des traitements et des soins on est moins bien avancé en France.

Pour conclure sur l'évaluation, je retiens de ce questionnement qu'il faut s'en méfier un peu, pour qu'elle ne tourne pas à une illusion, notamment en fonction des valeurs que l'on a. Enfin, il faut savoir ce que l'on veut en faire.

Comme on dit : "savoir que la terre tourne autour du soleil n'a jamais empêché les hommes de voir le soleil tourner autour de la terre".

DISCUSSION

Jean-François DURR (Centre Hospitalier de Freyming Merlebach)

Nous ouvrons maintenant le temps de la discussion et je distribue le micro à ceux qui le désirent.

Edith DUFAY (Centre Hospitalier de Lunéville)

Question à Monsieur ROMATET : vous aviez prévu de présenter cinq fonctions à évaluer et en fait n'en avez présentées que quatre. Je n'avais pas très bien compris que vous aviez voulu fusionner celle sur l'animation avec l'organisation. J'ai bien entendu votre réponse.

Alain TENAILLON (Centre Hospitalier Sud Francilien)

Une question pour Monsieur MATILLON : pour l'instant, pour l'évaluation des pratiques professionnelles, en milieu privé, pour les médecins, on voit à peu près ce que ça représente ; mais en milieu hospitalier, est-ce que vraiment on sépare la fonction globale d'un service et la fonction individuelle ? Comment l'intègre t-on ? On a vu que dans la direction de l'hôpital, c'est une animation globale qui se passe. Nous, on a essayé de l'envisager un peu comme ça. On a l'impression qu'un bon chef de service et un bon médecin, isolé dans un service avec des gens qui sont mauvais, ce n'est pas forcément bon. Que des gens moyens travaillent en commun, c'est très probablement bien meilleur pour un service. Comment envisagez-vous de voir la fonction globale?

Yves MATILLON

Il y a plusieurs niveaux de réflexion. En tous cas, l'expérience qui a été conduite, est en cours d'application dans le secteur libéral. Nous avons prévu que les unions des médecins libéraux puissent s'assurer qu'il y a un mécanisme d'évaluation collective et un mécanisme d'évaluation individuelle. C'est la loi et on a essayé d'y coller. En fait, j'ai toujours soutenu mon opinion qu'il fallait expérimenter.

Il vaut mieux débiter par une évaluation collective. On sait ce que c'est que des staffs médicaux efficaces avec les pharmaciens, les infirmières. C'est une réflexion collective. Un des points que les anglo-saxons ont bien montré, c'est que l'évaluation des pratiques a un rôle pédagogique fort, susceptible, par une analyse du retour de l'information, de faire évoluer les pratiques dans un sens positif, si elle est collective.

Après, pourquoi individuelle ? Quel système de valorisation ? Pour quoi faire ? Je pense que l'évaluation individuelle peut se faire à travers le collectif. Quand vous êtes plusieurs et qu'il y en a un qui fait une erreur systématique, il n'y a pas besoin de trop en parler pour que cela se voie, se sache. Observer c'est changer. Je postule beaucoup sur le fait qu'observer ça conduit au changement. Il faut ménager des conditions d'observation respectueuses des personnes et qui les font progresser. Pour ce qui concerne l'hôpital, le même principe peut s'appliquer.

Dans les cliniques privées, lorsque j'ai quitté l'ANDEM, près de 300 cliniques avaient fait une étude sur l'évaluation de la qualité de la tenue du dossier. Elles avaient parfaitement compris que la manière dont le dossier était tenu était un élément de stabilisation, d'observation, qui permettait de structurer un outil utile.

Là encore, on revient à un mécanisme qui est collectif, transversal, qui apporte quelque chose. On peut mesurer le retour sur l'investissement. Par contre, il ne faut pas attendre de cela qu'on redéfinisse les grandes orientations stratégiques de l'établissement ou du service. Je crois que le mécanisme, là encore, si on veut soutenir la pédagogie ou utiliser le facteur pédagogique, c'est une démarche collective qui se fait assez spontanément. On dit que c'est anglo-saxon, mais je rappelle tout de même que dans les hôpitaux on nous a appris à pratiquer par un mécanisme qui permet de situer nos limites et de progresser. Quand on applique ce principe au directeur, au médecin ou à l'ensemble des professionnels, on arrive à se mettre d'accord. Alors, comment ça peut se décliner, comment ça peut être utilisé, c'est là où il faut fixer les règles du jeu.

Jean TOULOUSE (Nevers)

J'ai beaucoup apprécié, Monsieur MATILLON, que vous insistiez sur la sémantique, sur la signification des mots. Dans ce sens, je trouve qu'il est extrêmement important de ne pas confondre, comme ça se fait dans beaucoup de discours officiels, le terme de soin et le terme de santé. J'ai également apprécié dans l'exposé de Monsieur MAURY, le fait qu'il insistait sur le rôle de santé des hôpitaux. Le problème, en matière de santé c'est qu'elle n'est pas très enseignée dans les Facultés de Médecine. En particulier, elle n'existe pas dans le deuxième cycle d'études médicales. Il y a les spécialisations en Santé Publique, ensuite. On enseigne les maladies, quelquefois les malades dans les meilleurs des cas, mais la santé pas du tout. Deuxième notion, c'est que la santé n'est pas du tout un monopole des médecins et de tout ce qui tourne autour. Elle met en œuvre des quantités d'acteurs qui ne sont pas des médecins et avec lesquels il est bien évident qu'une collaboration doit se faire, si on veut arriver à quelque chose de positif.

Ca veut dire que dans la droite ligne de ce que vous avez dit, je crois que les hôpitaux, bien sûr, doivent travailler avec toutes structures de soins, toutes les structures médicales extérieures, etc..., mais aussi probablement avec des quantités d'autres structures non médicales. Mais c'est un élargissement des fonctions qui est dans les limbes. Il n'y a rien de fait à ma connaissance. Je crois que c'est une notion extrêmement importante si on veut arriver à quelque chose.

Anne-Marie LIEBBE (*Centre Hospitalier de Compiègne*)

Je voulais faire un commentaire et poser une question à notre pharmacien-inspecteur. Je crois qu'on a une vision positive du pharmacien-inspecteur, mais, pour moi, il y a une ambiguïté énorme dans les établissements. Le pharmacien-inspecteur est chargé de l'évaluation du respect du code de Santé Publique et par là de l'évaluation des pratiques professionnelles. C'est aujourd'hui comme ça qu'il conçoit son rôle. Malheureusement, quand on a des inspections de pharmacie, le ressenti au niveau des établissements c'est que c'est plus l'évaluation des pratiques professionnelles qui ressort. C'est un vrai problème. Un petit exemple : dans notre établissement, on a mis en place une dispensation nominative du médicament. Comme le disait notre directeur, bien souvent on met des choses en place sans en avoir les moyens et donc on ne le fait pas dans les règles de l'art. Notre inspecteur est passé, il a noté dans son rapport qu'il existait une dispensation nominative du médicament, mais elle n'est pas réglementaire, car il n'y a pas un contrôle effectif du pharmacien. Le directeur est venu me voir en disant : "vous allez arrêter cette dispensation". C'était une gageure de la part du directeur. On n'est pas arrivé jusque là, mais, en tant que chef de service (et toute mon équipe a eu le même sentiment) je me suis sentie dévalorisée dans ma mission professionnelle puisque, en gros, le pharmacien-inspecteur disait : "les pratiques professionnelles ne sont pas bonnes dans cet établissement parce qu'on ne respecte le règlement que partiellement". Donc, voici mon avis sur ce sujet : soit les pharmaciens-inspecteurs changent leur point de vue, soit il faut faire de l'évaluation réglementaire et pas de l'évaluation des pratiques professionnelles. Je crois qu'il faut que les choses soient très claires dans l'esprit de tout le monde, en particulier des professionnels et des directeurs d'établissement.

Bruno DELFORGES (*Assurance Maladie - Service médical*)

Juste une remarque pour préciser ce que Monsieur DURIEUX disait. Il nous prêtait fort aimablement une action en matière des visites confraternelles. C'est vrai que c'est un domaine dans lequel, malheureusement, on n'a pas beaucoup pu faire la preuve d'une grande efficacité.

Pour le moment, sur ce que l'on a pu faire, la seule chose sur laquelle on a à peu près une certitude, c'est que la prescription du dosage de l'hémoglobine glycosylée chez les diabétiques a augmenté. Par contre, on n'a pas réussi à faire abandonner la pratique des glycémies systématiques et, surtout, pas du tout réussi à convaincre les médecins de changer le suivi para-clinique de leurs patients. En effet, ceux qui ne les envoyaient ni à l'ophtalmologiste, ni au cardiologue ni à qui que ce soit d'autre, n'ont rien changé de ce point de vue. On a un peu pu leur faire penser que c'était bien de regarder le rein. Donc, dans un domaine hypersimple, sur lequel il y avait un message très très limité, on a pu faire bouger un élément et demi.

On vient de se planter complètement dans un premier tour sur l'hypertension artérielle. Le message était sûrement trop compliqué et avait voulu faire passer trop d'éléments. Il est clair que rien n'a changé.

On est en train d'essayer d'expérimenter une méthode plus lourde : une fois simplement contacter le médecin, une autre fois contacter le médecin et le malade, une troisième voir le malade et le médecin ensemble au cabinet médical. On se rend bien compte que c'est très difficile. De la même manière, on nous a confié un travail, une mission, pour aller porter la bonne parole aux médecins de ville. Ça devait être dans la loi de financement de la Sécurité Sociale puis cela a disparu et cela réapparaît à nouveau. Là aussi, il y a des tas de bêtises dites et écrites. On va essayer de tester cinq ou six expériences nationales dans l'année qui vient : soit des audits avec feed-back à partir de nos tableaux de bord, en allant sur un sujet très ponctuel (par exemple l'antibiothérapie), soit dans certaines situations voir les médecins. Ceci consiste à essayer de faire un "coaching" plus direct des médecins qui n'auront pas du tout modifié leur pratique dans le suivi des diabétiques pour voir, si en les suivant de plus près, on arrive à quelque chose. C'est un domaine où, effectivement, on essaye de faire quelque chose, mais, je suis d'accord avec vous, c'est très difficile, très ponctuel. Pour le moment, il faut des moyens considérables pour obtenir une modification mineure, mais on a bon espoir et on continuera.

Pierre DURIEUX (CHU Broussais – Hôtel-Dieu)

Pour revenir sur ce point, effectivement, au niveau des conférences de consensus qu'on avait essayé d'initier au départ, on a essayé d'évaluer. Je crois que le problème est un problème d'évaluation dans le temps. Qu'est ce qu'on doit se donner comme délai pour dire qu'une pratique va changer ? En principe, une pratique médicale est instituée à travers une formation initiale qui va durer 5,6... 8... 10... 15 ans pour aboutir à quelque chose. On voudrait qu'à travers une intervention ponctuelle à un moment donné, brusquement, on annule ce qui est inclus dans notre cerveau de saurien, c'est à dire un niveau très bas. Pour le changer, il faut du temps.

Un travail a été fait récemment sur la pratique, en réanimation, du sevrage de la ventilation. L'équipe en question a montré qu'effectivement qu'au bout de six mois de suivi, rien ne s'était passé. Le travail a été prolongé sur un an. Il s'est un petit peu passé quelque chose. Sur deux ans, il s'est passé un peu plus. Sur trois ans, ils avaient transformé les choses. Il a fallu trois ans de suivi pour qu'effectivement du niveau bulbaire on passe au niveau supérieur, que cela redescende au niveau bulbaire et que ça redevienne quelque chose de fixe. C'est un peu ça qu'il faut envisager avant de dire que ça marche ou que ça ne marche pas. Trop souvent, on a besoin d'une publication immédiate. Je suis peut être optimiste car ce n'est pas très facile à faire, mais je pense qu'il y a vraiment un problème de délai à obtenir pour savoir ce que l'on fait.

Yves MATILLON

Je peux essayer de donner un élément de réponse à la personne qui est intervenue pour le service médical et pour le pharmacien-inspecteur. J'ai une très belle diapo qui concerne RONALDINHO, le joueur du PSG, qui nous renvoie aux notions de règles du jeu. Je suis totalement convaincu, et je l'ai toujours dit, y compris aux médecins-conseil nationaux et régionaux, que le contrôle, le conseil, les fonctions, les responsabilités d'un corps de médecins rattachés à un organisme financeur, sont tout à fait légitimes. Le corps d'inspection, chargé d'inspecter pour savoir si les procédures existent ou pas, est une mission tout à fait légitime. Il est également tout à fait légitime que des professionnels de santé se retrouvent dans un service de soins pour évaluer les pratiques. Simplement, on ne joue pas avec la même balle. Si vous savez jouer au ping-pong, au foot ou au rugby avec un autre ballon, et si vous tapez la balle de golf, ce ne sont pas les mêmes outils mais la finalité est respectable. Il ne faut pas confondre. C'est la même chose dans les organisations de soins. On a une responsabilité individuelle et collective qui est majeure, celle de soigner les gens correctement. Donc, mettons nous à ce service. Les médecins-conseil ont des informations absolument extraordinaires. Les médecins s'ils se joignent aux soignants ou aux pharmaciens d'un hôpital peuvent faire progresser les choses, apporter des améliorations. Ces missions là, ces actions sont à respecter. Simplement, les résultats attendus ne sont pas strictement les mêmes, mais ils sont complémentaires.

Je trouve que c'est intéressant qu'il y ait des commentaires là dessus car je pense vraiment et sincèrement qu'il faut faire cet effort là de clarification des règles du jeu. J'ai eu la chance de participer à 2-3 journées annuelles que vous organisez inter-régimes (réunion annuelle ou bisannuelle des médecins conseil des trois régimes) et on y voit bien un besoin de clarification d'action. Je partage complètement l'analyse de Pierre DURIEUX et je trouve très intéressante votre démarche au niveau du diabète.

Je pense que là aussi, et je m'arrêterai sur ce commentaire, il faut arrêter de faire des transferts de responsabilité. Comment demander à des médecins d'aller réguler le système de santé par un développement des bonnes pratiques alors que la responsabilité ne leur incombe pas au plan national ? Quand on autorise le développement de certaines technologies, alors qu'on sait qu'elles ne sont pas performantes, potentiellement dangereuses, quelles sont à un stade expérimental, qu'on les cautionne, qu'on les rembourse, et pire qu'on ne les rembourse pas mais qu'on paye sur des cotations parallèles, excusez-moi, on est hors jeu.

Jean ARNAUTOU (*Centre Hospitalier d'Agen*)

Bonjour à tous. Je vais rester dans le domaine sportif puisque Yves MATILLON vient de nous y amener et dire à notre collègue DELFORGES qu'il vient de m'ouvrir les horizons de ma 3^{ème} mi-temps personnelle.

Je suis un médecin un peu sur la fin de carrière et c'est vrai que je sentais bien que j'avais besoin de quelque chose et vous venez de me l'expliquer. Pour le dire en un mot, jusqu'à présent je vivais trônant en majesté dans un confessionnal, le malade étant de l'autre côté de la grille et cette relation médecin-malade qu'on m'avait enseignée, je la vivais avec superbe. Etant depuis longtemps au delà de la cinquantaine, je faisais avec facilité des diagnostics, je prescrivais, j'indiquais des pronostics à long terme, tout cela avec une grande facilité, comme beaucoup de mes collègues, les vieux comme les moins vieux. On était des médecins en roue libre puisqu'on avait passé nos diplômes et qu'ils étaient pluri-potentiels. Alors maintenant, j'ai compris à quoi servent les confessionnaux. Il y a la petite guérite du milieu pour le médecin et la petite guérite à côté pour le patient. Puis il y a une autre guérite de l'autre côté et maintenant je sais que c'est la guérite du "coach". Je sais que je n'aurai pas mon étoile, mon surplis, mais en réalité un tee-shirt avec écrit dessus : CM (coaching médical de la Caisse d'Assurance Maladie). Vous serez là pour me conseiller, d'ailleurs avec un système un peu particulier car le malade vous écouterait et entendrait ce que vous avez à me dire. Il n'est pas question que ce "coaching" soit trop discret et il est bon que le malade sache, qu'en fait, je ne sais pas grand chose si mon "coach" n'est pas là. Je suggérerai pour que les économies rejoignent l'Economie de la Santé que, tout simplement, vous vous asseyiez à ma place dans la guérite du milieu.

Bruno DELFORGES (*Assurance Maladie - Service médical*)

Juste un mot, et je crois que ce n'est pas du tout le peine de polémiquer là dessus, mais je trouve que cette intervention montre qu'on a justement beaucoup à faire et que sur ce point, je dis que c'est : premièrement, une expérience, deuxièmement, avec des médecins qui seront d'accord et troisièmement, avec des malades qui seront d'accord.

Cela révèle bien la problématique qui a été évoquée : est-on mûr en France pour réfléchir à des manières de faire évoluer les choses ? Il est très clair, et ce sera le sens de mon intervention de cet après-midi, qu'on n'est vraiment pas là pour faire de la médecine à votre place, ni pour vous dire ce que c'est que la qualité... vraiment pas. Je le dis : on peut être, au mieux, un service facilitateur qui vous apporte des données, qui travaille avec vous. Je pense qu'on pourra faire avancer les choses quand on aura justement la capacité de regarder en face les expériences qu'on mène à bien. Par exemple, l'expérience dont je vous parlerai sera randomisée. Elle portera sur trois échantillons de malades. On verra trois types d'intervention. En fonction de cela, on essayera de tester. Y a-t-il ou pas un petit mieux qui peut se dégager, un débat de retour d'expérience, une action sur le malade aussi, sur l'observance, dans ce genre de situation ? Il faut se limiter à ces questions. Il n'y a aucune volonté de l'Assurance Maladie et encore moins des médecins-conseil d'aller derrière un confrère pour lui tenir le stylo.

Edith DUFAY (Centre Hospitalier de Lunéville)

Je voudrais m'adresser aux directeurs qui sont intervenus au sujet de la fonction d'évaluation. Excusez-moi, mais j'ai un discours très terre à terre.

La fonction d'évaluation, vous l'avez présentée comme le quatrième point. Je ne sais pas si c'était vraiment votre souhait de la dissocier et de l'identifier comme telle. Personnellement, ce que je regrette dans les établissements c'est que la mission d'évaluation soit toujours marginalisée. A un moment donné, on fait une évaluation. Jamais dans la logique des professionnels, on ne met l'évaluation comme le point final d'un exercice. Par exemple, quand on fait une gestion de projet, il est logique d'évaluer l'état d'avancement du projet. Quand on est en train de faire un audit clinique, il y a une phase d'évaluation. Mais très souvent, on est tellement content d'avoir regardé ce qui se passait à l'instant T, d'avoir identifié un dysfonctionnement, d'avoir même pensé aux mesures correctives, qu'on a l'impression que cela suffit pour que cela soit appliqué. Je regrette que, trop souvent, le discours marginalise cette fonction d'évaluation. Comme le dit Monsieur MATILLON, clarifions les règles du jeu. Je trouve que rien ne devrait être pensé, construit, dans nos établissements sans qu'il y ait une évaluation, soit des compétences, soit de l'activité, soit de la performance, peu importe on peut évaluer des tas de choses. Mais ce n'est pas rentré dans les mœurs à l'heure actuelle. Il faudrait avoir une réflexion institutionnelle pour savoir comment faire, qu'il s'agisse d'évaluation individuelle, collective voire institutionnelle.

Vous parliez de planification. Supposons que l'on ait identifié une cible professionnelle.

Si on n'évalue pas sa mise en application à un instant T, à quoi cela a-t-il servi ? Quand on parle d'organisation et quand on est dans une logique de gestion de projets, à quoi cela sert-il si on ne regarde pas s'ils sont effectivement mis en application et à quel degré de performance ? Si on manage les compétences, comment fait-on pour évaluer ? Je trouve qu'à chaque fois l'évaluation constitue une sorte d'activité à part d'un groupe de professionnels à part, qui d'ailleurs très souvent se fait montrer du doigt parce qu'il met en évidence des dysfonctionnements, des carences latentes dans le système. Malheureusement, on est dans une logique où on se sent coupable de ne pas avoir bien fait.

François MAURY (*Centre Hospitalier de Roubaix*)

Je suis d'accord avec vous : nous n'avons pas, médecins comme directeurs, suffisamment le réflexe culturel d'évaluation. On est tellement dans l'action du résultat qu'une fois qu'il est apparemment réalisé avec plus ou moins de réticences et de critiques, on passe à autre chose. Néanmoins, à chaque fois qu'à titre personnel j'ai essayé de le faire je me suis heurté à une difficulté, c'est que nous n'avons pas envie d'évaluer ensemble les mêmes choses. C'est à dire que lorsque je propose d'évaluer un projet plus institutionnel avec des médecins, je ne sens pas une passion. Lorsque eux me proposent éventuellement d'aller vers une évaluation autour d'un certain nombre de projets de type médicaux ou cliniques, c'est vrai que nous sommes partants avec l'équipe de Direction mais peut-être pas suffisamment et que nous ne sommes peut-être pas suffisamment attentifs. Cela manque à notre culture. Donc sur le fond vous avez raison, mais n'oublions jamais que l'évaluation c'est toujours un outil et qu'il doit être finalisé par trois choses : une mission, une finalité et une culture. Pour l'instant, il faudrait qu'on partage ensemble les mêmes finalités et essayer d'évoluer tout doucement dans une même culture.

Jean-Jacques ROMATET (*Centre Hospitalier Universitaire de Nice*)

Je partage votre point de vue. J'ai dit qu'il nous restait encore beaucoup de chemin à faire sur la culture de l'évaluation et que nous étions au milieu du gué. Cette évaluation pour qu'elle soit efficace, il faut qu'elle ressemble un peu à la mayonnaise. Pour qu'une mayonnaise prenne il faut que les ingrédients soient à même température. Or, la difficulté c'est de les mettre à la même température.

Donc, être capable, dans un hôpital ou dans un service, de se donner l'objectif de faire de l'évaluation le moteur du travail et pas seulement une opération de "stop and go" où, de temps en temps, on va évaluer quelque chose dans un endroit et le lendemain repartir dans l'étouffement du quotidien que nous vivons. C'est un vrai choix d'établissement.

Quand un nouveau Président de CME prend ses fonctions, l'une des premières discussions (je viens de le vivre) c'est la place qu'on veut bien donner dans l'hôpital à l'évaluation. C'est une discussion difficile car si on décide de la mettre à plusieurs endroits de l'hôpital, c'est une vraie volonté de mettre les ingrédients à la même température, c'est un choix collectif, un choix difficile et pas uniquement le choix de mettre de temps en temps une évaluation ici ou là. Il faut la mettre par exemple sur l'évaluation des équipements médicaux, du programme d'équipement médical, etc... Donc on a beaucoup de chemin à faire pour être à ce stade.

De l'audit clinique à l'évaluation des compétences

Marie-José RAVINEAU (Direction des soins - Centre Hospitalier de Meaux - ANAES)

Lorsque Françoise JUNGFER m'a proposé d'intervenir aux journées du GERHNU j'ai accepté sans hésitation. Effectivement, ce thème peut être un peu surprenant, mais je travaille depuis de nombreuses années sur l'audit clinique et la réflexion du passage de l'audit clinique à l'évaluation des compétences est venue naturellement. Je dirais que ce sont deux démarches qui ont beaucoup de similitudes.

Quand on a commencé les audits cliniques, il y a une dizaine d'années en France, c'était une nouveauté. Il n'y avait pas vraiment encore cette culture de l'évaluation. Donc, on s'est protégé et on n'a surtout pas voulu parler de l'évaluation des compétences parce que, effectivement, comme le dit Monsieur MATILLON, les règles du jeu n'étaient pas claires. Il ne fallait surtout pas qu'il y ait de confusion. Il y avait beaucoup de craintes sur le terrain, alors que lorsqu'on mène des audits cliniques, on évalue des individus.

Je suis entrée dans cette démarche là et cela me convenait bien parce qu'on n'était pas amené à toucher directement à la compétence. Les années passant, on a de plus en plus d'expérience de l'audit. Ces audits s'inscrivent dans une démarche qualité et progressivement, à un moment donné, on est confronté à la compétence et aux ressources humaines. On ne pourra pas développer la qualité si on ne travaille pas réellement sur les ressources humaines.

Je vais rapidement reprendre le contexte de l'hôpital, surtout en essayant de resituer l'évaluation car ce contexte a été largement présenté ce matin. On est confronté à un problème de raréfaction des compétences du fait de la baisse de la démographie des médecins, des infirmières et des kinésithérapeutes. La mise en place de la RTT a également une influence sur cette question.

On parle de qualité. On veut la développer et, en même temps, on a des problèmes très complexes à gérer au quotidien. Gérer les compétences ça passe aussi par les acteurs. On s'aperçoit que dans les hôpitaux on a de plus en plus d'acteurs qualifiés. C'est une vraie difficulté de pouvoir concilier tous ces paradoxes.

Sur le plan structurel, on s'aperçoit également que nos hôpitaux ont vraiment atteint leurs limites en terme d'organisation et que si on ne reconfigure pas le paysage hospitalier, on ne pourra pas progresser. C'est la même chose pour les structures de coordination à l'hôpital. On n'est pas assez performant. On doit peut-être apprendre à travailler vraiment ensemble en terme de stratégie, mais aussi en terme de mise en œuvre.

Donc, la culture de l'évaluation est effectivement récente et elle s'intègre de plus en plus dans notre structure. On a développé une approche client. On parle beaucoup du patient-client qui a des exigences de plus en plus fortes et qu'il faut intégrer dans notre réflexion. On ne peut plus en faire l'économie et c'est une bonne chose.

Egalement, même si on essaye de réduire les écarts, on est encore malheureusement dans une concurrence de pouvoirs : administratif, médical et soignant. Il ne faut pas le nier, cela existe bien. On doit gérer cela au quotidien.

Sur le plan technique, on assiste à une accélération des technologies. Ceci fait que les soins sont de plus en plus techniques et qu'il faut donc renforcer les compétences. Par ailleurs, les processus clés de l'hôpital sont encore insuffisamment maîtrisés. Par exemple, si on réfléchit sur le circuit du médicament (certains dans la salle sont concernés par ce sujet), on voit qu'il est complexe et que tant qu'on n'aura pas réglé les problèmes de processus, qu'on n'a pas repositionné le chaînage des acteurs et les contributions de chacun, on ne pourra pas améliorer la qualité.

Je passerai sur le système d'information. Tout le monde sait qu'il est encore à développer et que nos pratiques managériales sont aussi à revoir et à dynamiser, pour être plus performant sur ce point là.

L'évaluation, vous le savez, elle est partout, elle est devenue incontournable actuellement que ce soit au niveau externe ou interne. Il faut apprendre à gérer et à rendre cohérente toute cette démarche d'évaluation à l'hôpital qui est trop cloisonné à mon goût.

Donc, dans cette complexité hospitalière, on peut se demander **comment créer des liens entre l'évaluation des pratiques professionnelles et l'évaluation des compétences**, sans créer ou provoquer de confusions ou de craintes, et se demander aussi quels en seraient les bénéfiques pour le patient, pour les professionnels de la structure. Il faut se demander quelle politique d'évaluation adopter. Il faut également réfléchir aux stratégies, aux politiques pour quelles soient beaucoup plus facilement accessibles et compréhensibles et qu'il y ait une meilleure visibilité sur le terrain. Je pense qu'elles sont bien définies par nos directions, mais le problème de l'appropriation et de les faire vivre auprès des professionnels est une réelle difficulté.

Je me suis posé la question de savoir comment on pouvait repérer les démarches d'évaluation dans les démarches actuelles ? J'ai fait référence classiquement au PDCA que beaucoup connaissent. Ce n'est pas nouveau mais il est intéressant de voir qu'il y a beaucoup de points communs.

Dans l'accréditation, Monsieur MATILLON en a parlé tout à l'heure, ces deux démarches sont présentes, mais sont cloisonnées et distinctes. J'espère que dans le prochain manuel d'accréditation, une plus grande part sera faite au management et à l'évaluation.

Je vais vous présenter rapidement l'European Foundation Quality Management (EFQM) qui est une démarche un peu moins connue en France. Ce qui m'intéresse dans cette méthode, c'est la philosophie qui est sous-tendue et qui s'appuie sur le principe que si un "leadership" est fort (pas forcément au niveau de la direction générale), on peut le trouver à tous niveaux : à celui du médecin chef de service, du responsable d'une équipe, du cadre de santé, des présidents d'instances. On a beaucoup de comités et de commissions à l'hôpital et je considère leurs présidents comme de véritables managers. On peut, ensuite, mettre en place des ressources. Ce schéma est intéressant car il fait le lien entre l'alignement des processus et le PDCA. On voit bien que pour permettre une qualité des soins, une qualité de prise en charge, il faut un travail sur les ressources (humaines, matérielles), sur les politiques, les stratégies et les tactiques, pour pouvoir ensuite mettre en place des processus et les améliorer.

Naturellement, on passe ensuite par l'évaluation pour obtenir des performances-clés au niveau de l'hôpital, que ce soit sur le plan financier, managérial ou des soins, etc... Il faut ensuite rebondir sur l'évaluation des processus pour réviser, réactualiser nos pratiques managériales ou nos choix stratégiques dans l'hôpital.

Donc, l'audit clinique et l'évaluation des compétences reposent sur les mêmes principes, les mêmes fondements, la même démarche. Ce qui diffère ce sont les champs d'application et l'objet de l'évaluation.

L'audit clinique est bien connu en France. C'est une démarche qui existe depuis une dizaine d'années, s'appuyant sur un référentiel. Si l'audit clinique s'est beaucoup développé, c'est grâce aux recommandations dont on a parlé ce matin qui sont de plus en plus importantes, de plus en plus diffusées. On ne peut pas faire d'audit clinique sans référentiel et sans s'appuyer sur des recommandations. C'est vrai qu'il y a une accélération de cette pratique d'évaluation en France grâce aux recommandations. Par contre, pour l'évaluation des compétences, on n'a pas ces mêmes référentiels pour travailler.

La méthode des audits cliniques existe depuis une dizaine d'années en France, d'abord expérimentée par l'ANDEM avec Monsieur MATILLON et son équipe et poursuivie par l'ANAES. On a récemment proposé des programmes d'audits à près de 300 établissements de santé. Ceci nous a permis d'acquérir, avec les professionnels des différents établissements, une expérience qui montre qu'actuellement cette méthode est bien comprise, bien maîtrisée, bien connue. Elle ne pose plus de problème. La difficulté principale est que les hôpitaux, en tous cas les professionnels, ont encore beaucoup de difficultés à conduire des audits. C'est la démarche de projet qui n'est pas encore assez bien maîtrisée.

On s'aperçoit que si on n'arrive pas jusqu'à l'amélioration de la qualité, c'est parce que la conduite du projet n'est pas suffisamment performante et que la phase d'amélioration n'est pas suffisamment bien implantée et accompagnée de changement.

Jusqu'à présent, la méthode de l'audit était faite en une seule étape. L'audit comprenait systématiquement l'évaluation. Actuellement, on a souhaité démontrer qu'il existe deux temps distincts : une étape de mesure qui permet de faire un diagnostic et une étape où on travaille sur les améliorations, où on accompagne le changement.

Je considère que l'**audit clinique** et le **programme d'amélioration** qui en découle sont des véritables **aides à la décision et au management**. Pourquoi ? Parce qu'on est dans la coproduction des hommes. De plus en plus l'audit clinique ne concerne pas une pratique correspondant à un corps professionnel. On est de plus en plus centré sur des processus de soin, avec chaînage des acteurs. On est vraiment dans l'idée de dire qu'on n'est pas un plus un mais dans une étape de coproduction intéressante. On s'aperçoit aussi que l'audit clinique permet d'accompagner les professionnels dans l'exercice de leur fonction et de leur responsabilité. On touche beaucoup à la responsabilité. D'ailleurs, quand les choses sont clarifiées, effectivement on peut progresser. Cela a permis, on le sait, l'appropriation des recommandations.

Cette méthode n'est pas la plus performante mais je dirais, par expérience, que si cette méthode est bien conduite, bien accompagnée, on arrive quand même à une appropriation très efficace des recommandations, car il y a une véritable envie de bouger. On s'aperçoit que c'est un véritable accélérateur des connaissances et des compétences. Et là, on touche rapidement du doigt l'évaluation des compétences.

La compétence est liée à l'action. On peut alors faire un premier pont entre l'audit clinique et l'évaluation des compétences. On parle beaucoup de compétence. On peut dissocier compétence individuelle et ou collective. Je trouve qu'à l'hôpital on a besoin des deux. L'un ne va pas sans l'autre. On travaille en équipe. La compétence collective ce n'est pas un plus un. Ca doit être plus que cela.

L'évaluation des compétences doit permettre de répondre à plusieurs questions :

- Est ce que le professionnel est capable de remplir sa fonction ? Même s'il y a une formation qualifiante qui permet d'exercer la fonction, est-ce que dans la situation dans laquelle il travaille, il peut exercer pleinement sa fonction ?
- Quel est son niveau d'acquisition et de développement des compétences ? On demande d'être toujours plus performant, d'acquérir des compétences. Ce n'est pas quelque chose de statique. Il faut donc évaluer régulièrement ce niveau là.
- Est-ce que le personnel s'inscrit dans un travail de collaboration, de coopération à l'hôpital ?

On sait que **l'évaluation des compétences a des objectifs multiples**. Il est nécessaire, au préalable, de faire un référentiel et une analyse de la situation de travail. Les référentiels, contrairement à l'audit clinique, sont encore peu développés. On aborde, de plus en plus, les référentiels-métiers qui nous questionnent beaucoup, qui permettent de bien poser les compétences, les savoirs-faire, les savoirs attendus. Mais ils ne s'inscrivent pas encore dans une dynamique très constructive. On a tendance à voir une défense du métier plutôt que, réellement, une recherche de mobilisation et de référence en terme de compétence.

On voit bien que l'évaluation des compétences est un champ très large. On ne peut pas avoir d'évaluation exhaustive des compétences, et je dirai heureusement d'ailleurs, car il faut aussi laisser la part à chaque individu d'innover, d'être lui-même et de prendre l'initiative. Il me semble qu'il faut s'interroger sur les aspects les plus critiques de la fonction et également sur les compétences transversales qui permettent d'évoluer, de transférer d'une situation de travail à une autre.

Je dirais que, pour l'instant, l'évaluation des compétences repose sur des techniques qui ne sont pas encore tout à fait maîtrisées. On n'a pas tout à fait le même cheminement que dans l'audit clinique qui est une méthode maintenant très cadrée. L'évaluation des compétences n'est pas encore acquise par les professionnels des hôpitaux français. C'est une démarche qui se fait relativement bien et qui est relativement bien comprise et acceptée par l'ensemble des para-médicaux. Pour le corps médical, il me semble que c'est une démarche qui laisse beaucoup d'interrogations, peut-être des craintes. Les administratifs sont dans cette démarche d'évaluation depuis très longtemps. Peut-être à vous médecins aussi de vous interroger. Je crois que si cela se passe dans une démarche de progrès, de reconnaissance et de valorisation des compétences et des individus, il n'y a pas de crainte à avoir. Par contre, comme le dit Yves MATILLON, il faut que les règles du jeu soient claires, qu'on sache pourquoi on le fait et comment on utilise ces résultats là.

Je vais conclure en disant que **ces démarches sont similaires et complémentaires**. Elles reposent sur une décision politique au niveau institutionnel qui amène à l'évaluation, s'appuient sur un référentiel, avec des méthodes de mesure. Elles permettent de faire un diagnostic. Si on mixe les deux, ce qui n'est pas encore fait actuellement, on pourrait tendre vers un diagnostic "socio-qualitatif" qui paraît très intéressant car c'est la complémentarité des deux démarches qui permet de se repositionner dans l'hôpital et d'envisager les projets de façon plus efficace. Elles amènent toutes les deux à une décision, collective bien sur, et aussi à un programme d'actions qui ont pour but de reconnaître les compétences et les professionnels qui exercent les pratiques.

On voit bien que les champs d'application, les déclinaisons se font de façon différente pour l'une ou l'autre et que ces deux démarches ont besoin d'être accompagnées car cela nécessite un changement de pratiques, de culture, dans la vision qu'on a les uns des autres, pour tendre vers une vision commune. Il faut donc se mettre ensuite dans une boucle d'amélioration continue. C'est ce qui fait le progrès de chacun.

Après avoir démontré qu'il y a des démarches similaires entre l'audit clinique et l'évaluation des compétences, il faut maintenant essayer de voir **quels sont les liens plus directs qui existent entre les deux démarches**. On touche le faire, le savoir-faire, le visible.

Dans l'audit clinique, si on prend l'exemple du processus de prise en charge des jeunes suicidaires à l'hôpital, on s'aperçoit que plusieurs acteurs professionnels interviennent. L'audit montre si les actes sont réalisés ou pas. On touche à l'activité qui est faite et qui est contributive à une prise en charge. On identifie donc les compétences, mais on n'est pas à un stade d'évaluation. On pointe simplement les compétences exercées et utilisées pour conduire à un processus de prise en charge. Quand on fait un audit clinique, on peut s'apercevoir qu'il peut y avoir des écarts importants entre l'attendu et le réel. On peut se poser des questions pour savoir quelles sont les causes de ces écarts. Elles peuvent être d'ordre organisationnel (et cela peut se régler assez facilement), d'ordre institutionnel par manque de matériel, de méthode à l'hôpital, mais aussi d'ordre professionnel concernant complètement les professionnels de santé.

De plus en plus, quand on fait des audits cliniques, on travaille sur la démarche qualité et on règle progressivement les problèmes d'organisation, de méthode, de documentation, de procédures. On arrive à un moment donné où l'on a plus tellement de solutions que de **travailler sur les compétences**. On s'aperçoit que lorsque les écarts sont importants, on touche à la résistance au changement des individus, des équipes ou groupes professionnels. On peut avoir des résistances au changement purement liées aux médecins ou aux infirmières. C'est aussi une réalité : on peut aussi mettre en évidence un déficit de compétences.

Si on va encore plus loin, on peut être confronté à un problème de mise en jeu de la **sécurité du patient**. Là, les règles sont précises. C'est comme dans la démarche d'accréditation, lorsqu'on est confronté à un problème de sécurité important. On peut donc mettre en évidence des défauts de compétence, même si ce n'est pas l'objectif de l'audit clinique. Je peux en parler plus facilement concernant le personnel soignant. Mais on n'est pas dans un contexte où on va pénaliser et sanctionner. L'idée est de retravailler sur le problème et de le régler.

Il est donc intéressant de **tirer les conclusions de ces deux démarches**.

Elles produisent de l'information à l'hôpital, information pas toujours très exploitée sur le plan opérationnel, car n'étant pas suffisamment analysée. On a beaucoup de données factuelles qui ne sont malheureusement pas croisées. Il faut donc prendre conscience qu'il y a des liens à mettre en place tant au niveau opérationnel qu'au niveau institutionnel, politique. Et puis, il faut repérer les connaissances et les compétences sur lesquelles il faut capitaliser. Je pense qu'on n'a pas encore cette attitude de faire vivre, de valoriser et de travailler sur les compétences pour les développer afin de produire des soins de qualité.

On peut faire des cartographies des compétences quand on croise les deux démarches. On a des compétences individuelles ou collectives. Soit on fonctionne sur l'implicite, soit on fonctionne sur l'explicite, c'est à dire qu'on écrit des procédures, on rationalise, on décrit les processus ou les circuits d'organisation. De plus en plus, en France, on essaye de standardiser. Il faut trouver le bon équilibre, veiller à ne pas se retrouver dans la rigidité. Par contre, si on est trop dans l'implicite, dans l'individuel, on sera dans le désordre et le chaos. A nous de trouver les bons compromis.

L'idée est de se dire : où veut-on aller collectivement et individuellement ? Faut-il renforcer la culture d'évaluation et de management ? A t-on besoin de développer l'expertise ?

Il y a une réflexion à avoir avec les équipes de direction, les médecins, et les professionnels du terrain qui ont un regard et peuvent apporter beaucoup à l'évolution de la structure.

Pour conclure, je dirais que, pour moi, l'audit clinique et l'évaluation des compétences sont deux modes de reconnaissance de la production et de la coproduction des professionnels. Il faut donc développer les approches-processus, l'approche-compétence et l'approche managériale, et apprendre à capitaliser tout cela de façon efficace.

L'audit des services : l'expérience de la réanimation

Alain TENAILLON (Médecin - Centre Hospitalier du Sud Francilien)

Je vous remercie de votre invitation pour parler d'un sujet qui me tient à cœur. Je parle donc au nom d'un groupe qui s'appelle GRAH (Groupe de Recherche en Audit Hospitalier). C'est une association loi 1901. On n'est pas complètement isolé dans la campagne puisqu'on est en relation étroite avec deux sociétés savantes : la SRLF (Société de Réanimation de Langue Française) et la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation). Y participe aussi la Société de Soins Intensifs Infirmiers. Bien entendu, les audits que l'on fait ne sont pas rémunérés. Seuls les déplacements sont payés car, lorsqu'on va faire des audits, il faut bien ne pas en être de notre poche.

Initialement, nous étions orientés non pas tant sur les pratiques professionnelles (bien que vous verrez que c'était un des objectifs), mais surtout vers l'optimisation de qualité.

Voici un rapide historique du GRAH. En 1992, on devait modifier quelque chose dans mon service et un de mes assistants m'a dit : "pourquoi pas faire venir des gens dans le service pour voir comment on travaille ?". J'ai été un peu choqué puis, finalement, en discutant avec tout le monde dans le service, on a accepté le principe et on a demandé à des gens de venir. La réponse des personnes qu'on a contactées était : "on ne veut pas venir. Pourquoi venir chez vous ?" On a eu du mal à trouver des gens qui veulent venir dans un service pour fouiner. Ils avaient l'impression, comme ils l'ont dit, de "fouiller la merde" et que ce n'était pas leur rôle. Finalement, on a trouvé trois équipes. Un chef de service et un cadre hospitalier ont chacun passé une journée complète dans notre service. Ils nous ont rendu, dans des options différentes (on avait choisi une équipe plutôt administrative, une autre plutôt infectieuse), des renseignements qu'on a fournis au directeur de l'hôpital. Cela nous a beaucoup servi pour modifier le service. On a ensuite publié notre travail et obtenu un prix.

Une des équipes qui avait participé a accepté, peu de temps après, de faire l'audit de son service. A partir de là, on s'est dit pourquoi pas en faire un travail de réflexion globale et on a créé notre structure. Le premier audit standardisé a eu lieu à Agen en 1996. Depuis on en a effectué une quarantaine y compris en Belgique, dans des hôpitaux généraux ou CHU.

Pour en revenir aux motivations initiales, le principe a été de considérer, à travers le peu d'expérience que l'on avait, que le chef de service n'était plus un tabou absolu, que le médecin n'était plus un tabou absolu non plus. Actuellement l'évolution allant plus vers des pratiques collectives, il fallait donc les évaluer. Il était nécessaire d'en passer par là.

Il s'agissait d'une approche de l'évaluation collective, au sein du service, partant du principe que ce n'était pas le chef de service qui pouvait dire : "voilà comment il faut travailler".

Après cela, on a cherché un outil et on a pensé que l'audit était probablement l'élément de transparence le plus adapté. On a regardé la loi hospitalière de 1991 qui incitait à l'audit et à l'évaluation et le code de déontologie qui n'y était pas du tout opposé.

A partir de là, on a repris la définition des auditeurs professionnels et on y a trouvé un peu ce qu'on voulait. C'est à dire que c'était un passage occasionnel dans un service, quelque chose fait pour aider, qui permettait d'apprécier la qualité du service, de porter des jugements. C'était surtout quelque chose qui était fait par des gens extérieurs au service et donc on sortait bien du fait que c'était le chef de service qui faisait tout.

L'audit était donc devenu pour nous un outil d'évaluation et son bras séculier. Il permettait de mesurer les écarts et surtout, pour nous, c'était quelque chose qui n'était pas une expertise, un conseil ou autre, mais plutôt quelque chose qui permettait d'aider les services, de leur donner des conseils mais pas du tout de les sanctionner.

On a donc essayé de regarder dans les différents audits existants. Il y avait des audits dits de qualité, de procédures, etc... En pratique, ce que l'on cherchait c'était la qualité. On est parti sur un certain nombre de principes : la qualité de l'organisation participe à la qualité des soins, la non-qualité coûte cher, la standardisation minimum est indispensable si on veut simplifier le fonctionnement et être capable de trouver une homogénéité de fonctionnement des services de réanimation.

L'objectif du groupe était de créer un référentiel d'organisation, de standardiser un peu le fonctionnement des services, tant sur le plan administratif que médical (et là on retombe sur les pratiques professionnelles), de définir une méthodologie de l'audit qui soit rigoureuse et qu'on puisse reproduire d'une fois sur l'autre.

On a donc essayé de voir ce que c'était qu'un service. Un service ça devenait essentiellement pour nous une association de professionnels différents (aussi bien des médecins, des infirmières, des aides-soignantes, des cadres, des psychologues, etc...). Le problème c'est qu'il y avait deux types de compétences : individuelles, de métier, qu'on peut évaluer, éventuellement, individuellement et surtout, ce qui nous intéressait en fait, des compétences collectives (une infirmière dans son service fait certes son travail d'infirmière mais en même tant elle parle aux familles, elle participe à l'organisation du service, etc...). C'est cela que nous voulions évaluer, qui représentait pour nous le vrai fonctionnement du service. Bien entendu, derrière il y a des locaux d'hospitalisation, des techniques qu'on peut évaluer, des matériels de soin dont on peut juger de la pertinence par rapport à l'objectif du service.

Elément essentiel aussi dont on ne tenait pas compte jusque là chez les médecins, c'est tout ce qui est gestion et organisation. Et enfin, nous avons envisagé la notion de culture de service pour laquelle nous avons un peu balbutié. Avec le Professeur Bertrand GUIDET à Saint Antoine, dans le cadre d'un PHRC, nous avons établi un questionnaire type qui va nous permettre de bien définir ce qu'est la culture du service : managériale ou non, abordant la gestion des conflits ou non, orientée sur le résultat d'une manière assez rigide ou au contraire d'une manière assez libre. A travers cela, on arrive parfaitement à voir quelle est l'évolution et le type du service. Enfin, bien entendu, un service dépend d'un environnement, s'il est dans un CHU ou pas, dans un petit ou un grand hôpital, etc... Le service c'est aussi les clients : non seulement les malades mais aussi les "fournisseurs" (les services qui adressent un malade en réanimation, les laboratoires, l'administration, etc..).

C'est donc tout cela qu'on a cherché à évaluer. Les résultats attendus étaient multiples. En terme de santé, on regardait la mortalité, la morbidité, la durée de séjour etc... Sur le plan économique, y avait-il adéquation des malades dans un service de réanimation par rapport à ses objectifs, adéquation par rapport à un budget, par rapport aux missions ? On estimait le niveau du service par rapport à la démarche qualité et, surtout, son dynamisme. Et enfin, on évaluait les pratiques professionnelles, c'est à dire l'entretien des compétences (la compétence évoluant toujours il faut la maintenir au top), les pratiques collectives (staffs, protocoles, enseignement, recherche, etc...) et, à nouveau, l'évaluation de la culture de service. On estimait, en particulier, la corrélation à la production, la conformité des pratiques professionnelles par rapport aux recommandations et enfin la satisfaction, non seulement des malades et des familles, mais aussi des personnels du service.

Pour cela, on a essayé, tant bien que mal, de trouver un référentiel. A l'époque, il n'y avait pas grand chose en réanimation. On a donc fouillé un peu partout, dans les textes de loi, les recommandations des sociétés savantes ou pas. Finalement, par avis d'experts, on a créé un référentiel qui nous est reproché car il est un peu volumineux puisqu'il comporte 1200 questions. C'est un peu lourd, mais il faut savoir ce que l'on veut faire. Le référentiel a évolué de façon régulière et la dernière mouture est de 2003. Le champ du référentiel est donc représenté par tous les éléments que je vous ai cités tout à l'heure.

Quelle méthodologie avons-nous utilisée ?

C'est celle qui est employé par tous les audits et par l'ANAES. Au départ, on ne voulait pas que ce soit un audit-sanction. Donc la démarche était volontaire. L'audit était demandé par le chef de service et son cadre et/ou le service, en accord avec le directeur de l'hôpital, de façon à ce que cela ne soit pas un audit contradictoire ou demandé par une structure extérieure (DRASS ou autre) contre un service. C'était le volontariat qui nous intéressait.

A partir de là, nous envoyons le référentiel ainsi que des questionnaires à renseigner par rapport au service, aux malades, et à l'administration.

Là encore il s'agit d'essayer d'évaluer le ressenti du service et de ses pratiques professionnelles par l'extérieur du service. Finalement, après analyse de tout cela, une visite qui permet de contrôler. Elle est suivie d'un rapport.

Qui sont les auditeurs ?

On avait deux choix : soit un peu comme l'ANAES, former des auditeurs professionnels qui auraient toujours été les mêmes (finalement, on s'est dit que ce n'était pas notre rôle mais celui de l'ANAES), soit former des gens de terrain, ce que l'on a préféré. Chaque personne qui allait auditer revenait dans son service en rapportant quelque chose et donc, plus on avait d'auditeurs, plus on avait d'amélioration de la qualité dans l'ensemble des services. On a pris des non-professionnels que l'on forme pendant une à deux journées, en proposant un certain nombre de documents et en ne faisant la préparation qu'une fois qu'on les a récupérés. La formation est assurée par un professionnel du groupe qui est permanent afin d'essayer d'avoir une cohérence dans chacun des audits. Il y a six ou sept professionnels pour chaque audit de réanimation. C'est au moins autant ou plus qu'un audit de l'ANAES pour un hôpital ou un service isolé. Il y a donc deux médecins réanimateurs (en principe un de CHU et un de non CHU), deux soignants (un cadre, une infirmière), un directeur d'établissement au moins, un méthodologiste et un permanent de la structure de façon à homogénéiser. C'est volontairement multiprofessionnel pour pouvoir analyser l'ensemble des données.

La préparation de la visite est lourde. On essaye, une fois sur place, de rencontrer tous les intervenants possibles et surtout les intervenants qui dans les questionnaires de satisfaction ont été, soit trop satisfaits, soit pas assez, pour essayer de comprendre.

On essaye de récupérer un maximum de documents possibles (procédures etc...) pour bien analyser le service.

Comment se fait l'exploitation des informations ?

On tente de faire la description du système, pour essayer de voir comment fonctionne le service et quelle est sa culture. L'objectif, là encore, n'est pas d'être que négatif, mais aussi de bien recenser les forces positives pour deux raisons : pour valoriser les soignants et le service d'une façon générale et pour les réintégrer dans le référentiel, pour les référentiels futurs et faire progresser, ainsi, l'ensemble des autres services de réanimation.

Les réponses au questionnaire se font par oui ou par non (la réponse oui est une réponse que l'on veut qualité et la réponse non est une réponse non-qualité). A partir de là, un coefficient d'adéquation permet d'avoir, même si c'est un peu arbitraire, un chiffrage et des courbes qui permettent au service de se situer par rapport à lui-même et par rapport aux autres services.

On a essayé d'établir des recommandations, pour aider les services. C'est le rôle qu'on s'était fixé au départ. On a essayé de graduer ces recommandations, là encore de façon à ce qu'elles soient possibles à réaliser. Y a t-il urgence à faire quelque chose dans un service ? Dans ce cas il faut le faire de suite, même si cela peut coûter cher. Pour le reste on a analysé pour chaque recommandation : faisabilité, moyens, projets hospitaliers, etc..., de façon à ce que ce soit réalisable.

Enfin, qu'en est-il du rapport d'audit ?

On a beaucoup veillé à cet élément qui est fondamental et ceux qui ont travaillé pour l'ANAES le savent très bien. Il faut être très clair dans ce rapport, très précis. Il ne faut pas y mettre de sentiments personnels. Il faut tout justifier, avoir les preuves de ce que l'on dit. Ce n'est jamais très facile quand on n'a pas d'auditeurs professionnels. C'est le rôle de l'un de ceux qui fait partie du groupe de corriger le rapport, non pas de l'orienter, mais de corriger ce qui pourrait être choquant.

Qu'est ce qu'on a obtenu au niveau des résultats ?

Quels sont les gens qui nous ont demandé à être audités ?

Il y a plusieurs types de personnes. Il y a ceux qui cherchaient un bilan dans le cadre d'une pratique professionnelle. Ils ne savaient pas où ils en étaient, s'ils travaillaient bien ou pas. Ils nous ont demandé de venir. Pour d'autres, l'évaluation était demandée avant une restructuration de service (ce qui était notre cas). On ne sait pas trop quoi faire ni comment on va faire. On décide donc d'avoir une évaluation. Cela peut être aussi un bilan avant un changement de chef de service, avant un renouvellement. D'autres, à travers l'organisation de l'hôpital, se lancent dans une démarche qualité. Ils font l'audit et le bilan avant pour repartir ensuite sur ces bases. Certains nous ont fait venir, notamment dans certains CHU, pour dire : "voyez comme je suis beau et si vous confirmez que je suis beau je pourrai diffuser votre document". Enfin, il y a eu des demandes répondant à des objectifs particuliers qui nous ont un peu gêné. De temps en temps, on nous demandait de dépasser notre tâche en disant : "venez, on veut regrouper deux hôpitaux, deux structures, est-ce que c'est bien ou pas ?" Là, visiblement, on était gêné aux entournures, car ce n'était pas du tout notre rôle et on a été très prudents.

Au niveau des audités, en première intention, la procédure est généralement bien vécue. Ils vous reçoivent très bien (on passe en général trois jours dans les services, aussi bien de jour que de nuit). Par contre, quand on rend le rapport, généralement cela se passe très très mal.

Pourquoi ? Parce que même ceux qui nous font venir pour savoir où ils en sont ont toujours l'impression qu'ils travaillent bien. Donc, dès que vous faites une critique, cela est mal vécu, notamment pour ceux qui disent : "venez voir comme je suis beau". Il y a un service hospitalier universitaire que je ne citerai pas qui nous a envoyé 18 pages de commentaires et d'injures concernant le rapport qu'on avait envoyé. Mais cela n'est pas grave. Ceux qui réagissent comme ça traduisent qu'ils ont pris le problème en mains, qu'ils se le sont approprié et derrière c'est ceux qui ont été les plus réactifs. Le pire c'est donc le service qui prend le rapport, le met dans un coin et c'est tout.

Pour les auditeurs, c'est un travail énorme.

Pour les services, c'est une motivation. Les services qu'on a rencontrés tournent bien, l'ambiance est bonne, l'absentéisme est faible. La qualité des soins, là encore en terme de pratiques, est bien vécue par les soignants.

Concernant les résultats globaux négatifs, dès qu'on a commencé, on s'est aperçu qu'il n'y avait pas de culture réglementaire, pas de culture de l'écrit, pas de culture d'évaluation. On travaillait bien ou on sentait qu'on travaillait bien. On n'avait pas de preuves.

Si on essaye d'évaluer par le coefficient d'adéquation dont je vous ai parlé, on voit, globalement, que ce n'est pas très bon pour les 40 services audités. On a donc des progrès à faire. Pour chacun des critères listés, le service peut se situer par rapport aux autres et ceci est très parlant pour les gens. Quand vous dites c'est bien ou c'est pas bien, ça veut pas dire grand chose. Quand vous dites : sur tel point vous êtes bien situé, même si c'est un peu arbitraire, c'est toujours quelque chose de positif.

Après cela, on a essayé de comparer à travers les résultats que l'on avait, pour 18 hôpitaux, quelle était la satisfaction des soignants et des médecins par rapport à leur structure. Si on regarde ce travail, on voit que la position n'est pas toujours la même. Par exemple, les infirmières jugent moins bien le fonctionnement du service que les médecins. Ces derniers sont contents, organisateurs, etc... Donc, il faut absolument qu'on soit évalué par d'autres gens. Si l'on replace les médecins et les infirmières auditeurs par rapport à cette évaluation, on voit qu'ils ont une vision encore plus pessimiste que les gens du service audité.

En ce qui concerne le suivi, nous avons essayé de retourner systématiquement dans le service audité 1, 2 ou 3 ans après, mais nous ne l'avons pas toujours fait. Lorsque nous ne sommes pas retournés sur place, nous avons envoyé un questionnaire d'évaluation secondaire pour savoir ce qu'il avait été retiré de l'audit, surtout par rapport aux recommandations que nous avons élaborées. Est-ce qu'elles avaient fait évoluer les services audités ?

Indiscutablement, on a l'impression que l'audit a joué un certain rôle dans ces services et qu'on a pu, malgré tout, améliorer quelque chose. L'audit a eu un rôle de formation interne et de formation externe.

Selon les endroits, la transmission du rapport a été très variable. Il a été parfois transmis (et analysé) à la CME, parfois à la DASS pour faire valoir un certain nombre de choses. Mais nous n'intervenons pas à ce niveau là.

Il reste malgré tout que l'impact est insuffisamment précisé, que nous avons peu d'indicateurs de résultats et peu d'indicateurs précis de pratiques. Nous essayons d'améliorer cela au jour le jour.

En conclusion, on pense que ce type d'audit s'insère parfaitement dans l'évaluation de la démarche globale de la qualité, qu'il permet d'apprécier la diffusion de l'application des recommandations (puisque l'on voit dans les services ce qui est fait ou pas). Il semble améliorer le fonctionnement des services.

La démarche est donc possible et réalisable. Elle est acceptée quand elle est volontaire. Elle est aussi perfectible. Vous avez vu qu'on a une expérience ponctuelle sur une quarantaine de services. Cette démarche peut-elle servir à l'ANAES qui s'oriente vers l'évaluation des pratiques professionnelles dans les services ? Est-ce que cela doit revenir aux sociétés savantes ? Est-ce qu'une généralisation est envisageable ? Je suis incapable d'en juger.

Evaluation individuelle et collective des pratiques professionnelles en médecine libérale, une expérience originale

Présentation par Jean-François DURR (ANAES - Centre Hospitalier de Freyming Merlebach) de l'exposé de Pierre CLAVEIROLE (Médecin habilité par l'ANAES pour l'EPP), n'ayant pu être présent.

Effectivement je me retrouve avec la difficile mission tout d'abord de terminer la matinée alors que vous avez faim et ensuite de remplacer Pierre CLAVEIROLE sur un sujet que je connais très mal. Heureusement, il m'a bien aidé car nous avons eu une longue conversation téléphonique. J'ai eu aussi la chance de rencontrer Michel DOUMENG, chef de service de l'évaluation des pratiques à l'ANAES, et nous avons revu tout cela ensemble.

L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine libérale est un enjeu professionnel important puisqu'elle est destinée à mettre en assurance qualité le fonctionnement de la médecine libérale et à améliorer le service rendu au patient.

C'est un décret de 1999 qui institue l'évaluation individuelle et collective, visant à améliorer la qualité des soins. Cette évaluation étant réalisée à la demande du médecin, elle est donc volontaire.

Il y a **trois acteurs** dans cette démarche :

- les médecins libéraux :
 - o médecins habilités comme l'est Pierre CLAVEIROLE
 - o médecins engagés : ils s'engagent volontairement dans la démarche de l'évaluation non sanctionnante des pratiques professionnelles. Il n'y a rien à gagner en s'évaluant et rien à perdre en ne s'évaluant pas.
- l'ANAES qui a conçu le dispositif théorique pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et qui a créé les outils permettant de la réaliser. On peut trouver sur le site internet (www.anaes.fr) la plaquette des 10 questions sur l'EPP, le guide du médecin engagé, le guide du médecin habilité et 20 référentiels de pratique. L'ANAES est chargée de former les médecins habilités.
- Les URML qui sont chargées de mettre en place et d'organiser l'évaluation des pratiques professionnelles. Elles ont aussi pour mission de mettre en place l'évaluation de cette expérimentation, car, pour l'instant, ce n'est qu'une expérimentation.

Permettez-moi une remarque : c'est une sacrée gageure que de faire travailler ensemble un organisme public tel que l'ANAES et des unions à forte connotation syndicale.

Actuellement, il y a une expérimentation dans quatre régions françaises : en Ile de France (d'où est originaire Pierre CLAVEIROLE), en Lorraine, dans le Nord-Pas de Calais, en Basse-Normandie. Les objectifs sont de voir comment se met en place le dispositif, si la procédure est totalement réalisable, si elle est utile, et comment l'améliorer avant de la généraliser.

L'évaluation des pratiques professionnelles est donc volontaire, totalement confidentielle, non sanctionnante. C'est un service rendu par un pair qui va apporter son aide méthodologique au confrère désirant auto-évaluer sa propre pratique. De ceci découlera l'évaluation des besoins de formation du praticien pour réaliser une amélioration.

Bien sur **il y a des freins**. Ce n'est pas dans la culture médicale française. L'ANAES et les URML ne sont pas toujours perçues positivement par les médecins libéraux. Il y a une faible incitation et une peur du "flicage" ou d'une dévalorisation.

Il y a des difficultés pour les médecins habilités. C'est, soit d'être trop normatifs dans leur jugement, soit, à l'inverse, de se contenter d'une conversation sympathique avec le confrère et de rester très au dessous des problèmes à évaluer. Le médecin habilité doit se situer entre les deux niveaux. Il est considéré par l'ANAES comme un facilitateur de l'auto-évaluation du médecin engagé dans l'évaluation des pratiques professionnelles.

Qui sont les médecins habilités ?

Pour la région Ile de France, à la fin 2002, il y avait 36 médecins habilités, tous libéraux (21 généralistes et 15 spécialistes) sachant qu'au niveau national (pour les quatre régions en expérimentation), il y a 139 médecins habilités formés à partir de 520 candidatures reçues par l'ANAES. Actuellement une deuxième vague est en formation pour étendre la démarche à l'ensemble des régions françaises.

L'habilitation est prononcée pour 5 ans.

Les médecins habilités sont sélectionnés sur CV avec lettre de motivation, ce qui n'est déjà pas habituel pour les médecins. Ils doivent avoir une expérience en pédagogie (faire partie d'organismes de FMC ou d'enseignement à la Faculté), en évaluation, dans le domaine de la recherche et avoir un exercice libéral depuis plus de 5 ans. Ils sont soumis à un entretien psycho-comportemental par un cabinet de recrutement. Là non plus ce n'est pas facile, car ils n'y sont pas habitués. Ils sont formés par l'ANAES à raison de deux séminaires de 3 jours avec des réunions annexes régulières. Ils doivent s'engager eux-mêmes dans un cycle d'évaluation

des pratiques professionnelles avec un pair, avant de commencer à intervenir à l'extérieur. La première évaluation des pratiques professionnelles c'est la leur.

Comment cela se passe-t-il pour le médecin qui s'engage dans la démarche ?

Le médecin volontaire, généraliste ou spécialiste, qui veut s'engager dans la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles doit adresser une demande à son URML. Celle-ci va désigner le médecin habilité qui va le prendre en charge. Il y a un premier contact téléphonique entre les deux, sachant que l'URML a envoyé l'ensemble des référentiels au praticien qui a décidé de s'engager. Le médecin engagé et le médecin habilité vérifient qu'ils ont bien tous les documents en main et que les documents sont compréhensibles. Tous deux vont ensemble choisir deux référentiels sur lesquels ils vont travailler. Ils n'ont pas le choix concernant l'un des deux car il y a obligatoirement une évaluation sur la tenue du dossier médical. Ensuite, le médecin engagé va réaliser son auto-évaluation (audit de pratique simplifié). Le résultat de cette auto-évaluation est adressé au médecin habilité qui se rend au cabinet du médecin engagé où il va passer environ 3 h 30. Le médecin habilité fera un compte-rendu de la visite et adressera une attestation de fin de mission.

Comment se passe l'auto-évaluation ?

Outre le premier référentiel utilisé et qui concerne forcément la tenue du dossier médical, le thème du deuxième audit va être choisi par les deux médecins à partir de plusieurs critères (il doit correspondre à l'activité effective du médecin engagé). Il y a ensuite une sélection aléatoire des dossiers. Ca doit être rapidement faisable en quelques jours d'exercice.

Le but est de mettre en évidence ce qu'on appelle des gisements de qualité c'est à dire des points améliorables. Les médecins engagés sont incités à l'analyse des causes et même à proposer des moyens d'amélioration. La grille d'auto-évaluation, remplie par le médecin engagé, est retournée par voie postale au médecin habilité.

Quels sont les référentiels de pratiques ?

- la tenue du dossier du patient car l'ANAES dit : "il ne peut pas y avoir d'évaluation sans dossier" et ensuite "la qualité du dossier c'est le reflet de la qualité des soins". Il y a six déclinaisons : médecine générale, dermatologie, gynécologie, neurologie, ORL et cardiologie. Je vous transmets une remarque de Pierre CLAVEIROLE : "on ne comprend pas bien pourquoi il y aurait des dossiers différents chez les médecins, mais c'est comme ça".
- 20 autres référentiels : c'est là dessus que portera le deuxième audit. Ils sont divers : médecine générale, référentiels de spécialité (par exemple, pour le cardiologue, on ira voir comment il prend en charge l'insuffisance coronaire ou pour l'ORL les

adénoïdectomies). Pour le généraliste, on regardera les vaccinations ou la sécurité de prescription chez le sujet âgé.

Chaque référentiel est basé sur des recommandations de pratique clinique existantes. Il indique des objectifs de bonne pratique. Il est décomposé en éléments clés (exactement comme le manuel d'accréditation) qu'on appelle les critères, associés à des questions qu'on appelle des indicateurs qui figurent sur les grilles de recueil pour vérifier si le critère est satisfait. Par exemple, dans la bonne pratique de prise en charge du diabète de type II, il est dit qu'il faut faire réaliser un fond d'œil tous les ans, c'est le critère. L'indicateur c'est : on retrouve effectivement dans le dossier une trace d'un fond d'œil datant de moins d'un an.

Les référentiels de pratique ont été écrits par des professionnels suivant une méthodologie élaborée par l'ANAES. Actuellement, les sociétés savantes sont en train de s'approprier cette méthodologie et de réaliser leurs propres référentiels pour leurs spécialités.

A la suite de l'auto-évaluation, a lieu **la visite du médecin habilité**, qui est donc un accompagnement personnalisé dont le but est vraiment une facilitation de l'amélioration de la qualité. La démarche est positive et conviviale avec des échanges sur les dossiers. La méthodologie de la visite est très précise. Les médecins habilités n'ont pas à en sortir. Le questionnement s'appuie sur les référentiels, non sur les opinions. Au cours de la visite, il va y avoir une synthèse des points forts et des points faibles qui peuvent être améliorés. Le but est de faire émerger un projet d'amélioration de la qualité.

Le médecin habilité rentre chez lui et va avoir un mois pour rédiger **le compte-rendu** de sa visite. Celui-ci ne sera adressé qu'au médecin engagé. Il reprend l'ensemble des données du cycle. Il est totalement factuel mais il s'efforce de dégager des pistes sur les moyens possibles d'amélioration de la qualité, qui ont été, en fait, déjà discutés lors de la visite. Vis à vis de l'URML, le médecin habilité n'adresse qu'une attestation de visite.

La mission d'un médecin habilité dure environ deux mois. Il est rémunéré.

Il existe, parce que la loi le permet, une possibilité de faire une **évaluation des pratiques professionnelles collectives**. En fait, il s'agit d'une évaluation de pratiques individuelles réalisée collectivement. On ne va pas évaluer le fonctionnement d'un groupe. Il peut s'agir, par exemple, de 10 généralistes qui font partie d'un même groupe local de FMC ou de 10 spécialistes qui ont la même spécialité et qui ont décidé de s'engager dans une démarche d'évaluation. L'URML peut dire : "ça serait bien, pourquoi pas, que vous fassiez cette évaluation ensemble".

Comment ça se passe ? En fait, chaque praticien du groupe (pas plus de 8 à 12 médecins) va réaliser son auto-évaluation, individuelle, à partir des mêmes référentiels. La restitution et

l'analyse des résultats se fera devant l'ensemble du groupe avec un rendu des résultats totalement anonyme, à chaque médecin étant affecté une lettre ou un chiffre qui lui permet de connaître ses propres résultats mais pas de connaître ceux des autres.

Le grand intérêt est de pouvoir rechercher, de façon collective, des actions d'amélioration à mettre en place et, par exemple, une formation collective.

Voilà la différence entre l'évaluation individuelle et l'évaluation collective.

En conclusion : c'est une expérience unique d'évaluation des pratiques professionnelles à la française. L'intérêt c'est déjà le fait que la méthodologie paraît bien fixée, qu'il y a un respect total de la déontologie (cela se fait en toute confidentialité). Cela fait émerger une nouvelle confraternité entre les médecins habilités et les médecins engagés. Le problème du financement reste entier. On peut se demander si cette évaluation des pratiques professionnelles ne va pas devenir un des supports favoris de la FMC agréée.

Je vous remercie. J'espère avoir traduit l'esprit de Pierre CLAVEIROLE.

DISCUSSION

Françoise JUNGFER (Centre Hospitalier de Sens)

Pour lancer la discussion, j'ai une question pour Alain TENAILLON. Puisque cela fait un moment que vous faites cela, est-ce que de façon objective ou même de façon intuitive, vous avez l'impression que la procédure d'accréditation a changé quelque chose ? En d'autres termes, quand vous avez débuté, je suppose que vous êtes allés dans des services dont l'établissement n'était pas rentré dans la démarche d'accréditation. Maintenant ce n'est probablement plus le cas. Est-ce que cela a un impact sur le résultat de vos audits ?

Alain TENAILLON (Centre Hospitalier Sud Francilien)

Pour l'instant on ne s'est pas trouvé dans cette situation. Par contre, on a des établissements dans lesquels on était passé et qui ont eu secondairement l'accréditation. La réponse des directeurs, puisqu'on est repassé dans ces services, c'est que cela les a beaucoup aidé au niveau du service, au niveau de l'établissement. A travers les questions posées à tous les services, indiscutablement on a aidé à "faire passer" la notion de démarche qualité pour l'établissement. A l'inverse, je n'ai pas eu d'hôpital déjà accrédité qui nous ait demandé d'audit. Nous en pâtissons un peu, car on sent que les hôpitaux qui sont en cours d'accréditation ou accrédités ne demandent plus d'évaluation de service. Les demandes actuelles concernent des services non encore accrédités.

Jean ARNAUTOU (Centre Hospitalier d'Agen)

J'ai aussi une question pour Alain TENAILLON. Il me semble avoir compris, à la fin, que vous refusiez de prendre parti sur un caractère volontaire ou obligatoire, un caractère professionnel intégral ou confié à une agence. Il me semble que vous avez dit : "je réserve ma réponse personnelle". Je voudrais votre réponse et peut-être un commentaire.

Alain TENAILLON (Centre Hospitalier Sud Francilien)

Si vous voulez, la démarche que l'on avait choisie au départ était volontairement une démarche orientée sur le désir des services, donc un volontariat des services. Nous n'allons pas changer en tant que groupe extérieur. On ne peut pas s'imposer en tant qu'instrument d'étatisation ou instrument de sanction. Nous, on en reste là. Simplement, effectivement, alors qu'au départ on

était un groupe isolé, on est progressivement devenu non pas une émanation mais, disons, une lourde implication des sociétés savantes.

On s'étend maintenant aux services d'anesthésie-réanimation. Les urgences ont fait un peu comme nous. La gastro-entérologie nous a demandé de travailler avec eux pour faire un peu la même chose. Après, c'est soit comme ce qui se passe en Suisse sur les sociétés qui "accréditent ou certifient" les services et pas les individus, soit c'est effectivement dans le cadre de l'évolution de l'ANAES qui veut passer à une évaluation des pratiques professionnelles dans les services. L'ANAES peut se retourner vers les sociétés savantes et nous on sera le bras exécutif de la société savante. C'est plus comme ça que je l'envisage, mais ce n'est sûrement pas à nous de prendre la décision.

Jean ARNAUTOU (*Centre Hospitalier d'Agen*)

Je voudrais livrer une réflexion historique. J'ai pris tout à l'heure les habits du prêtre dans son confessionnal. Je vais maintenant prendre les habits plus normaux du médecin hospitalier, c'est à dire le manteau et la couronne royaux.

Je travaille non pas dans un hôpital mais dans un centre hospitalier. Au centre de ce centre hospitalier il y a un service, le mien, et au centre de ce service, il y a un médecin : moi. Il est bien évident que la vie serait heureuse s'il n'y avait pas juste à côté, un autre service qui, lui aussi, est au centre du centre hospitalier et, croyez le, au centre de ce service, un autre médecin... Et c'est toi ou c'est l'autre. La difficulté c'est d'être en permanence en compétition avec ces autres "rois soleil" pour l'attribution des ressources qui, comme vous le savez, sont plutôt maigres.

Alors, moi, je venais au GERHNU J'y suis venu pendant des années. J'avais pris au GERHNU une recette pour essayer de faire s'harmoniser les roitelets des services hospitaliers. Cela s'appelait le projet de service. Il convergeait vers un projet d'établissement négocié et conduisait, harmonieusement, à faire en sorte que moi et l'autre on ait à peu près ce qu'il fallait pour que nos services fonctionnent bien dans l'absolu, dans la collégialité, dans la concertation.

J'ai été à ce point imbu des idées du GERHNU que je suis venu un jour Président de la CME, par défaut. J'ai mis ça en place dans le centre hospitalier où j'exerçais. Avec Jacques CHAPERON, un ancien du GERHNU lui aussi, on a fait un gros machin dont je peux vous dire 10 ans après que les gens qui y ont travaillé disent : "tu sais, cela ne nous a rien rapporté ton machin. Ça nous a enquiné pendant des mois et ça ne nous a rien rapporté pour l'évolution de notre service".

A Agen, l'un d'entre nous avait refusé de participer à ce machin. Quelque temps après que j'ai cessé d'exercer ce pouvoir présidentiel surajouté à mon pouvoir royal, il a fait venir le GRAH

pour faire un audit de son service parce que manifestement il ne savait pas. Il était dans la catégorie de ceux qui ne savaient pas. "Est-ce que je fais bien ? Est-ce que je fais mal ?". Sans doute que je fais mal disait-il, avec force, à ses collègues.

Voilà ce que je peux observer. Par la suite, son service a cru et embelli de façon tout à fait remarquable, au point que, pratiquement 10 ans après, l'hôpital où je sers et je continue à servir (pas lui, lui il est parti) gravite autour de son service tout entier. Il a été propulsé aux fonctions de Président de CME (il n'y a aucune rivalité, car je ne l'étais plus depuis bien longtemps) et, je le répète, jugeant que la boucle était bouclée, il est parti. Il est parti très loin. On peut dire aux antipodes.

Alors, je recommande à ceux qui veulent agir de cette manière pour faire reconnaître qu'ils ont certainement de très gros besoins, de se faire accréditer. Non pas que je pense que notre collègue TENAILLON et ses pairs soient venus dire des choses excessivement méchantes à ce collègue pour qu'il puisse en exprimer de très gros besoins, mais parce, que tout simplement étant seul à faire ça, vous avez un maximum de chances que dans votre institution ça passe vraiment pour une absolue nécessité de venir au secours, surtout si on se met à en parler un peu ailleurs.

Je redeviens tout à fait sérieux, mais tout ce que je viens de vous dire est absolument exact.

Si je pose la question à TENAILLON, c'est pour savoir si, en fait, il ne pense pas que, maintenant que ce mécanisme est lancé (et j'adhère à ce mécanisme évidemment) il faut que tout le monde joue le jeu. Il faut qu'il y ait un jeu unique et il ne faut pas que le fait de se faire évaluer, de s'auto-évaluer soit une espèce de manière de doubler et de prendre la file ultra-rapide pour ceux qui ont compris le système. Il faut que cela devienne une règle. Est-ce que vous en êtes convaincu de votre côté ?

Alain TENAILLON (Centre Hospitalier Sud Francilien)

Si on ne s'est pas appelé au départ groupe de recherche en audit en réanimation, c'était que l'on pensait que c'était une démarche qui devait se généraliser et qu'on a essayé de faire des émules. On a eu les urgences, mais c'était très proche de nous. Je crois que les kinésithérapeutes ont fait aussi quelque chose comme cela. Actuellement, la gastro-entérologie essaye de le faire. Je pense que c'est une démarche qui, de toute façon, va être demandée, à un moment ou à un autre, par rapport à l'évaluation des services dans le cadre de l'ANAES. Indiscutablement, je pense que c'est une démarche pour tous les services.

Pierre DURIEUX (CHU Broussais - Hôtel-Dieu)

Je voulais intervenir sur la deuxième présentation. Bravo pour le collègue qui a présenté l'évaluation pour la médecine générale. On peut le nommer médecin généraliste d'honneur... Il a abordé deux aspects : pourquoi c'est pas fait à l'hôpital et l'EPP à la française.

L'EPP à la française ça m'énerve un peu parce que j'ai essayé de montrer ce matin qu'il n'y a pas de spécificité française. C'est à dire que les techniques qui marchent partout, par exemple dans les pays anglo-saxons, marchent en France et l'inverse. Il n'y a pas de raison qu'on ait une spécificité française. Pour cela, je souhaiterais bien qu'il y ait une vraie évaluation de cette démarche et la seule évaluation que je connaisse c'est l'étude expérimentale. Il y aurait eu, il y aurait tout à fait le moyen de faire un essai contrôlé randomisé sur le sujet.

Une question m'intéresse : puisqu'on évalue deux pratiques du médecin généraliste (le dossier et une deuxième pratique), le médecin chez qui on évalue la pratique de vaccinations est-ce qu'il s'améliore sur la vaccination et aussi sur ses autres pratiques ? Sinon on pourrait dire : celui-là est labellisé pour la vaccination mais pour l'hypertension artérielle il ne l'est pas. Est-ce que la démarche modifie l'ensemble ?

Une autre chose m'inquiète un peu s'il y a transposition à l'hôpital : c'est le côté syndicaliste. Je ne sais pas si on peut en parler. Les URML, quand je les entends parler dans certaines réunions, j'ai l'impression que c'est comme ça que devaient être les staliniens au début des années 50. Je souhaite que si cela se transpose au niveau de l'hôpital, on réfléchisse vraiment à la façon de le mettre en œuvre et à qui le met en œuvre. Vraiment cela me gêne un peu. Je ne sais pas ce que Jean-François DURR pense de ça.

Jean-François DURR (Centre Hospitalier de Freyming Merlebach)

Je peux répondre partiellement. J'avais demandé à Yves MATILLON de répondre car il connaît cette question mieux que moi, mais je crois qu'il est parti. Je vais quand même répondre à la question concernant le médecin par rapport à la vaccination. Est-ce qu'il n'est bon que là dedans ? En fait, c'est le stade de l'expérimentation. Pour l'instant, dans la majorité des régions, il n'y a eu qu'une seule visite. C'est vraiment le début de la démarche.

Concernant l'EPP à la française, c'est une expression du service d'évaluation des pratiques professionnelles de l'ANAES. A l'ANAES on m'a dit : voilà les questions que tu vas sûrement avoir et voilà les réponses. Cette question de l'EPP à la française était dans le lot. La réponse est la suivante : il y a deux expériences étrangères d'évaluation des pratiques professionnelles en médecine libérale. Au Canada, on repère les mauvaises pratiques et on les sanctionne. En Angleterre, on bonifie les bonnes pratiques. En France, comme je vous l'ai dit c'est non sanctionnant. C'est la particularité française de l'évaluation des pratiques.

Pierre DURIEUX (CHU Broussais - Hôtel-Dieu)

C'est à dire que tant qu'on est au niveau expérimental, on n'aura pas la preuve de l'efficacité de ce type de démarche. Je ne sais pas si vous savez, mais si on devait faire ça dans toute la France, le coût que cela représenterait serait énorme.

Evaluation des pratiques professionnelles médicales : le point de vue de la Faculté

Professeur Jacques ROLAND (Président de la conférence des doyens)

J'ai une tâche qui n'est pas forcément difficile, c'est celle de vous tenir éveillés. Je sais que vous êtes plein d'ardeur et tout le temps attentifs quand il y a une réunion du GERHNU.

Ma tâche est difficile à cause d'un décalage culturel qui peut exister, au sens où comme je vais essayer de vous le montrer, l'expérience de l'universitaire que je suis, est plus par rapport à des individus que par rapport à des systèmes, par rapport à des maladies parfois plutôt qu'à des malades (je ferai évidemment des correctifs là dessus). Naturellement, nous nous interdisons d'un point de vue politique d'intervenir dans le champ professionnel parce que nous n'avons qu'une peur, c'est d'apparaître comme les gendarmes de la profession. Nous estimons, en effet, que nous sommes des producteurs d'enseignement, de connaissance. On essaye de le faire du mieux qu'on peut, en particulier avec la recherche. Mais en même temps, ce que l'on veut c'est être présent dans la profession, mais surtout sans jouer ce rôle qui serait le rôle castrateur que, peut-être hypocritement, nous laissons à d'autres. Si j'ai dit rôle castrateur, vous voyez bien déjà le côté un peu subjectif de la réflexion.

Déjà, on est dans ce concept parce que nous sommes plus habitués à des termes comme diplomation en allant timidement vers la qualification, vers la certification. Dans l'évaluation vous le savez aussi, on a bien du mal.

Le problème, c'est celui de certification parce que tant que les études en France seront réalisées comme elles le sont, notre société sera incapable de certifier des médecins à la fin des études. Pourquoi ? Parce qu'on a décidé, ce qui est une chose tout à fait originale, qu'il y aurait le **concours de l'internat**. C'est tout à fait original car vous savez que dans les grands pays autour de nous ça n'existe pas. C'est tout à fait original car cela reste bonapartiste alors que nous sommes en république. C'est tout à fait original parce que cela donne à nos jeunes, à nous tous qui l'avons été, à vous tous, la conscience qu'on est déjà arrivé au sommet alors qu'on n'a pas été formé d'un point de vue du métier lui-même. On est au sommet des connaissances théoriques. On a travaillé magnifiquement, on s'est donné beaucoup beaucoup de peine. On est rapide. On a de la mémoire. On sait faire une synthèse. On est les "rois du pétrole".

Après, quand on doit apprendre réellement son métier à partir de ce socle incontestable de connaissances (il faut dire que les étudiants en médecine français se défendent tout à fait bien dans le concert international), on ne supporte plus rien. Quand il va falloir juger des pratiques

et juger réellement le jeune professionnel, il n'est pas d'accord du tout. On part avec une contre-culture. Ne croyez pas qu'elle vient des Doyens puisque justement nous nous battons contre cela. Nous avons essayé de casser l'internat, mais nous n'y sommes pas parvenus. Nous avons perdu ce combat. Je l'ai perdu en tant que Président de la Conférence des Doyens. J'en profite d'ailleurs pour dire que, gentiment, vous m'avez maintenu comme Président dans le programme, mais que je ne le suis plus.

Déjà on part donc dans un concept qui est un mauvais concept du point de vue des études et qui va contre l'état d'esprit qui nous anime tous par ailleurs. J'ai un parti pris en faisant cet exposé c'est de m'abstraire complètement de ce que vous avez entendu aujourd'hui. Il n'est pas question, pour moi, de dire : je suis d'accord avec tout le monde. Je tiens, toutefois, à remercier Yves MATILLON d'avoir initié tellement de choses. Je souhaite que ses missions réussissent, en particulier la dernière. Il n'est donc pas question de revenir là dessus.

Il est tout simplement question d'exposer le concept des universitaires médicaux par rapport aux pratiques d'un jeune qui était junior et qu'on doit transformer en sénior. Donc, je vais essayer de vous montrer quels sont les procédés qu'on peut essayer d'avoir dans notre 3^{ème} cycle (attention, les méthodes pédagogiques, ne sont pas celles qui vous ont permis d'avoir le beau titre et les belles fonctions que vous avez, pas plus que moi, d'ailleurs). Il faut penser que, maintenant, les études ce sont beaucoup moins de cours magistraux. Dans le 2^{ème} cycle, ce sont des apprentissages par problèmes au raisonnement clinique. Malheureusement l'internat nous casse. Dans le 3^{ème} cycle, heureusement, et grâce en particulier à la médecine générale, on a essayé de faire bouger un peu les choses.

Naturellement, on fait de la théorisation, mais on va faire aussi de **la pratique par les stages**. Je voudrais ajouter (car cela ne vous est certainement pas assez familier) que si on fait des stages hospitaliers vous savez aussi qu'il y a aussi des stages chez les médecins libéraux. Cela se rapporte à des méthodes, des conceptions, une ouverture différentes. Dans ce qui a été dit ce matin sur les EPP, en particulier chez les libéraux, il est bien certain qu'on ne peut plus voir les choses de la même façon pour nos chères études.

Je m'appuie beaucoup sur les travaux de quelqu'un que j'admire beaucoup, qui est médecin interniste à Brest et qui s'appelle Jean JOUQUAN. Je vous conseille tout à fait de lire ses travaux, en particulier dans une excellente revue franco-canadienne (la revue de pédagogie médicale). Jean JOUQUAN nous aide beaucoup à conceptualiser. C'est un de ceux qui nous font bouger. Il insiste sur le fait que nous, les enseignants, on va amener du savoir.

La pratique ça va être autre chose et ce n'est naturellement pas ce qui va être le plus simple, à la fois dans l'éducation et ensuite dans l'évaluation. C'est du savoir-faire, du savoir-être. Il faut

qu'on y ajoute une démarche éthique, qu'on aille vers des méthodes de raisonnement clinique avec résolutions de problèmes pour enfin aboutir à des performances cliniques et des pratiques médicales réelles.

Les méthodes d'évaluation des connaissances

Je ne sais pas si certains ont comme moi une culture aéronautique, mais si vous avez eu l'occasion de voir comment les pilotes professionnels, en particulier chez Air France, s'entretiennent dans leurs connaissances (par exemple sur les circuits des réservoirs des Boeing 747), c'est par QCM que cela se fait. Ce sont des armes que nous utilisons aussi. Il faut que l'on sache qu'il y a certains types de pratiques qui peuvent être explorées par des choses aussi vulgaires et aussi odieuses que les QCM, même si, par ailleurs, ce n'est pas vraiment notre "tasse de thé". Cela donne de l'objectivité. On est sur que les gens savent. Mais que savent-ils ? Il faut bien choisir la connaissance que l'on veut explorer. C'est une méthode fidèle, indépendante de l'examineur. Elle permet d'évaluer un grand nombre d'étudiants en même temps sans nécessiter un grand nombre de correcteurs.

Il y a aussi la méthode des cas cliniques. Naturellement, c'est quelque chose qui va apparaître sous une forme très objective et qui va nous permettre de savoir si un jeune, un interne de 2^{ème} ou de 3^{ème} année par exemple, est capable, à partir d'un malade, de demander le dossier, de demander immédiatement tel ou tel renseignement complémentaire, tel ou tel examen et d'analyser objectivement sa demande. Elle permet aussi de savoir pourquoi, éventuellement, dans certains cas, il ne demande pas ces éléments du diagnostic. Ces informations sont fournies de manière séquentielle, c'est à dire qu'au fur et à mesure on va lui apporter les pièces correspondantes et une explication. Cela nous permet d'être sûrs qu'un jeune est en train d'acquérir un raisonnement médical au sens vrai du terme. Cela demande du travail, dans un concept de compagnonnage. Naturellement, vous savez que c'est coûteux en temps, pour nous tous. En même temps, c'est d'une très grande efficacité pour constater le raisonnement d'un jeune et pouvoir corriger éventuellement, apporter des choses, voire se corriger soi-même à partir du moment où on peut acquérir des idées nouvelles. Il est sur aussi que c'est un champ limité, qu'on a beaucoup de mal à extrapoler par rapport à l'ensemble des connaissances. Mais, en définitive, c'est quelque chose d'intéressant.

L'Osler correspond à nos bonnes vieilles cliniques, mais standardisées et rajeunies à la mode anglo-saxonne. Il y avait trois observateurs qui jugeaient un jeune qui lui-même avait examiné un patient, qu'on avait regardé faire. On l'avait critiqué et ensuite questionné. On avait le champ de quelque chose de formidable, sauf qu'on ne le théorisait pas, qu'on ne l'étalonnait pas. Donc, l'Osler que les anglo-saxons nous ont ramené, ce sont ces cliniques modernisées, avec un étalonnage et un score. C'est tout le problème de l'observation directe, de l'authenticité de la situation, de l'objectivité compte-tenu des observateurs, de la validité du contenu et du construit. Cela prend du temps mais nous paraît très efficace, parce qu'on a un aperçu vraiment global d'un comportement et des connaissances.

Les ECOS, c'est la médecine générale qui nous les a apportés. En France, il y a 20 facultés sur les 44 où on les trouve. C'est assez simple et efficace. Ce n'est pas fait pour des pros. Autant certaines méthodes que je vous ai citées peuvent bien marcher pour des pros, là ce n'est pas le cas. Vous prenez deux heures d'examen avec un jeune qu'on vous a confié. Pendant ces deux heures vous allez le faire passer sur des temps très brefs (7 à 8 mn) d'un stand à l'autre avec un moment de repos de temps en temps. Sur ces stands, il y a une scène, un acteur qui peut être un médecin, un malade qui se prête au jeu (un vrai acteur comme cela se passe dans certains pays et aussi à Rouen). Ces patients simulés sont à examiner. Le jeune doit conduire l'interrogatoire, demander des examens, interpréter une radio, faire tel ou tel geste en particulier sur des mannequins, par exemple pour l'intubation. Donc, cela permet de vérifier une foule de gestes, une foule de situations cliniques. On a une observation très directe.

Ce qui se rapprocherait le plus de nos milieux professionnels, en particulier si on devait aller dans le sens des hôpitaux, ce sont les formulaire d'évaluation longitudinaux. C'est suivre des étudiants ou des professionnels de façon réelle avec des observateurs désignés, de façon organisée, à l'intérieur des services. On va les étalonner dans les différentes pratiques ce qui va nous permettre, à la fin du stage, d'avoir un jugement qui ne soit plus de type subjectif. Le stagiaire va être observé par des gens particuliers qui peuvent être votre adjoint, votre surveillante, votre manipulateur. Chacun a un rôle très clair pour la formation et l'observation des capacités du jeune. C'est alors un jury qui est constitué tout le long de son stage. Pour l'instant, cette méthode n'est pas utilisée. Elle nécessite une organisation rigoureuse dès le début du stage. Elle doit aboutir à une sorte de score final. L'idée est que ce score puisse être modifié en cours de route, avec des examens de performances qui permettent de montrer les acquisitions. Il ne faut pas que ce soit sanctionnant, mais, au contraire, et très logiquement, il faut qu'on ait quelque chose de formatif.

Le port-folio ça vous dit quelque chose ? C'est maintenant en pratique chez les généralistes. C'est un carnet de note organisé. Vous mettez un jeune dans un stage. Il va prendre toutes les observations difficiles. Il va noter les difficultés qu'il a rencontrées pour résoudre telle ou telle observation, tel ou tel cas-patient. Il va noter aussi toutes les radios difficiles qu'il a rencontrées. Il va noter ce qui l'a intéressé dans un staff et ce qu'il n'a pas compris. A la fin, on lui demande de faire lui-même, à travers la lecture de son propre cahier de remarques, un bilan de son stage. On peut ainsi revenir sur les sujets difficiles qu'il a rencontrés. Cela nous permet d'avoir un suivi supplémentaire qui est vraiment très utile, sachant qu'on dépend naturellement (mais ce n'est pas un défaut total) de l'idée d'auto-évaluation de la personne. Cela veut dire qu'on a besoin de la compréhension totale du jeune de façon à utiliser au mieux ses propres remarques. Il faut qu'il adhère complètement au système. S'il pense que c'est une corvée supplémentaire, on passera à côté. Par contre, évidemment quand cela marche, cela favorise l'apprentissage en profondeur. Cela n'a aucun coût sinon le temps qu'on va passer avec lui.

Il reste les audits de dossiers médicaux que l'on retrouve aussi dans des formes hospitalières. J'ai appris cela au Québec. Nos amis québécois ont cette particularité : on a beaucoup appris avec eux, on a démarré des choses et parfois on ne les a pas encore adoptées qu'ils sont en train de les abandonner. Ils nous ont appris en tous cas à nous regarder ce qui est déjà très important. Quoi qu'il en soit, actuellement, pour les expertises des dossiers médicaux, de cabinets médicaux, ils sont en train de reculer en raisons d'importantes lourdeurs.

Enfin, il y a l'auto-évaluation. On y travaille de plus en plus à la jonction entre la formation médicale continue et la formation du 3^{ème} cycle, en particulier pour nos résidents, pour qu'ils se mettent à ces méthodes. Beaucoup de syndicats médicaux y participent en ce moment. Beaucoup d'argent a été dépensé. Les techniques sont très variées : bilans de compétences UNAFORMEC, Step du côté de la CSMF. L'idée de l'UNAFORMEC était la suivante (elle est mignonne, elle peut être efficace) : vous avez dans la poche un petit réveil qui va sonner alors que vous êtes en train de travailler, en train d'examiner un patient. Vous devez remplir de suite un document : qu'est-ce que je suis en train de faire ? Est-ce que j'y arrive ? Est-ce que j'ai un problème ?... Une demi-heure plus tard ou deux heures plus tard ça recommence. Ça permet, à la fin, d'être dans des situations réelles d'observation de certaines choses. Ça a un côté gadget et en même temps c'est relativement efficace. Le Step a été mis au point par quelqu'un que j'aime beaucoup, le Professeur BORDAGE de Chicago. Ce sont des petites vignettes que chaque médecin peut consulter soit électroniquement, soit sous forme réelle et qui font appel à des situations cliniques avec des pièges, permettant de repérer des zones d'ombre dans les connaissances des médecins. C'est pas mal fait. C'est intelligent. Ça a aussi ses limites.

Pour l'instant, on n'a pas de vrai retour de ces auto-évaluations. Les groupes de pairs constituent une variante. Pour cette méthode, le problème est représenté par les limites du groupe. Tout dépend de sa constitution. J'ai constaté avec des groupes particulièrement dynamiques des choses tout à fait intéressantes. Quoi qu'il en soit, on le fait pour nos étudiants en sachant que de plus en plus, la base qu'on essaye de donner ce n'est pas tellement une connaissance immédiate mais de plus en plus une incitation à la réflexion sur leurs besoins en connaissances. L'idée est qu'on va leur apprendre qu'ils peuvent se passer de l'enseignant lui-même, que ce soit par leur propre auto-évaluation ou par le regard et la réflexion de leurs pairs qui est en quelque sorte aussi une auto-évaluation. On aura réussi quelque chose à partir du moment, justement, où on aura créé à la fois cette envie et cette compétence individuelle ou de petit groupe de pouvoir se jauger et de pouvoir progresser. Cette méthode arrive vers la fin de la formation.

Les publications internationales (Pays-Bas, Canada, Etats-Unis) dans les revues de pédagogie ou d'évaluation montrent qu'il n'y a, actuellement, aucune méthode qui puisse être considérée comme étalon-or. Cela veut dire, en tous cas, qu'il ne faut pas désespérer. C'est parce qu'il n'y a pas une seule méthode permettant de façon simple de savoir où on en est qu'il faut en associer plusieurs, explorer plusieurs champs, forcément avec plusieurs méthodes comme avec plusieurs pédagogies. Les bilans de compétence basés sur des référentiels professionnels sont des pistes qu'il faut que nous suivions. Ils ont l'intérêt de "mouiller" les sociétés savantes.

Enfin, c'est mon message en tous cas, je suis persuadé que c'est à partir du moment où un groupe de médecins est capable de se réunir de lui-même, pour faire sa formation permanente, en créant au fur et à mesure, par petits groupes, ses programmes et en confrontant ses connaissances par groupes de pairs, qu'on aura la clé qui permettra de changer le caractère scolaire d'une formation ou d'une étude des pratiques et qui permettra en même temps d'échapper tout simplement à l'ignorance et à la médiocrité.

L'expérience de l'Assurance Maladie

Bruno DELFORGES (Médecin-Conseil - CAM Centre-Ouest)

J'ai essayé de laisser le maximum de casquettes au vestiaire, mais celle d'être un intervenant externe chez vous est lourde à porter. Merci de nous accueillir et on continuera tout à l'heure dans les ateliers, car deux de mes collaborateurs sont venus avec moi, tous les deux chargés

de mission hospitaliers, l'un pour le Limousin et l'autre pour Poitou-Charentes. On participera chacun à un atelier.

Le thème était vaste : l'expérience de l'assurance maladie dans l'évaluation des pratiques professionnelles. Je vais être beaucoup plus modeste pour vous dire que je ne vous donnerai que le point de vue du service médical de l'Assurance Maladie, puisque l'Assurance Maladie c'est aussi toute une série de services (surtout la CRAM qui travaillait beaucoup il y a un moment dans les polycliniques). On peut quand même dire que le positionnement que je vais vous donner c'est quelque chose de convergent et qui repose sur une espèce de corpus politique simple de l'Assurance Maladie, qui se résume en trois phrases pas bien difficiles : on veut améliorer la qualité des soins, on veut mettre en évidence les besoins non satisfaits et, autant que possible, comme on est les meilleurs, optimiser l'utilisation des ressources. C'est un peu le dogme sur lequel on fonctionne.

Je vais vous expliquer en deux temps, de façon très modeste le cheminement qu'on a suivi depuis les années 80 jusqu'à maintenant, de façon à tordre un petit peu le cou aux fantasmes que vous pourriez avoir sur l'Assurance Maladie omniprésente et le service médical qui sait tout et qui interviendrait et ferait des tas de choses. On a absolument suivi le même chemin et aux mêmes dates que tout le monde. Dieu sait qu'on est loin d'avoir atteint beaucoup de choses ! Dans les années 80, on intervenait ponctuellement sur des malades, sur des prestations et maintenant on voudrait jouer un rôle, dans une évaluation partagée des pratiques (et j'insiste sur le terme partagé) dans laquelle, je vous l'ai dit, on sera des facilitateurs.

Vous ne savez peut-être pas trop ce que c'est que le service médical car je vois qu'on m'a appelé : médecin-conseil de la CAM du Centre-Ouest. En deux mots, le service médical c'est un gros "machin", un service de la CNAM, 10000 personnes en France dont 2500 médecins, pharmaciens et dentistes. C'est le plus gros "machin" comme ça, je crois, actuellement, dans les pays occidentaux, comme système de contrôle externe.

Les missions sont définies par des textes. On a une fonction historique, ancienne, qui continue de nous prendre la moitié du temps et qui correspond au **contrôle individuel des prestations**, que vous demandiez le 100%, que vous ayez besoin de réparation dans le cadre d'une IPP. Cela représente encore la moitié des ressources compensables.

D'autres missions sont arrivées ensuite où il y a quelque chose qui vous concerne directement. Il est dit : "le service du contrôle médical procède à **l'analyse sur le plan médical de l'activité des établissements de santé** dans lesquels sont admis les bénéficiaires de l'Assurance Maladie". Et puis, plus globalement, sur l'activité des professionnels, il est dit : "il procède à

l'analyse sur le plan médical de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie".

Et puis, a failli passer dans le projet de loi de financement de la Sécu (mais cela a été retoqué en tant que "cavalier social" comme on dit) une cinquième mission officielle : on est censé aller vendre **les bonnes pratiques**, les apporter et être les portes-bagages des référentiels tout particulièrement ceux de l'ANAES (c'est bien écrit). Cet élément, même s'il a été retoqué, ressortira sûrement dans une autre loi et, en tous cas, fait partie du contrat d'engagement qu'on a avec l'Etat et qui fixe les objectifs qu'on a à tenir.

Du point de vue organisation, 50% de temps est consacré au contrôle individuel, 50% aux autres activités. Il faut savoir qu'il n'y a en gros que 14% de nos moyens qui sont mis sur le contrôle de l'activité à l'hôpital. On est organisé en directions régionales. En l'occurrence, ici, il y a, une direction Limousin-Poitou-Charentes. Bien qu'on soit une des plus petites de France, ça représente déjà pas loin de 400 personnes. Il y a une particularité : c'est un docteur qui dirige. En effet, un peu comme dans les sanatoriums et les hôpitaux militaires, c'est un médecin-conseil régional qui est directeur d'organisme. J'ai la particularité d'être un directeur d'organisme qui embauche, débauche, fait la carrière de personnels et qui, par ailleurs, organise des concours de certification. On est actuellement en cours de certification ISO dans laquelle on retrouve toutes les problématiques qu'on a abordées ce matin.

Autre particularité, c'est que nous siégeons en tant que membre délibérant dans la **commission exécutive de l'Agence**. Donc, en plus, je suis un abominable co-signataire des contrats etc...

Je vais faire **un peu d'histoire** à travers les différentes modalités d'intervention qu'on a eues. Je vais vraiment m'axer sur l'hôpital public. On a fait beaucoup de choses en ville, mais c'est un champ tout à fait différent. Les établissements privés ont aussi fait l'objet de sollicitations pendant des années. C'était plutôt sous l'angle de contrôles réglementaires, de contrôles de facturation, mais on ira de plus en plus vers une convergence, des modes assez semblables, ne serait-ce que parce que maintenant il y a des contractualisations et des outils informatiques qui sont équivalents.

Les plus anciens d'entre vous ont connu jusqu'en 1984 la période où le médecin-conseil c'était quelqu'un qu'on voyait passer dans le service, c'était celui qui allait prendre le café dans le bureau de la surveillante devant une pile de papiers. Il venait uniquement pour des **prolongations**, concernant le malade pour lequel on disait : "tiens, celui-là il y a bien longtemps qu'il est dans les lits. Il faudrait nous le faire sortir". C'était donc quelqu'un qui avait

le droit d'entrer à l'hôpital uniquement pour donner des avis individuels sur quelques éléments de la prise en charge. On ne faisait pas grand chose d'autre.

Puis d'un coup, la loi de janvier 1983 est publiée. **La dotation globale** arrive et arrive dans ses bagages un "machin" qui s'appelle **la commission de l'article 35**. Elle chargeait l'Assurance Maladie dans ses deux composantes, de faire un rapport annuel à l'usage d'une commission qui était sensée éclairer le Préfet dans ses bons choix financiers. On faisait un rapport sur le fonctionnement de l'hôpital. Ce travail était effectué concomitamment avec la CRAM qui voyait le côté financier. Nous, on a commencé à aller faire un petit tour dans les services. Ceux qui ont connu cette époque ont connu le médecin-conseil qui faisait des **coupes transversales**. Il se promenait dans le service dès la visite, avec des fiches, qu'il remplissait au lit du malade avec le médecin.

C'était une toute première ébauche de quelque chose qui n'était pas une évaluation des pratiques professionnelles. Ce n'était pas encore de la planification. C'était une première phase qui portait sur de l'organisation très bête : est-ce que le malade était adéquat à l'entrée ? Au jour où il était là ? Est-ce qu'il sortait où il fallait ? Est-ce qu'il n'avait pas passé des jours dans un lit parce que le plateau technique traînait ?

On allait voir aussi les plateaux techniques. On allait rencontrer les chefs de service qui nous disaient leurs malheurs (pour ceux qui ne voulaient pas nous mettre dehors). On allait aussi voir les directeurs qui avaient bien souvent des choses à nous dire. Et puis, on a commencé à faire des rapports, qui souvent étaient déjà les prémices de pistes vers une organisation. Cela anticipait un peu de la planification. Pour la petite histoire, il y avait plein d'endroits où le Préfet avait déjà signé la dotation avant même que la commission de l'article 35 ne se réunisse. Mais au moins, cela nous a permis de nous rôder.

Parallèlement, vous nous avez vu passer, à l'époque, pour des enquêtes. Souvenez-vous dans ces temps lointains, il y a 15 ans, il n'y avait pas de PMSI, il n'existait rien. Pour que l'on ait une vague idée de ce que vous faisiez dans les hôpitaux, il y avait **la journée du K**, la journée du **Z**, la journée du **B**... et les études sur les urgences. On essayait finalement de pouvoir faire au moins une photographie pour dire : un jour il y a tant d'appendicectomies en France.

Au début des années 90, alors que la commission de l'article 35 continuait sa petite vie, on a vu émerger la notion d'évaluation avec la création l'ANDEM. Puis, c'est la publication des premiers référentiels des sociétés savantes. En 1992, une étude se fait remarquer, celle de BLERY. Il apparaît tout d'un coup, dans la grande presse médicale, une évaluation très pratique de certains processus de soins pré-opératoires.

A cette époque là, on change un peu le fusil d'épaule et on commence à lancer des enquêtes nationales dont vous avez entendu parler : **les enquêtes GAIN** qui cherchaient à analyser plutôt des filières, les grandes filières d'activité.

On a vu une enquête sur l'obstétrique, sur la médecine, la chirurgie, sur le moyen séjour. Là aussi, c'était des gros "trucs" qui avaient essentiellement des **ambitions de planification**. On sentait arriver les schémas. On allait voir aussi bien les normes que les adéquations. Il y avait déjà une ébauche d'étude des résultats.

C'est une première grande étape car dans ces enquêtes on commençait à travailler avec des professionnels du terrain, non pas dans l'élaboration de la méthodologie, mais surtout dans la phase d'exploitation des résultats et au moment des premières préconisations. Elles ont eu le mérite de donner des informations qu'on n'avait pas, de faire apparaître des choses un peu étonnantes, certaines variations. Elles ont soutenu un certain nombre d'actions de planification (comme les fermetures de petites maternités). Elles étaient basées sur des référentiels solides ou elles en créaient, en particulier sur le plan statistique, ce qui était, finalement, déjà quelque chose. Elles ont pu, éventuellement, induire de petites analyses de pratiques plus localisées lorsque, sur un établissement, on constatait un écart important par rapport aux normes nationales. Par exemple, si un établissement avait fait deux fois plus de césariennes qu'un autre, on allait quand même voir s'il y avait une clientèle différente, ce qui se passait. Cela pouvait aboutir parfois à des choses curieuses.

C'étaient donc des enquêtes nationales qui ont été publiées un peu partout.

A cette même époque, l'Assurance Maladie, autour des CRAM avait commencé à travailler en inter-régimes et avait fait un "truc" qui s'appelait le **PRAC**. Dans le PRAC, on a utilisé la même méthode que pour les grandes enquêtes GAIN, mais au niveau régional cette fois. Dans l'optique de l'arrivée des **schémas de première génération**, ont commencé des enquêtes qui étaient, là aussi, assez fortement planificatrices et qui portaient aussi bien sur la psychiatrie, la néo-natologie, les SIAD, la procréation médicalement assistée... Il y eut, au même moment, des analyses globales d'établissements privés et un contrôle de l'activité privée à l'hôpital qui a peut-être concerné certains d'entre vous. Certains en ont souffert...

A partir de la publication de BLERY on a commencé à généraliser ce type d'enquêtes en France. On l'a fait avec les anesthésistes et c'est la première fois qu'on a vraiment essayé de faire évoluer les pratiques. Tous étaient bien conscients du problème et à la fin de l'enquête nous interrogeaient sur l'aspect médico-légal. C'est comme cela que sont apparues les premières réunions où nous faisons venir des juristes, par exemple, pour essayer de faire évoluer certains comportements. Pour nous, en interne, cela a aussi été un moment important puisque cela nous a amené à développer une technique : connaissances en statistiques, lecture critique, mise en place de beaucoup de choses qui continuent encore actuellement.

Dans la plupart des régions vous avez des comités méthodologiques souvent inter-régimes, des comités de lecture. Là aussi, c'est un travail permanent pour essayer d'améliorer notre production.

La dernière grande époque commence en 1996 avec l'apparition des **Agences Régionales de l'Hospitalisation**.

Le service médical de l'Assurance Maladie devient un **expert au service du G.I.P. : Etat - Assurance Maladie**. Il a fallu que l'on apprenne à travailler avec l'Etat, à vivre ensemble. Nous avons beaucoup travaillé sur l'allocation de ressources. Les 2-3 premières années on a surtout découvert tout ce qu'était le "boulot" d'administration administrante.

Il y a eu, ensuite, les **schémas de deuxième génération**. Il fallait planifier.

Puis, il y a eu les campagnes de **renouvellement d'autorisation**.

Il a fallu revoir tout cela. Ceci n'empêche qu'on a continué, de notre côté, à faire des **études nationales de connaissance**, qui cette fois-ci devenaient **co-pilotées par la DHOS**. C'est ainsi qu'est sortie l'étude sur la chirurgie ambulatoire et sur la radiothérapie. Cette année, vous allez avoir la joie, le plaisir et l'honneur de nous voir passer dans vos services, pour la chimiothérapie (c'est en cours) et, dans peu de temps pour les néphrologues, pour une enquête commandée par la DHOS sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale.

Vous voyez qu'on est toujours, essentiellement, dans la planification. Je ne vous parle pratiquement pas d'analyse des pratiques. On peut dire que c'est après cette phase d'apprentissage, et en gros depuis 2-3 ans, qu'il y a eu des initiatives volontaires de l'Assurance Maladie pour médicaliser les démarches et introduire dans les programmes de travail de l'Agence un certain nombre de choses qui visent plus à avoir un regard sur le résultat des soins ou sur les procédures.

C'est pour cela que vous commencez à voir apparaître, dans les régions, diverses enquêtes. Par exemple, tout récemment on a travaillé, dans notre région, sur la prise en charge des AVC. Un autre travail vient de se terminer sur la prise en charge de l'infarctus en Poitou-Charentes. La particularité de ces enquêtes c'est qu'elles s'appuient, maintenant, sur des référentiels professionnels solides, avec votre participation pour l'élaboration des méthodologies, du recueil, de l'analyse, et surtout de l'élaboration et de la publication des préconisations qui relèvent avant tout des professionnels.

Si on les lance, c'est qu'il y a un problème loco-régional ou, parfois, c'est le relais de l'orientation de la conférence de santé. C'est parfois pour anticiper le volet médical d'un schéma. On aborde les techniques de la cardiologie interventionnelle, de la chirurgie du rachis ou de la cataracte. En ce moment, nous menons une enquête nationale sur la chirurgie de

l'obésité, type de pratique qui mérite d'être examinée actuellement. Cela peut être aussi des processus, comme la sécurité anesthésique ou des pathologies telles que l'infarctus, l'AVC, diabète ou autre.

Comme je vous l'ai dit, pour moi, l'important est d'**impliquer systématiquement les professionnels dans les référentiels**. C'est vraiment notre approche de l'hôpital. Il est sur que cela va se développer. On va continuer. C'est dans nos orientations stratégiques. Il est vrai qu'il y a un courant lié à la recherche de la qualité. Vous en êtes la preuve. Il y a aussi une attente du public. Quoi qu'il sorte de l'ARS, on va retrouver une représentation de la démocratie sanitaire qui va vouloir savoir ce qui se fait. Ce type d'études a sûrement des beaux jours devant lui.

Il y a, aussi, au moins deux autres raisons. Il semble que l'on sorte d'une planification sur cartes et sur indices, pour évoluer vers une évaluation des besoins, des moyens et des techniques. On va donc sortir de la planification un peu "bestiale" pour entrer dans des choses beaucoup plus médicalisées. Et puis, on peut se poser la question de **la tarification à l'activité**. Le risque est de réintroduire les pires horreurs de certaines périodes de la tarification. On pourrait parfaitement imaginer que des services ne prennent que certains types de malades ou en "virent" certains ou fassent des choses pas idéales. Là c'est un point de vue d'intervenant externe, d'Assurance Maladie, même si je ne fantasme pas, je ne dis pas non plus que ça va être des romans de Robin COOK.

Vous voyez qu'au terme de cette promenade, on a évolué. On a collé à l'histoire avec l'évolution des méthodes d'évaluation. Mais c'est modeste. Finalement, pour répondre à la question de notre expérience de l'évaluation des pratiques professionnelles à l'hôpital, je dirais si il y en a une, elle est collective. J'insiste car elle est faite d'un travail commun avec les hospitaliers du domaine. Il y a une situation tout à fait particulière où on peut être amené à faire des évaluations individuelles. C'est autre chose. C'est quand on est missionné par une agence pour une mission d'enquête après une plainte. C'est toujours une mission que l'on fait avec un médecin inspecteur de la santé et c'est souvent une première étape d'information. Ce n'est pas notre "boulot". Il ne faut pas qu'il y ait un mélange des genres.

Quels sont les aspects éthiques de notre mission ?

Je l'ai un peu évoqué ce matin à travers 2-3 idées que j'ai lancées à propos des interventions qu'on peut avoir en ville. Ça pouvait, effectivement, donner l'impression de services pensant détenir la vérité et voulant imposer une manière de voir ou des façons de faire. Effectivement, le terme "coaching" peut faire frémir. Il est important de dire comment on envisage cette méthode de travail. C'est peut-être un peu tôt (et est-ce que c'est vraiment pertinent ?) pour afficher une grande doctrine définitive. Il va y avoir, à la demande du Ministre, une charte du

service médical, du contrôle et de la déontologie de notre contrôle. Je sais qu'elle va être essentiellement destinée à la médecine de ville. Je ne sais pas si elle sera destinée à l'hôpital. Ce qui est important ce sont les principes sur lesquels elle est fondée.

Nous-mêmes avons une philosophie qui se stabilise. Il est, en effet, possible qu'il y ait eu des périodes où tel ou tel praticien-conseil pensait détenir la vérité. Il y a peut-être eu un peu d'interventionnisme.

Comment voyons-nous l'évolution de nos missions ?

Comme je vous le disais, notre travail n'est pas d'accréditer. Nous n'avons rien à voir là dedans. Notre métier ce n'est pas non plus de vous dire ce qu'est la bonne pratique. Ce n'est surtout pas de valider les compétences. Ce n'est pas du tout de mettre en place le programme de développement de la qualité à l'intérieur de l'hôpital. Notre mission ça ne sera pas d'évaluer seul et à titre individuel des pratiques professionnelles.

C'est vrai que nous avons une position très particulière. Nous sommes le seul service avec un "paquet de médecins" qui à la fois travaille sur la ville, l'hôpital, le public, le privé et à avoir autant accès au PMSI (en l'occurrence, nous l'exploitons pour l'agence). Nous avons accès aux bases de données de l'Assurance Maladie dont on ne tire pas autant que ce qu'on aurait à tirer. Il y a plein de choses qu'on pourrait faire à partir de ces bases. Mais, il ne faut pas rêver. Quand vous avez des milliards d'enregistrements, il ne faut pas croire qu'on claque des doigts et qu'on sait tout de suite ce qui se passe. C'est pas du tout évident.

On a ce regard là, on siège dans des tas d'endroits. Je pense que le bon positionnement c'est qu'on doit être des **facilitateurs** car on a accès aux données de l'Assurance Maladie, aux données directes d'un malade. On peut même voir le malade et avoir son ressenti. Donc, le seul positionnement que l'on revendique c'est de travailler avec vous. C'est d'être les facilitateurs de cette démarche.

Aujourd'hui, j'ai entendu des tas de choses qui font plaisir, qui montrent à quel point la bonne évolution des pratiques est liée au fait que ce sont les professionnels qui s'en emparent (groupe de pairs, de FMC ou autre). Nous n'allons pas intervenir là dedans. On avait eu le fantasme, il y a quelques années, de faire des analyses comparatives de services de réanimation. Quand je vois effectivement la richesse de ce que peut être un audit d'un service de réanimation fait par des réanimateurs, avec une méthodologie de réanimateur, je préfère qu'on n'y soit pas allé, avec nos petites fiches de deux pages, pour sortir quelque chose qui aurait été petit.

Il faut vraiment qu'on travaille ensemble. On a des trucs à apporter. Vous nous croiserez régulièrement, car nous intervenons dans les contrats. De plus en plus, nous allons travailler

avec vous, aussi, dans l'élaboration des schémas, dans des groupes-pilote ou autres. Et à mon sens, c'est ça le bon positionnement, car nous avons la même finalité. Nous voulons tous que les malades soient bien soignés et sans avoir de légitimité pour faire ce travail à votre place.

De la réalité québécoise aux fantasmes français

Etienne DUSEHU (Médecin – Centre Hospitalier de Compiègne)

Pourquoi idéalise-t-on le Québec de ce côté-ci de l'océan ? Quand on interroge en France, c'est toujours beaucoup mieux au Québec. D'abord ils parlent français c'est quand même pratique. De temps en temps, il y a des mots plus difficiles, mais quand on y va avec un très bon dictionnaire (qui s'appelle la "parlure québécoise" et que je vous recommande), cela va mieux. Il y a aussi un accent qui rappelle nos aïeux (on aime bien le passé). Et puis, ce sont c'est des français, des français américains. Ça c'est génial, car ils sont alors parés de toutes les qualités.

Les objectifs poursuivis dans cet exposé sont :

- observer l'expérience d'un autre pays développé et de l'analyser, c'est à dire se mettre en situation de décalage et de faire un peu d'auto-analyse à partir d'un regard extérieur de gens qui nous ressemblent terriblement dans certains domaines
- mettre ces pratiques en miroir des nôtres : pourquoi font-ils comme ça et pourquoi faisons-nous autrement ?
- essayer de modéliser et surtout pas de généraliser. Je me rappelle avoir entendu en décembre 1982 au GERHNU quelqu'un qui est devenu un brillant universitaire, qui était revenu avec les DRG, et qui nous avait expliqué que, dans les deux ans, les hôpitaux français allaient être mis en coupe réglée. J'étais sorti très déprimé en me disant : "ça va être numéroté, identifié, classé. On n'aura plus d'espace de liberté". Je vous rappelle que la première application du PMSI, c'est en 1990, huit ans plus tard. C'est à dire qu'on ne fait pas de transposition pure et dure ou plutôt, quand on en fait on se plante. Ça en a été un très bel exemple.
- Donc, ne pas confondre généralisation avec théorisation.

L'intérêt du modèle québécois c'est pour moi ces racines communes. Ce sont des latins comme nous. Ils ont un mode de raisonnement franchement identique au nôtre. Ils ont une proximité perméable avec le géant nord-américain. Je dis perméable car je me rappelle, pour y être allé en janvier dernier, d'avoir lu dans la revue de presse que le problème de l'époque était la perméabilité de tous les praticiens d'imagerie qui risquaient de "foutre le camp" du Québec et d'aller dans l'état de New York, juste à côté, en faisant simplement 100 kms parce qu'ils y étaient payés en moyenne 40% plus cher. Donc, la perméabilité, chez eux, ce n'est pas une

fiction. Je me rappelle bien une intervention du Ministre qui avait dit que l'on prendrait tous les moyens pour garder les imageurs au Québec. Mais ceci n'excluait pas le libre choix.

C'est un matériel d'observation pertinent, aussi, sur ce qui est susceptible de survenir en France dans les années à venir. Comme l'a dit un des intervenants juste avant moi, on retrouve assez fréquemment la situation suivante. Nous commençons à mettre en œuvre quand, eux, ils reculent. C'est la latence. J'entends, par exemple, dire que, finalement, il y a une solution facile pour régler les problèmes de la démographie médicale en France. Elle consiste à surpayer les médecins qui vont dans les zones à risque ou dans les zones dépeuplées. Les québécois ont déjà fait ça depuis un certain nombre d'années et ça ne marche pas toujours. Avant de reproduire ce genre d'expérience, il ne serait peut-être pas inintéressant (je ne dis pas que ce qui se fait au Québec sera un échec en France) d'aller décortiquer pourquoi c'est un échec chez eux, avant que nous commençons à parler de ces solutions.

Donc, c'est un support de réflexion susceptible de favoriser l'anticipation nécessaire sur ce qui peut être transposé.

Les travers de la vieille Europe, c'est quand même un univers professionnel éclaté et segmenté par le rythme du développement de la science. Depuis 50 ans, cela nous secoue à intervalles réguliers avec des choses qu'on n'attend pas. C'est effectivement le mécanisme économique et c'est tout d'un coup les nouvelles maladies. Finalement, à chaque fois on est complètement déstabilisé. C'est aussi (moi, cela me frappe, mais vous n'êtes pas obligés de le partager), une acceptation passive d'une situation inadéquate pour les usagers comme pour les professionnels. DE GAULLE a dit en d'autres temps : "les français sont des veaux". De temps en temps je me demande si effectivement on n'est pas franchement "veaux" et c'est quand même triste. La décadence d'une société c'est à partir du moment où on transmet à d'autres la responsabilité du changement et où on ne cherche pas soi-même comment on peut l'opérer ou du moins y participer. C'est vrai qu'un individu tout seul ne peut pas le faire. Et puis, c'est l'absence de recherche d'une cohérence systémique à laquelle pourtant on aurait tous à gagner. Arrêtons peut-être un peu de défendre chacun nos chapelles et essayons de voir comment tous ensemble on pourrait gagner plus. J'aime bien cette image qui dit que lorsqu'on est deux et qu'on a un objet, si on l'échange, on garde chacun un objet. Quand on est deux et qu'on a une idée, si on la partage, on a chacun deux idées. Je crois qu'effectivement si on avait deux idées, on mettrait peut-être un petit peu plus d'opérationnel derrière.

Les atouts du jeune Québec :

- je crois que c'est le pragmatisme nord-américain. Vous savez les établissements québécois ont un directeur des services professionnels qui est un médecin, payé à l'acte comme eux tous. Il a, pour 5 ans, une mission de responsabilité de la

communauté professionnelle. 5 ans après, il redevient un médecin lambda comme les autres.

- Une des premières fois où je suis allé au Québec, j'ai discuté avec l'un d'eux. Il m'a expliqué qu'il venait de "virer" un cardiologue à qui il avait refusé de poursuivre le droit d'exercer. Je lui ai dit : "dans deux ans, quand vous aurez terminé votre mandat, vous ne craignez pas que certaines personnes règlent leur problème avec vous ?" Il m'a regardé avec un air horrifié en disant : "c'est l'image de l'ensemble de la communauté médicale et des médecins qui exercent dans l'établissement qui est en jeu, et c'est l'image collective que je sers". C'est là qu'on voit les différences entre les deux côtés de l'océan.
- Une culture spontanée du partage de l'information. Là, je réagirai sur ce qui a été dit tout à l'heure, justement parce que l'information on en a plein. Moi, j'aime bien la définition de Bernard GRENIER qui dit que "l'information est une donnée qui diminue le niveau de l'incertitude de celui qui l'exploite". C'est à dire que c'est une donnée qu'on utilise pour opérer des choix. Des données, il y en a des cimetières partout. A l'Assurance Maladie il y en a plein. Il y en a partout dans les hôpitaux, dans tous les coins. On en a tellement, et comme on ne sait pas quelle méthode on veut prendre pour les utiliser, on les regarde en cherchant ce qu'elles veulent dire. Ce qu'on trouve c'est ce qui nous rend service, ce n'est pas forcément ce qu'elles veulent dire.
- Un mode de rémunération stimulant : je ne suis pas du tout un adepte du paiement à l'acte. Néanmoins, il faut constater, que dans le cas présent du modèle québécois, il a des avantages et des inconvénients. Il est effectivement en partie stimulant.
- Une intégration des différentes composantes du fonctionnement médico-social, ce qui n'est pas inintéressant non plus.

Mais aussi :

- une culture médicale similaire des deux côtés. Quand j'y étais en janvier, c'était amusant car c'était les spécialistes qui faisaient grève et qui réclamaient plus de sous. Face à eux des gens, une société peut-être un peu plus mature que la nôtre qui disait : "des centaines de milliers de dollars pour faire quoi en plus ?". C'était un peu les mêmes problèmes que ceux qu'on rencontrait. On n'est pas dépaysé. On est exactement dans la même problématique.
- Un profil comportemental des médecins qui ne diffère pas significativement du nôtre et rencontre les mêmes obstacles que je vous exposerai plus tard.

Quelques caractéristiques du système québécois, qui sont importantes, simplement pour mémoire :

- un exercice libéral des médecins, y compris à l'hôpital, sauf dans quelques rares disciplines comme la réanimation. Ce sont des médecins libéraux qui viennent prendre en charge leurs patients à l'hôpital avec un certain nombre de contraintes collectives qu'ils acceptent en retour.
- une pratique qui comporte le codage des pathologies et des actes et cela est essentiel. C'est à dire qu'un médecin n'est rémunéré qu'en fonction du codage de la pathologie et de l'acte qu'il donne, pour le remboursement par les services de l'organisation d'assurance maladie.
- une rémunération dominée par le tiers payant : cela a des inconvénients et des avantages et un impact très important.
- une formation universitaire des infirmières. Cela me paraît essentiel. Les infirmières ne sont pas formées dans un modèle fermé de celui de l'établissement hospitalier, de la culture hospitalière. Elles ont une véritable dynamique et une fertilité intellectuelle qui tient à leur formation, à l'extérieur, dans un milieu universitaire.

Pour ceux qui ne le savent pas, je suis un ancien ordinal qui a bruyamment quitté l'Ordre avec le président et trois autres secrétaires généraux le 12 juin 2002.

La mission du collège (équivalent de l'Ordre) est affichée clairement dans le hall d'accueil des hôpitaux du Québec. On avait pensé le faire chez nous, puis on s'est dit qu'il ne fallait pas être trop provocateur. La mission du collège des médecins est de promouvoir la médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des québécois. Ceci veut dire que, clairement, cela resitue ce qui est aussi la mission de l'Ordre, sauf que là, elle est affichée et elle est bien appropriée par l'ensemble des professionnels qui exercent.

Les facteurs perçus de cette dynamique québécoise :

- pour moi c'est l'information. Effectivement l'ensemble de ce qui est fait par les uns et les autres est transparent contrairement à ce qui se passe chez nous. J'ai essayé, en France, de participer à une banque de données régionale de l'ensemble des informations du PMSI et autres. Nous nous sommes heurtés à un échec qui ne dépend

pas de moi puisque deux autres après moi s'y sont épuisés, aussi, sans succès. Le dit groupe est en train finalement de mourir 11 ans après.

- Il faut donc constater qu'on est incapable, à l'intérieur d'une région, entre organismes producteurs de soins, de partager, en toute quiétude, tranquillité, objectivité et honnêteté, des informations dont on dispose sur les pratiques qui sont les nôtres. Tout le monde est en cause : l'Etat, l'Assurance Maladie, les établissements. Personne dans ce domaine n'est blanc, tout le monde est gris, de la même tonalité de gris.
- La neutralité dans le fonctionnement. On est dans les faits, dans l'objectivité et pas dans le jugement passionnel. Je vais vous donner un exemple, hors du domaine de la santé, mais ça peut se traduire tous les jours dans le domaine de la santé. J'avais été frappé quand Isabelle AUTISSIER s'était retournée dans les 40èmes rugissants ou je ne sais quoi. Le soir vous preniez France Info, elle était sur le toit de son bateau et on disait : "qui est responsable ? Le routeur ? Elle, qui a mal manœuvré ? L'organisation de la course ?". Je m'étais dit : "c'est foutu. Si on trouve un responsable, elle est morte". Apparemment, elle n'est pas morte. Donc, on n'a pas trouvé de responsable avant d'aller la chercher, sinon tout le monde se serait retrouvé tranquillement en disant c'est pas moi c'est l'autre. C'est cela qui nous différencie des nord-américains, notamment des québécois. C'est le souci du fonctionnement en chaîne et de la solidarité collective qu'on a un peu perdu.
- Le fonctionnement systémique. C'est à dire qu'il n'y a pas cette espèce de hiérarchie pesante, latente : les docteurs et en dessous les infirmières, les aides-soignantes, les ASH. Chacun contribue, à sa mesure, au fonctionnement d'ensemble. Je pense que, là bas, ils préjugent très bien de ce qu'on est en train de connaître en France. Effectivement, là bas, ce sont les nurses "qui prennent le pouvoir" et, comme elles ont une formation universitaire, elles en ont tout à fait la capacité. Partout où je suis allé ce sont elles qui "mènent la danse" tout en disant : "on a besoin des docteurs mais les docteurs ne sont pas souvent là quand on en a besoin et c'est eux qui manquent".
- L'autonomie des professions de santé. Effectivement, il y a un ordre ou un équivalent pour l'ensemble des professions de santé. Elles ont une autonomie. On verra plus loin que ce n'est pas neutre.

L'information résulte du codage des pathologies et des actes par les médecins, comme je vous l'ai dit. Elle s'inscrit dans un système d'information produit par les tous acteurs concernés et

dans le domaine de compétence respective de chacun (l'assurance maladie, l'Etat, les médecins).

Elle est partagée entre eux et elle est circulante, c'est à dire que n'importe lequel des organismes qui le souhaite n'a pas à passer au travers de X barrières pour l'obtenir. Elle est publique et contradictoire, c'est à dire qu'on sait quelles sont les sources et comment les informations ont été recueillies. Derrière, on peut déterminer leur validité.

La neutralité dans le fonctionnement, fondée sur les faits. Là, on retrouve le caractère nord-américain avec son pragmatisme. Elle est aussi orientée vers le patient, et ça, je le relie à ce que je disais tout à l'heure. Quelque part, le paiement à l'acte fait que le médecin a toujours intérêt à ce que ça fonctionne et à avoir sa clientèle. C'est peut-être un élément qui (nous, on n'a pas trouvé de solution en France) serait utile, même s'il n'est pas anodin. Par contre, elle est tempérée par la réalité effective d'une politique publique de santé dans la province. Quand on regarde la situation au Canada, seul le Québec a une vraie politique publique de santé et des pratiques de solidarité (du moins c'est ce que disent les québécois et je ne suis pas allé vérifier dans les autres états), ce qui permet effectivement de tempérer cette relative rigueur de la sélection par l'argent.

Le fonctionnement systémique, je vous l'ai dit, intègre santé et social. Les centres locaux de santé communautaire sont effectivement une tentative. Il faut dire qu'elle n'est pas toujours couronnée de succès, tant s'en faut, mais c'est une approche qui essaye d'être globale. Cela ne sert à rien de donner des soins si, derrière, les gens n'ont pas les moyens de se laver les pieds, s'ils n'ont pas de quoi manger ou s'ils ne peuvent pas être réinsérables dans la société. Ils articulent entre eux l'intervention des différents acteurs du domaine sanitaire. "Il n'y a qu'avec les docteurs qu'il y a des problèmes", disent-ils, dans tous les CLSC (du moins dans ceux que j'ai vus). Ils sont coordonnés, essentiellement, par les soignants. Je ne dis pas que c'est forcément mal, je dis simplement qu'après, il ne faut pas aller pleurer en disant que d'autres prennent nos places. L'intervention du médecin est à dominante technique. Est-ce un effet du système libéral ? J'aurais tendance à le penser. C'est la tendance de la culture naturelle des médecins. Simplement, là encore, on peut accepter de jouer dans ce jeu là, mais, à ce moment là, cessons d'aller pleurer et réclamer "un pseudo-pouvoir" qu'on n'a pas.

L'autonomie assumée des professions de santé. Je souligne fortement le mot assumée, car, effectivement, l'implication des organismes professionnels et du collège des médecins du Québec, notamment, est forte dans l'organisation et le fonctionnement. C'est manifestement le cas de toutes les professions de santé dotées d'un ordre au Québec. Je pense que cela

contribue à un bon fonctionnement du système, même s'il a des problèmes et qu'il ne faut pas l'idéaliser.

J'avais naïvement espéré voir la même chose en France. C'est d'ailleurs inscrit maintenant dans la loi, mais cela ne se fait pas. C'est bien triste, car l'autonomie d'une profession est un des facteurs de son développement. La condition, c'est, effectivement, d'assumer pleinement les conséquences de cette autonomie (c'est à dire la responsabilité) et non pas de faire assumer par d'autres la responsabilité des choix.

Quelles sont les faiblesses du système québécois ?

- La restructuration du système par l'argent malgré la réalité d'une politique publique de santé : indiscutablement cette régulation pure et dure de façon relativement aveugle par l'argent, s'est faite au moment du virage ambulatoire. Elle est à l'origine de bien des dysfonctionnements actuels, que certains essayent de rattraper au travers d'outils d'information susceptibles d'amodier ou du moins de rendre un peu plus équitable ce virage ambulatoire et cette sélection par l'argent.
- Un malaise sociologique de même nature que celui traversé par notre système de santé. Les directeurs doivent se remettre en cause. Sinon ils vont être punis s'ils n'arrivent pas à maîtriser leur budget, s'ils n'arrivent pas à gérer leurs urgences. Et puis, les docteurs seront punis puisque, de toute façon, ils réclament des sous et qu'ils ne les auront pas. Bref, ils ont les mêmes problématiques d'ensemble que les nôtres.

Les fondements de la problématique québécoise c'est à mon avis la cohérence d'ensemble du fonctionnement du système qui est garantie par :

- une déontologie des professions de santé. Je n'ai volontairement pas dit : déontologie médicale. En effet, s'il y a une déontologie médicale incorporée à la loi comme chez nous, chacune des professions a une déontologie. Ces déontologies sont cohérentes entre elles et bien évidemment, elles ne sont pas antagonistes.
- un fonctionnement systémique, notamment par l'intégration des différents aspects de la fonction du médecin. Le collège des médecins du Québec, pour une population médicale de 18 000 médecins dispose de 22 médecins à temps plein et un personnel approprié qui gère non seulement l'éthique mais aussi la pratique et la formation. Comme me le disait le secrétaire général, lorsqu'un médecin a besoin d'être re-formé, il fait un cahier des charges, l'université répond et n'importe quelle entreprise répond. Il prend celui qui répond au cahier des charges qu'il a élaboré, à partir des déficits constatés.
- l'autonomie des professions de santé.

- certains aspects du système libéral comme je vous l'ai dit.

Des illustrations, j'en ai retenu trois qui me paraissent intéressantes :

- l'organisme d'assurance maladie a recensé tous les obstétriciens qui font moins de 80 accouchements par an. Ils ne sont pas allés dire, comme on dit en France avec les maternités qui font moins de 300 accouchements : "celles-là il faut les fermer". Ils ont été chercher pourquoi. C'est quand même un peu plus intelligent. Ils ont dit : "quand c'est à Montréal, ça peut être inquiétant. Quand c'est à Chicoutimi, on ne peut pas accoucher plus de femmes qu'il n'y a de femmes enceintes". Par contre, il est peut-être intéressant de savoir si les femmes de Chicoutimi ont, elles aussi, le droit à un accès équitable en matière de soin et comment faire pour que ces obstétriciens ne perdent pas leur compétence. C'est comme les SMUR que l'on crée dans des endroits où il y a 3 sorties par jour et où le médecin apprend beaucoup plus à jouer au billard qu'à soigner des patients. Ils ont proposé de rapatrier trois mois par an ces gens là à Montréal ou à Québec, dans un milieu qui va leur permettre effectivement de ne pas perdre leur compétence et non pas de les pénaliser en disant : "de toutes façons, vous deviendrez des sous-docteurs". Les autres, il faut les inciter à faire autre chose. On m'a dit que, finalement, il n'y avait eu que trois obstétriciens qui avaient été sanctionnés par une interdiction d'effectuer des accouchements. 3 sur l'ensemble d'une population d'obstétriciens ce n'est pas beaucoup et cela traduit bien la marginalité d'une profession.
- Le deuxième concerne la prise en charge ambulatoire des insuffisants coronariens chroniques, à partir de l'ensemble de l'analyse des ordonnances qui ont été faites, rapportées à la pathologie. Ils se sont aperçus effectivement que les malades n'étaient pas bien pris en charge. C'est un peu comme ce qui a été fait en France sur le diabète. Cela a abouti à quoi ? A B C D : A = aspirine, B = bêtabloqueur, C = dosage du cholestérol, D = dérivés nitrés. Toutes les campagnes qui ont été déclinées, ciblées sur les médecins, ont été le rappel de ces quatre items. On est loin de la sanction permanente dans laquelle on nous entretient, en nous disant qu'on est des mauvais docteurs qui ne font pas bien la prise en charge du diabète, etc... On est là dans une politique publique positive.
- Le dernier exemple est intéressant parce qu'il concerne le tabagisme, notamment chez les jeunes. En 1992, j'avais vu un objectif : 80% de non fumeurs en l'an 2000. C'était intéressant. Quand j'y suis allé après 2000 j'ai cherché à savoir... mais je n'arrive pas à

savoir. Est-ce qu'ils l'ont caché ? Est-ce que là ils sont latins dans leur comportement ? Je n'en sais rien.

Anecdotiquement, lorsque j'y étais allé en 1992, j'avais bien aimé la manière positive de présenter les choses. Dans un grand hôpital pédiatrique de Montréal, il y avait une immense bulle transparente réservée aux fumeurs. Je trouvais cela assez bien car les gens qui effectivement avaient une hyponicotinémie féroce allaient fumer là dedans. Mais, comme ils étaient un peu comme des animaux au milieu d'un zoo, car, par définition, c'était au centre du hall où tout le monde passait, on les voyait bien tirer sur la "clope" pour faire remonter la nicotémie et donc n'avoir plus cet état apparemment très désagréable du fumeur sevré. Au-delà de cela, m'avait-on expliqué après, le fumeur ne prend pas plaisir à sa cigarette. Donc, on lui évite le caractère pénible, le désagrément du sevrage physique mais on l'incite à trouver un dérivatif. Je trouvais que c'était une vision positive qui n'est pas finalement ce qu'on rencontre souvent par chez nous.

En forme de conclusion :

- une culture enracinée de l'évaluation qui est fondée sur les faits. Ils sont dans la culture de l'évaluation. Nous, on a un peu de mal à y entrer, même s'il y a depuis 12 ans des vrais bénédictins qui sont devant nous, même s'ils en sont pas en robe de bure, qui ont quand même permis au concept de bien pénétrer la France.
- une traduction concrète dans la réalité fonctionnelle du système de santé.
- un souci de pédagogie positive dominante, une volonté positive, la sanction n'étant que l'aboutissement du refus abruti d'un individu de vouloir évoluer.
- une mise en œuvre moins idéale qu'on ne l'imagine volontiers, j'ai essayé de vous le montrer. Ce n'est pas mieux ailleurs que chez nous.

On a en France des rapports annuels de gestion qui sont en général d'autant plus sérieux qu'ils sont très épais. D'ailleurs, en général, le taux de lecture est inversement proportionnel à l'épaisseur. Voilà le rapport annuel de gestion d'un établissement québécois. Vous pouvez le

diviser encore par deux car il y en a la moitié en français et la moitié en anglais. C'est quoi le titre ? C'est : "une organisation apprenante".

Je trouve que cela illustre parfaitement un état d'esprit dont on a bien besoin.

Introduction aux ateliers

Présentation des résultats de l'ENQUETE GERHNU

Pascal FORTIER (Médecin – Centre Hospitalier du Haut Anjou)

Passer derrière Etienne ce n'est pas vraiment facile. Je suis moins lyrique.

Il s'agit d'une enquête qui n'a rien de scientifique, ce n'est pas un sondage. Seuls les plus motivés sont arrivés jusqu'à moi puisqu'il y avait une erreur d'adresse.

Quels types de réunion avez-vous dans votre service ?

Rien de très original.

Staffs médicaux théoriques, pluri-disciplinaires, pluri-professionnels.

Des revues de dossiers.

Un peu plus surprenant, très peu de revues de décès, c'est quelque chose qui se fait beaucoup plus chez nos voisins.

On note des séminaires de direction, ça veut dire qu'il n'y a pas que des praticiens hospitaliers qui ont répondu mais également des directeurs. Cela dit, il y a plus de participants aux séminaires de direction que de directeurs, donc il y a peut-être des médecins qui y ont participé.

Comptes-rendus de formations extérieures.

Réunions de formation, avec qui les faites vous ?

Les établissements voisins, les CHU : on n'est pas très surpris.

Les C.H., c'est bien.

Les cliniques et PSPH : on est un peu surpris qu'on travaille si peu avec eux, surtout dans certains domaines où ils sont un peu majoritaires. Je pense à la cancérologie, par exemple, et aux staffs pluri-disciplinaires qui sont maintenant devenus une obligation.

Avec les médecins libéraux, il y a peut-être plusieurs interprétations : est-ce que ce sont des PH qui font des enseignements aux médecins libéraux ? Est-ce que ce sont des soirées organisées par l'industrie pharmaceutique pour les libéraux et les PH ? Je ne sais pas. Je n'ai pas ouvert le couvercle de la marmite. Il n'y avait pas de détails.

A combien de sessions de formation avez-vous participé durant l'année ?

C'est assez homogène, en moyenne 3.

Il y a des extrêmes : un a répondu 0 car je suis Président de CME, un autre a mis 10 sans préciser ce que c'était. Je crois qu'il a tout compté, y compris les émissions de télé qu'il a regardées en rentrant chez lui.

Avez-vous un plan personnel de formation continue ?

21 personnes sur 40 (il y a eu 40 questionnaires en retour) ont répondu oui.

16 services sur 40 avaient un plan de formation.

En ce qui concerne les formations diplômantes, là c'est très curieux, ça concerne essentiellement les praticiens hospitaliers et c'est la quasi-totalité : DU, DIU, CU, soit un approfondissement de son métier premier, soit des thèmes transversaux qui sont un peu à la mode comme soins palliatifs, gériatrie, douleur, soit plutôt pour les DIM, des masters d'économie de santé par exemple.

En ce qui concerne l'évaluation :

Les établissements sont en procédure d'accréditation ou ont été accrédités : 21 sur 40. C'est curieux, on s'attendait à plus puisque théoriquement il y avait une obligation pour le mois d'avril.

Quant à l'évaluation des pratiques professionnelles : 16 sur 40. Ca paraît être un résultat peu optimiste car en fait je crois qu'il y a eu une confusion entre l'évaluation du médecin et l'évaluation de l'établissement car ceux qui ont détaillé ont dit : moi j'ai été évalué par l'ANAES, par la CRAM, par la DRASS. Je doute qu'il ait bénéficié d'autant de sollicitations. C'est qu'il y avait un problème.

L'accès aux recommandations professionnelles :

On voit que le papier tient encore la route, internet également mais je pense ça se transforme aussi en papier. Mais ça prouve qu'on s'y est bien mis dans le milieu médical ou para-médical.

Support informatique interne : 11 sur 40. Ca reflète bien l'état des systèmes d'information hospitaliers. Pour être DIM je prêche un peu pour ma paroisse mais il y en a d'autres qui pourraient le faire.

Présentation en réunions internes : c'est relativement peu. Est-ce un effet RTT, c'est à dire qu'on n'arrive plus à se voir dans les services ? Je ne sais pas.

Pratiques professionnelles : adaptation aux recommandations (ANAES) :

Toujours : 6

Souvent : 44

Parfois : 2

Personne n'a osé mettre jamais.

Certains disent c'est pas bien parce que ça devrait être toujours. Toujours, c'est aussi quelquefois trop. Le mieux est l'ennemi du bien. Je trouve qu'entre toujours et souvent : 50 réponses c'est pas mal. Oui 50 car certains ont répondu deux fois, c'est un peu le problème.

Prescriptions hors AMM : sur ceux qui font encore de la clinique, 27 sur 33 prescrivent hors AMM. C'est pas trop gênant car tout d'abord il y a des politiques de fabricants de médicaments qui demandent une AMM pour aller plus vite sur le marché. Quelquefois il y a aussi des publications récentes, bien faites, qui apportent un avantage certain. Ceux qui justifiaient leurs prescriptions hors AMM étaient dans un domaine un peu particulier, type soins palliatifs ou cancérologie, où il est vrai que ce sont des pratiques un peu plus courantes.

Structures en charge de la qualité ou de l'évaluation des pratiques dans l'établissement, est-ce qu'il en existe ?

C'est pareil quand on regarde le chiffre brut on est content : 27 sur 40... Qu'est ce que c'est bien ! Oui mais... quand on regarde les commentaires, il faut savoir qu'il en existe certaines depuis 5 ans mais qui ne fonctionnent plus depuis deux ans (quelquefois l'accréditation fait que le soufflé retombe). Et puis il y a quelques confusions : certains estiment que le CLIN, l'hémo-vigilance, la matério-vigilance, par exemple, sont des structures dédiées principalement à la qualité.

On finira, en introduction aux ateliers, par les obstacles à l'évaluation des pratiques professionnelles :

C'est un score. On pouvait scorer de 0 à 3. J'ai tout cumulé.

Pour le manque de temps qui vient en premier: c'est une moyenne de 2. Certains disent que c'est un alibi. La plupart semblaient sincères. Je n'ai pas fait de graphologie quand même.

Manque de compétences en méthodologie : c'est réel.

Méconnaissance de l'enjeu.

Résistance aux changements.

Réticence des individus.

Je crois que cela correspond également à ce qu'il y a dans la tête des gens.

DISCUSSION

Anne-Marie LIEBBE (*Centre Hospitalier de Compiègne*)

Je voulais réagir à l'intervention du Docteur DELFORGES. Je crois avoir compris qu'il souhaitait travailler avec les professionnels, bénéficier de leur expertise et que l'outil principal qu'il utilisait c'était l'enquête. Je voulais faire simplement un état de situation. On est à l'hôpital dans une situation où les effectifs se réduisent, en tous cas les ressources humaines se réduisent. L'hôpital est un lieu complexe.

A mon avis, il y a un choix à faire : soit on choisit de faire des enquêtes et de passer notre temps à y répondre, soit on choisit de structurer le système d'information, mais à mon avis on ne peut pas faire les deux. Ce sujet a été largement repris par Etienne DUSEHU. C'est peut-être la raison pour laquelle les pharmaciens n'ont pas répondu au questionnaire du GERHNU car on est vraiment au carrefour de toutes les informations.

Vous avez cité tout à l'heure l'enquête-chimiothérapie qui a lieu en ce moment. J'ai demandé aux professionnels de la caisse de venir eux-mêmes chercher les informations qu'ils voulaient. Je veux bien effectivement participer, car je crois que c'est essentiel que les professionnels travaillent avec vous. Je suis d'accord pour que l'on travaille sur les résultats des enquêtes, sur les solutions à trouver mais pas sur les recueils de données qui prennent un temps considérable. On a fait un congrès de pharmacie hospitalière il y a peu de temps et on a constaté qu'aucune des enquêtes auxquelles nous répondions ne donnaient de résultat immédiat. Ils arrivent parfois 4-5 voire 6 ans après. C'est dire que les résultats sont toujours décalés par rapport au moment où on remplit les enquêtes.

Donc, vous le sentez, on est un peu à cran contre ces enquêtes qui tombent de partout : de la caisse d'Assurance Maladie, de la DHOS, de la DRASS, de la DDASS, sans compter les questionnaires professionnels divers et variés. On passe du temps à remplir ces enquêtes sans jamais avoir de résultats et tout cela au détriment de la structuration de nos systèmes d'information.

Bruno DELFORGES (*Assurance Maladie – Service médical*)

Quand j'ai dit que certaines enquêtes sont co-pilotées par la DHOS, j'aurais pu dire qu'elles sont commandées par la DHOS, alors que pour certaines, on n'avait même pas la notion qu'elles devaient arriver. L'enquête sur le rein nous tombe dessus sans que l'on ait été au courant. L'enquête sur la RTT, on l'a aussi. Trouver également le temps, pour le faire, je vous dis qu'en ce moment, on ne l'a pas. Il faut le dire clairement.

On doit faire du contrôle en ville, on doit voir les malades. De plus, en ce moment, on nous dit : "il y a plein d'argent qui part, donc il faut contrôler les arrêts de travail... et trouver des sous". Au même moment, la DHOS a besoin, tous les jours, d'un petit peu plus d'enquêtes. Enfin, tout le monde passe commande. En même temps, on devrait aller voir tous les libéraux pour leur vendre les référentiels de l'ANAES. Ca arrive de tous les côtés et on finit par écrire que le service médical est le fer de lance du développement, etc... On a strictement les mêmes problèmes. Je suis d'accord avec vous sur le problème de retard des enquêtes. Il a été dommageable pour certains résultats. Comme vous, j'attends qu'on ait un bon système d'information partagé. Là aussi, ce n'est pas toujours de notre fait. Souvent ce n'est pas de notre fait, si on ne peut pas partager les données. Même en interne nos bases de données sont départementales et nous n'avons pas le droit de croiser, au sein même du service médical, les bases de données d'un département avec celles d'un autre... alors que c'est la même maison, les mêmes trucs.

Anne-Marie LIEBBE (*Centre Hospitalier de Compiègne*)

Je sais bien que c'est la réalité, mais il faut que tout le monde en prenne conscience, et que l'on passe notre temps à structurer nos systèmes plutôt que d'aller chercher des informations. Vous même l'avez dit et Etienne DUSEHU l'a repris, on a des bases de données extrêmement riches, mais il ne suffit pas de souffler dessus pour les analyser. Et au lieu de passer notre temps à structurer les données qu'on a, on va en chercher d'autres à gauche et à droite. C'est impossible, les cimetières d'informations on en a assez.

Philippe RENOUE (*Centre Hospitalier du Mans*)

Je voudrais poser une question à Monsieur ROLAND, après l'avoir remercié de son exposé. Puisqu'on est bien dans le cadre de l'évaluation des étudiants en médecine, j'ai toujours pensé qu'il aurait été intéressant d'évaluer les semestres qu'ils ont passés dans les hôpitaux généraux. Vous savez qu'il y a le 3^{ème} cycle des résidents et des DES. Il y a une différence dans l'évaluation, dans ce qu'on nous demande.

Nous, au Mans, on a la chance (je ne sais pas si c'est vraiment une chance), d'avoir deux facultés : Angers et Nantes. Elles ont deux modes d'évaluation des pratiques des internes (résidents et futurs spécialistes). Je trouve qu'au delà de tout ce que vous avez dit, finalement, la pratique pendant six mois ou un an en hôpital général d'un résident ou d'un DES me paraît le meilleur test d'évaluation pour savoir si cet interne sera un bon médecin ou pas. Je souhaiterais, et c'est pour cela que je voulais vous demander votre avis, qu'on puisse

"muscler" comme cela se fait de plus en plus, la méthode d'évaluation utilisée par les responsables de l'enseignement pour dire : "voilà celui là est un bon... etc...".

Dans ma pratique, qui hélas est maintenant d'une trentaine d'années, je n'ai jamais vu un interne qui était bon 15 ans avant, devenir mauvais. En définitive, je crois que la praxis pendant six mois ou un an, au cours du 3^{ème} cycle mais pas avant, est un test de qualité pour le présent et pour l'avenir.

Jacques ROLAND (*Président de la conférence des doyens*)

Il est difficile de dire l'inverse de ce que vous venez de dire. Je vais simplement compléter quelque chose. Je crois, fondamentalement, à notre responsabilité d'enseignant, chef de service par exemple, lorsqu'on a des jeunes qui nous sont confiés. Mais, il manque quelque chose au dispositif : c'est, tout d'abord, un certain étalonnage et j'ai essayé de vous montrer qu'il y avait moyen de faire de la valeur ajoutée dans le jugement de l'activité de quelqu'un pendant les fameux six mois. Et surtout, il faut qu'on change notre façon de voir les six stages les uns indépendamment des autres.

Vous formez un jeune médecin généraliste. Il vous est envoyé par Angers ou par Nantes. Ce jeune débarque chez vous. Vous ne le connaissiez pas avant et vous n'avez pas de notion de continuité. Or, on est de plus en plus persuadé qu'un jeune ne se construit pas comme un puzzle où on va ajouter un stage à un autre, mais bien par un itinéraire. Ce que l'on souhaite ajouter, c'est le phénomène du tutorat.

Cà veut dire que trois stages seraient programmés et, éventuellement, le deuxième chez vous. Mais à ce moment là, vous devriez déjà avoir connaissance de ce qui s'est passé dans le premier stage et vous devriez prévoir ce qu'il faut qu'il y ait pour le troisième, avec un tuteur qui pourrait prendre en charge l'étudiant à l'issue des trois stages pour reprogrammer les stages suivants. L'idée est qu'il y a une progression dans la formation et qu'on doit partir d'un junior, c'est à dire quelqu'un qui vient avec des connaissances sans aucune prise de responsabilité au tout début, pour arriver à un senior capable de toutes les responsabilités à la fin. Et bien, ce que nous désirons ajouter par rapport à ce que vous avez proposé, ce contenu d'un stage, c'est justement la continuité des stages. Pour cela, nous avons besoin d'étalonner ce qui se passe dans chacun des stages. Nous avons besoin de le théoriser, de façon à ce qu'on ait une vision globale du jeune professionnel qu'on forme.

Vous serez plus à l'aise sur deux plans : en tant que formateur et aussi dans le fait que vous saurez qu'à telle date vous aurez des internes puisque l'on aura pu faire une programmation, par exemple, un an à l'avance. Et eux, les internes, ils sauront où ils vont. En effet, avec la dispersion, ils tournent parfois dans un rayon de 100 km. Cà veut dire aussi que ça permettra de négocier avec les hôpitaux (j'ai horreur de dire non universitaires puisque c'est un rôle

universitaire) disons généraux qui ont souvent le problème de ne pas savoir s'ils vont avoir des jeunes ou pas six mois plus tard.

Pour cela, il faut que vous nous rendiez (que nous nous rendions car nous faisons partie de la même équipe dans cet objectif) l'information qui nous permet d'incorporer ce qu'il a fait chez vous, de façon très ordonnée, dans le cadre d'une progression globale. Et ce jeune que vous avez dans le deuxième stage n'est pas le même jeune du dernier stage. Vous ne lui apprendrez pas la même chose, vous ne lui confierez surtout pas les mêmes responsabilités. Malheureusement, ce n'est pas le cas actuellement. Vous voyez, le plaidoyer c'est pour l'incorporation de toutes les qualités que vous venez de citer dans un concept beaucoup plus général, étalonnable d'un stage à l'autre.

Jean ARNAUTOU (*Centre Hospitalier d'Agen*)

Je veux me rabibocher avec mon collègue DELFORGES, car, ce matin, il a pu croire que j'avais quelque chose contre le contrôle médical. Je vais plaider, pour revenir au sujet de l'évaluation des pratiques à l'hôpital, pour la place idéale du contrôle médical parce que, cher ami, on ne l'a pas sentie sortir clairement de votre propos. On sent que virtuellement vous êtes prêt à occuper une place. Laquelle exactement ? Je vais tendre la main.

Au Québec, il y a 20 ans, dans les sous-sols de l'assurance maladie, Monsieur MOLTKE, le patron de la RAMQ, m'a dit : "nous n'avons pas besoin de médecin-conseil. Regardez comment on fait pour trouver une pratique médicale déviante". On s'est promené au milieu des ordinateurs, il a arraché un listing et m'a dit : "vous voyez ça, c'est du bruit de fond". Il a marché encore un peu et a arraché une autre page et m'a dit : "voilà le déviant". Dans le bruit de fond des actes, tous les actes de tous les médecins, il y avait un pic. Il m'a dit : "là, on va envoyer un type qui n'est pas médecin, qui ne coûte pas cher. Il va "cuisiner" le médecin pendant toute une journée et 9 fois sur 10 le gars passera aux aveux et paiera. S'il ne passe pas aux aveux, il sera déconventionné après intervention de l'un de nos douze médecins-conseil". 8 millions d'habitants, 12 médecins-conseil. Pour vous, pour la CNAM, 100 pour 60 millions de français ? Ca suffit. Vous êtes 2000. Qu'est-ce qu'on va faire de vous ?

Alors la suite, c'est l'évaluation des pratiques professionnelles dans l'hôpital. Au Québec, les collèges sont l'équivalent de l'Ordre, avec par ailleurs un rôle syndical. Tous les six mois, l'avocat du collège des généralistes, l'avocat du collège des spécialistes, négocient : "les ECG vous en faites trop". OK, on vous baisse le prix. Très bien, vous baissez le prix, on en fera moins. Alors, on augmente le prix ! Voilà. Terminé. La négociation dure une demi-heure. L'avocat était, l'année précédente, l'avocat du Ministère des Affaires Sociales. Il connaît les deux côtés des cartes. Ce n'est pas sérieux. Ce n'est pas de la régulation des pratiques

médicales, c'est du pragmatisme anglo-saxon dans toute son horreur. Alors on peut faire mieux.

Mais le défaut, chez nous, c'est que vous êtes dans un système jacobin national énorme. Une enquête sur le rein comme celle à laquelle vous allez jouer dans quelques temps dans votre région, nous en avons eu une remarquable en Aquitaine. Elle a peut-être servi de modèle, il y a 6-7 ans de cela. Jamais je n'ai vu une enquête aussi bien faite. Résultat : zéro en pratique parce qu'elle supposait une interconnexion efficace entre le service médical et la caisse régionale (ce qui ne va pas de soi vous le savez comme moi) et ensuite entre la caisse régionale et l'Etat déconcentré, ce qui n'allait pas non plus de soi il y a 5-6 ans.

Alors, je veux bien être optimiste et espérer qu'avec ce qui est arrivé depuis, les choses vont être plus productives.

J'ai été invité en tant que témoin étranger avec Victor RODWIN, il y a trois mois, à Montreux, parce que les grenouilles cherchaient un roi. Les multiples caisses suisses (vous savez qu'il y a autant de caisses en Suisse que de trous dans le gruyère français ; dans un gruyère suisse il n'y a pas de trou) se disaient : "est-ce qu'on ne devrait pas faire une seule grosse caisse ?". Et moi je leur ai dit : "surtout pas, vous avez la chance de pouvoir avoir des dialogues locaux si vous avez un problème local". Par exemple, en Suisse, il y a des endroits où les gens meurent car ils ont des accidents d'auto et d'autres où ils meurent car ils se bourrent de médicaments toxiques et notamment néphro-toxiques. Ce n'est pas le même impact, pas la même pédagogie, pas la même éducation, pas la même prévention. Si on peut avoir localement un contact avec sa caisse (via évidemment le médecin-conseil quand on est soi-même de la corporation), on fera avancer le truc "hic et nunc". Vous êtes tous dans un énorme système et ça limite les possibilités de travailler ensemble en se disant que ça sera un travail efficace.

Je suis sûr qu'il va y avoir du travail confraternel avec vous, sinon vous allez être à la retraite d'office parce qu'il y a des gens qui savent compter. 2000 contre 100, ils sauront faire les comptes.

On va utiliser, comme l'a dit un de mes collègues, toutes les données que vous avez, mais de grâce, il va falloir œuvrer pour qu'il y ait un impact local, régional, etc...

Bruno DELFORGES (Assurance Maladie - Service médical)

Bien sur, toutes ces données je les connais et il y a très longtemps qu'on sait qu'on pourrait avoir cette évolution. Le jour où il y aura un gouvernement qui aura le courage de faire passer (ce qu'il aurait pu faire depuis tant d'années) un codage des actes et des pathologies, qui aura le courage de mettre en place à l'intérieur du système hospitalier des systèmes interconnectés

avec une CCAM qui marche et tout le reste, ce jour là, la fonction de médecin-conseil sera menacée.

Par contre, je n'aurai pas d'inquiétude pour le système de santé car je pense que ce sera réellement mieux. Lecteur habituel de toutes les revues anglo-saxonnes, je fantasme devant l'actuel système avec des prises en charge pluri-disciplinaires, des nurses spécialistes, des médecins qui n'interviennent qu'au bon moment, des systèmes d'information qui fonctionnent. Effectivement j'applaudirai si cela arrive chez nous, et je peux vous dire que cela ne me gênera pas d'aller retravailler en ville, à l'hôpital ou ailleurs. Mais j'ai quand même l'impression qu'en ce moment, avec ce qui se passe dans les rues et avec le courage qu'ont les divers gouvernements, ce n'est pas demain que ça va arriver.

Edith DUFAY (Centre Hospitalier de Lunéville)

Je voudrais poser une question au Professeur ROLAND. Votre conclusion a bien souligné, finalement, le fait qu'il y a une nécessité de l'évaluation des pratiques professionnelles parce que vous avez dit qu'il n'y a pas une méthode valable qui permette d'évaluer les compétences. Cette nécessité d'intégrer, dans nos pratiques, l'évaluation de nos pratiques professionnelles, c'est quand même, quelque part, un changement culturel. Ce changement dépend d'un environnement, d'une éducation. Et l'éducation, plus tôt elle commence, mieux c'est. C'est là que je poserai ma question : comment la Faculté s'associe t-elle à l'intégration de ces connaissances auprès des jeunes professionnels de santé ?

Je voudrais commencer la réponse parce que c'est la suite qui m'intéresse. Je sais que les facultés de pharmacie, de médecine, ont souvent des disciplines de Santé Publique où l'on enseigne l'épidémiologie, l'évaluation, etc... Mais, par rapport à la remarque que je faisais ce matin, est-ce qu'à un moment donné il ne faut pas que ce soit les seniors, par exemple les professeurs de cardiologie, qui, au moment où ils enseignent la cardiologie, annoncent aussi l'évaluation des pratiques professionnelles dans leur domaine... même chose en gastro-entérologie ou autre ? Faut-il que la notion d'évaluation des pratiques soit aussi promue non pas seulement par les spécialistes de la question mais par tous les autres ? S'ils ne le font pas, pourquoi ? Est-ce parce qu'ils n'en ont pas les connaissances nécessaires ?

Jacques ROLAND (Président de la conférence des doyens)

Il faut déjà dire une chose c'est que la culture d'évaluation, nous sommes sensés l'avoir puisque nous sommes les seuls médecins pour l'instant à être évalués obligatoirement, j'entends dans notre profession universitaire. Il faut que vous le sachiez, autant pour notre dimension hospitalière on n'a pas réussi à mettre cela en place alors qu'on a normalement des

bilans quadriennaux, autant d'un point de vue universitaire, on est obligé de rendre des comptes de ce point de vue là.

Nous connaissons nous-mêmes cette évaluation car nous sommes nous-mêmes évalués. Nous faisons des audits des facultés de médecine. J'ai moi-même été audité et j'ai été audit de certaines facultés.

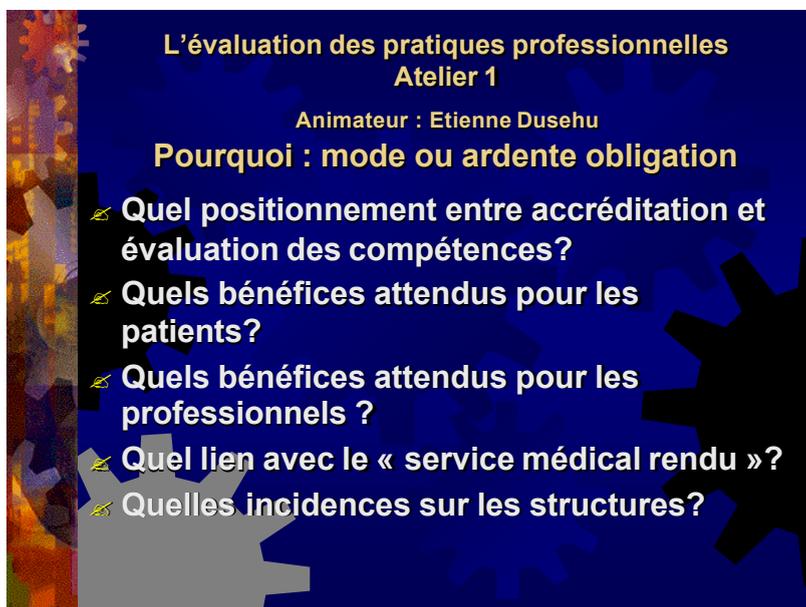
Ceci posé, votre question est tout à fait pertinente. C'est de dire : il ne suffit pas d'avoir des professeurs de Santé Publique pour que la culture de Santé Publique passe dans chaque endroit. Si on ne sent pas chez nos différents professeurs, cette notion de Santé Publique, et bien on va louper quelque chose. Je peux l'ajouter pour l'éthique. En effet, il y a de ce point de vue là un manque de prise de conscience dans ces deux domaines que j'associe étroitement, car je suis certain que la Santé Publique c'est une sorte d'éthique. Malheureusement, on est resté dans le cadre d'une évolution positive en deçà des informations qu'on devrait donner. J'en connais qui le font. Mais, malheureusement, ce n'est pas la généralité, loin de là. Vous avez tout à fait raison de faire cette remarque. Je la répèterai.

Comment faire ? Puisqu'il y a ce bon dieu d'internat qui existe, au moins qu'il serve à quelque chose et que, justement, on fasse prévoir que dans les questions il y ait obligatoirement à la fois la part de la réponse qui porte sur l'éthique et l'autre sur la Santé Publique. Déjà, vous verrez que cela changera l'état d'esprit de beaucoup de monde. Au moins qu'il serve à ça, ce concours d'internat !

PRESENTATION DES RESULTATS DES TRAVAUX EN ATELIERS

Atelier 1 : Pourquoi... mode ou ardente obligation ?

Rapporteur : Monique DESINDE (Centre Hospitalier de GAP)



Le travail a été fructueux. Le titre nous a interpellé puisqu'on a parlé de mode ou d'ardente obligation. Dans le groupe on a dit que « ardente » annulait peut-être la notion d'obligation. Effectivement, c'est une mode, c'est dans le vent, mais surtout une nécessité dans l'évolution de nos métiers.

Quel positionnement entre accréditation et évaluation des compétences ?

Nous pensons que l'accréditation, en tant que passage obligé, comme quelque chose d'imposé aux établissements, même s'il y a une démarche de volontariat au départ, a fait prendre conscience d'une dimension de qualité dans les hôpitaux. Ça a permis de préparer l'approche collective multi-professionnelle puisque l'accréditation effectivement concerne tous les corps de métier. C'est tout l'ensemble du parcours du patient qui est en fait évalué.

Cela donne une culture transversale de l'évaluation, parce que ça doit se faire autour d'un projet commun et qu'on doit tendre vers la formalisation de ce qu'on fait ou de ce qu'on veut faire.

L'évaluation des pratiques professionnelles contribue donc à l'évaluation des compétences des hommes ; mais aussi, on s'est dit que l'évaluation collective n'est pas la somme des évaluations individuelles. A ce titre là, ce qui peut fédérer c'est le projet commun. Le document contractuel que nous avons actuellement, c'est bien le projet de service qui s'inscrit

évidemment dans le projet d'établissement. Le projet n'existe que par le management des hommes puisqu'un projet qui fédère les hommes et leur permet de s'approprier les orientations et les pratiques qu'on va faire autour du patient, doit être fait par eux-mêmes.

Quel bénéfice pour le patient ?

Nous avons estimé que le patient avait tout à y gagner. L'évaluation est un préalable à la remise en cause qui permet l'amélioration de la prestation, par l'élévation du niveau de connaissances des professionnels, par la capacité des professionnels à conceptualiser leurs pratiques. Ceci veut dire que l'évaluation est un va et vient entre la pratique du terrain et les connaissances requises pour la prise en charge du patient. Du coup, l'adéquation des prises en charge aux recommandations professionnelles nous a paru un élément important du fait que cela induit un caractère commun sur le plan national. Pourtant cela n'enlève rien à l'individualisation des prises en charge justement pour éviter les stéréotypes.

Pour les professionnels ?

Là encore, ce qui va être important en amont, c'est d'afficher clairement que l'évaluation est un levier d'amélioration et non une remise en cause individuelle, qu'elle est formative et non normative. On a discuté sur la culture de la notation que l'on a dans notre pays. Elle est plutôt sanctionnante (on a l'expérience de notre scolarité) et n'est pas propice, effectivement, aujourd'hui, à l'évaluation de nos pratiques. C'est très difficile pour les professionnels d'accepter l'évaluation.

La prise en compte de l'évaluation est donc collective. Cela permet la mutualisation des compétences, en respectant la place de chacun et ce qu'il peut apporter au patient. La valorisation d'une compétence individuelle est mise au service du projet collectif. Cela, aussi, nous est apparu important.

Il faudrait déclencher les projets d'amélioration des compétences, tels que formation, mobilité dans l'organisation et permettre l'évolution dans les filières-métier (ce qui, apparemment, se développe).

Enfin, il nous paraît souhaitable de prévoir des perspectives d'avenir de développement à 15 ans.

Les incidences sur les structures ?

Le groupe a pensé que l'évaluation des directeurs doit se faire sur une lettre de mission. L'évaluation des trois corps de métier est solidaire, articulée autour du projet de la structure.

Nous avons beaucoup débattu. L'évaluation collective ne peut résulter que de l'évaluation de chacun des projets et être le fait de l'ensemble des trois corps concernés en interne. En plus de ce qui est déjà préconisé dans l'évaluation de chacun des corps de métier, il serait peut-être

intéressant que les médecins, les directeurs, les partenaires autour du patient puissent se poser à un moment donné, pour faire un bilan des projets et des propositions de pistes d'amélioration, plutôt que de rester dans un système vertical où chacun est évalué dans son propre corps.

On a pensé qu'il serait, également, intéressant que les trois corps de métier (directeurs, soignants et médecins) s'évaluent mutuellement autour d'un projet.

La notation n'est pas une évaluation. Dans nos statuts, le système de ne pas déconnecter la note de l'évaluation du personnel est un frein à ce que l'évaluation soit vraiment un tremplin d'amélioration puisque la note est toujours là pour sanctionner. La notation est réductrice. Elle se situe en fait par rapport à une logique moyenne à l'intérieur du corps de métier, différente dans tel ou tel établissement.

Au travers de cela, on n'est pas du tout dans l'évaluation alors que l'évaluation devrait être faite par rapport à des documents objectifs et de façon comparative. De la même manière, en CME, quand on vote pour la reconduction des fonctions de chef de service, que son projet soit bon ou pas, on se prononce beaucoup plus par rapport à l'affectif. Ce qui est important dans l'évaluation c'est de se déconnecter de l'affectif. Les directeurs nous disaient qu'ils s'évaluent théoriquement. Ils s'évaluent par rapport à une commission nationale qui comporte des directeurs qui, en général, n'ont jamais été chef d'établissement et qui vont se prononcer par rapport à des options syndicales ou des intérêts de toute autre nature que ceux dont ils sont l'objet.

A partir du moment où un directeur évaluerait un projet médical, où un soignant évaluerait un projet de service, où un médecin évaluerait son directeur et où un médecin évaluerait le projet de la direction de soins infirmiers et vice et versa, on se prononcerait par rapport à des documents écrits (concernant les objectifs affichés, les résultats obtenus, la conformité par rapport aux objectifs et les explications par rapport aux écarts). Là on se déconnecterait de l'affectif. Le groupe estime que nous sommes tout à fait capables de nous évaluer mutuellement.

C'est cela qu'on a voulu proposer, sortir des filières verticales dans lesquelles chacun évolue, par rapport à des logiques qui sont complètement étrangères à l'établissement. Finalement, pour l'instant, l'évaluation telle qu'elle est promue et mise en œuvre dans les établissements, c'est une partie de poker menteur.

Nous avons aussi beaucoup parlé du **savoir-être**. Nous nous sommes dit qu'une sensibilisation au monde de l'hospitalisation devait être préalable avec un temps universitaire commun peut-être sous forme de modules (quelque chose qui ferait que les différentes filières

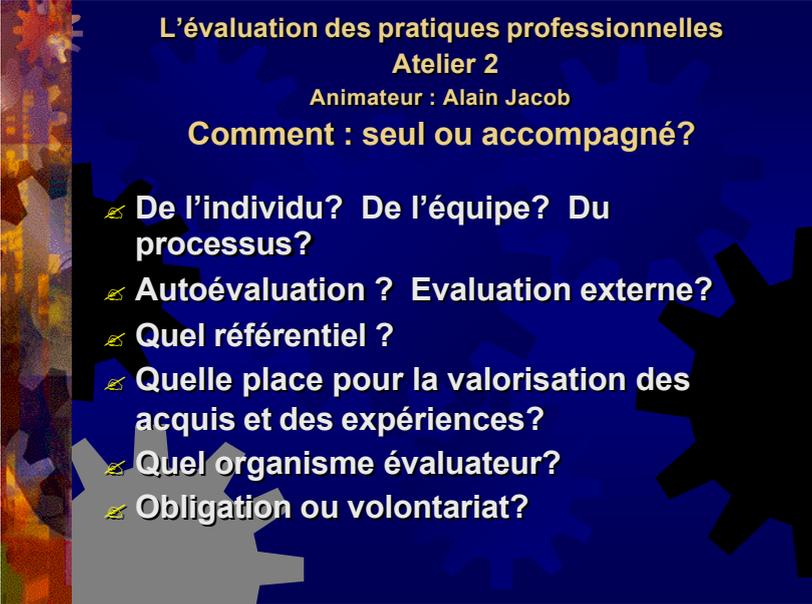
de métier puissent, à un moment donné, réfléchir ensemble, soit dans le cursus initial soit à un autre moment de la vie professionnelle pour mieux connaître les métiers de chacun). Cela nous semble une idée intéressante.

Par exemple, il est prévu dans la formation de directeur trois mois d'immersion en tant qu'aide-soignant ou autre. Il semblerait, après discussion dans le groupe, que tous ne le font pas. Dans le cursus médical, il y a aussi, à un moment, des stages au niveau infirmier, mais cela ne se fait que dans les CHU, surtout pour des raisons de commodité. Ça ne se fait pas partout mais ça pourrait se mettre en place assez facilement. C'est une volonté, un souhait de rapprochement, de sensibilisation, de participation de tous les corps de santé, de façon à ce qu'il y ait une reconnaissance des uns et des autres.

Donc, nous sommes convaincus que l'évaluation est un outil de communication et de décloisonnement.

Atelier 2 : Comment... seul ou accompagné ?

Rapporteur : Edith DUFAY (Centre Hospitalier de Lunéville)



L'évaluation des pratiques professionnelles
Atelier 2
Animateur : Alain Jacob

Comment : seul ou accompagné?

- ✍ De l'individu? De l'équipe? Du processus?
- ✍ Autoévaluation ? Evaluation externe?
- ✍ Quel référentiel ?
- ✍ Quelle place pour la valorisation des acquis et des expériences?
- ✍ Quel organisme évaluateur?
- ✍ Obligation ou volontariat?

Avant de commencer à vous présenter les résultats de l'atelier n°2, je voudrais dire qu'on a eu un groupe particulièrement dynamique et que les notes sont nombreuses. Le thème de travail était bien pensé car on a lutté pour ne pas répondre aux questions des deux autres ateliers.

Avant d'aborder la question comment, nous avons déjà dû répondre à la question quoi. Nous sommes donc partis dans un débat sur l'évaluation des pratiques professionnelles, soit individuelles, soit collectives. En fait, elles ne s'excluent ni l'une, ni l'autre. Elles débutent plutôt

par une évaluation individuelle pour évoluer vers une évaluation collective. C'est vrai que, logiquement, il faut aboutir à l'évaluation de l'individu.

Les domaines d'activité

Nous avons parlé des secteurs d'activité, mais aussi des activités transversales. Quand on parle d'activités transversales, ce n'est pas forcément l'intendance, la logistique, le circuit du médicament ou la blanchisserie. C'est plutôt le fait de prendre un patient lors de sa prise en charge, et, en fait, de voir tous les intervenants, sans cibler seulement l'activité médicale ou l'activité de soins infirmiers, mais de s'atteler, vraiment, à toutes les interventions qui sont faites pour le patient. Il faut voir comment cela s'est passé, s'il y a des dysfonctionnements et comment on peut y remédier.

La cible

On est parti sur les procédures. Très vite, on a compris qu'en fait c'était un tout et qu'encore une fois il ne fallait pas exclure les cibles d'évaluation. On retrouve les structures, les procédures, les résultats.

Ce qui a été évoqué par le groupe, c'est la nécessité de tendre vers une fongibilité, vers une conciliation de la démarche d'accréditation et de la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. Pour le moment, la démarche d'accréditation qui est bien en place, bien structurée ne doit pas se retrouver marginalisée par rapport à l'évaluation des pratiques professionnelles. Cela constitue un tout. Les approches sont des approches-métiers ou des approches process.

La finalité, c'est la qualité des soins, c'est de réussir la prise en charge du patient dans l'établissement, mais c'est aussi réussir le pilotage de l'entreprise hospitalière parce qu'il doit y avoir une harmonie entre les deux.

En fait, lorsque l'on cherche à répondre à la question comment, on doit aborder la dimension de la démarche, de la méthode et des outils qu'on va utiliser. Cette démarche a été perçue par l'ensemble du groupe comme un glissement de l'auto-évaluation (donc une évaluation interne) vers une évaluation externe.

L'auto-évaluation, c'est arriver à une évaluation par soi-même de sa propre pratique. Il a également été souligné le fait d'accepter à un moment donné l'évaluation par une équipe du même établissement de santé, mais qui vient démarcher auprès d'une autre équipe. Ce n'est pas forcément des gens de la même discipline. Il est clair qu'à partir de là s'est posée la question : "si je me fais évaluer par un de mes collègues, faut-il forcément qu'il soit de la même discipline que moi ?" On a alors abordé la problématique des organisations. Elles ont énormément de points communs entre les services. C'est, peut-être, ce qu'on a appelé la

démarche générale d'évaluation des pratiques. Il est vrai qu'à côté de cela il existe une spécialisation en fonction des métiers, qui appelle à une autre démarche.

L'évaluation externe

Une fois qu'on instaure cette auto-évaluation, on a tout à fait souscrit à l'idée qu'il devait par la suite exister une évaluation externe où un organisme ne venait pas recommencer ce qui a été fait en interne. Le rôle de l'évaluation des pratiques professionnelles en externe c'est plutôt de s'assurer que la démarche d'évaluation est bel et bien conduite dans l'établissement. Si en interne il existe une auto-évaluation, en externe, il doit exister une démarche qui permet de mesurer l'implication ou le degré d'intégration de l'évaluation des pratiques dans l'établissement. C'est la raison pour laquelle cela peut être fait par des pairs, par des sociétés savantes. On a aussi évoqué le réseau qui met à disposition des professionnels de santé qui y adhèrent des outils comme les référentiels, mais qui peut aussi avoir une démarche d'évaluation externe des pratiques d'un établissement de santé.

Les résultats

Il a été clair pour tout le monde que l'évaluation des pratiques professionnelles pose un problème qui a été largement abordé en conférence plénière. Effectivement, quand on démarre des évaluations, on a toujours un grand enthousiasme à le faire, en tous cas pour ceux qui s'y lancent. On fait, surtout, le constat de dysfonctionnements, puis on réfléchit assez rapidement et on trouve assez aisément les mesures correctives. Le problème c'est toujours de passer à la phase ultime qui est de les mettre en place et de mesurer si, effectivement, on s'est amélioré. Ça, c'est difficile. Ce qui est ressorti du débat, c'est la nécessité de faire de l'évaluation des pratiques professionnelles un objectif stratégique, intégré dans le projet d'établissement, voire dans le contrat d'objectifs et de moyens. C'est donc la nécessaire institutionnalisation des démarches d'évaluation.

Le dernier point est : **comment ?** Comment procéder ? Avec quels outils, quelle méthode ?

Là, il n'y a pas d'exclusive. Tout est bon à prendre, surtout quand cela a déjà été formalisé.

On a insisté particulièrement sur le fait de se resservir des expériences d'autrui, des outils déjà conçus, soit par des équipes qui ont publié, soit par les sociétés savantes. On a même parlé, à un moment donné, de base nationale des référentiels.

Ces outils ou ces méthodes sont un peu mélangés car on commence par un outil et on finit par des méthodes. L'idée est de structurer un système d'information comme support, comme aide à la réalisation des évaluations parce que, encore une fois, c'est un sacré recueil de données quand on évalue. C'est de remettre en selle la commission des décès, la revue de dossiers (tirage au sort de dossiers et évaluation par un groupe de travail, une commission, des experts,

des évaluateurs) pour repérer les dysfonctionnements. C'est aussi d'aller jusqu'à la mesure de la satisfaction de la qualité des soins, pas de la qualité du repas, mais bien des soins, par les usagers. D'abord, c'est un retour positif vers les soignants, mais ça peut aussi interpeller sur des problèmes ressentis par le destinataire du soin.

L'outil auquel il faut obligatoirement penser quand on parle évaluation, c'est le référentiel. Cela consiste à se comparer à quelque chose. On a particulièrement insisté sur le fait qu'il faut éviter de "repenser la roue du carrosse" et utiliser les référentiels existants. C'est vrai qu'ils sont éparpillés, disparates, et qu'il y a peut-être une nécessité de les reconcentrer ou les adapter, parce que, parfois, ils ne sont pas utilisables tels quels dans nos pratiques.

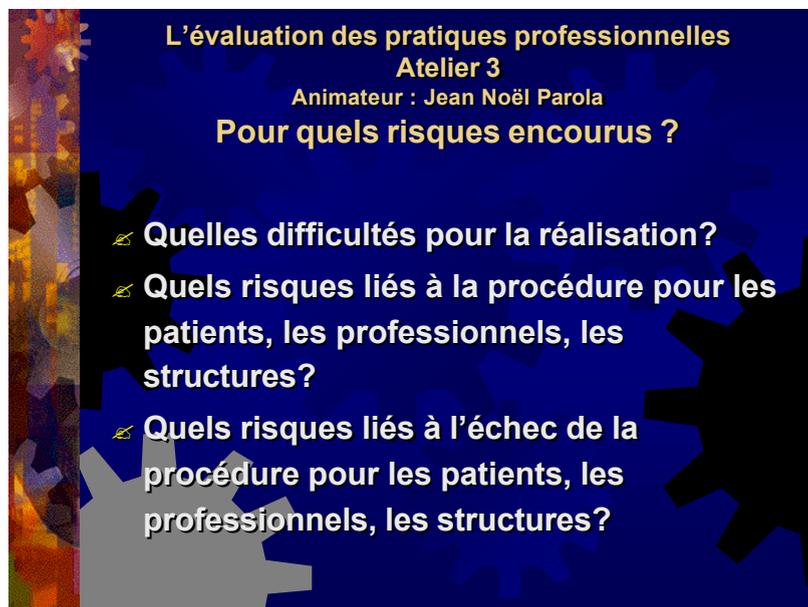
Et puis, car il ne fallait pas parler que des soins, ce qui peut servir de référentiel et qui est en fait un document à partir duquel se construisent des référentiels, il faut évoquer la charte fonctionnelle des directions. Elle définit l'organisation des directions. Une lettre de mission doit être formalisée, définissant bien les objectifs à atteindre par les directions et donc par les équipes soignantes qui vont graviter autour des équipes de direction. Elles doivent arriver, selon une planification des projets, à atteindre un certain nombre d'objectifs mesurables dans le temps, sachant que la mesure se fait étape par étape avec une contractualisation qui ne se poursuit qu'à partir du moment où l'objectif est atteint. Donc pour les directions, ce serait ça l'évaluation de leurs pratiques. C'est qu'à un moment donné, dans leur gestion de projets, ils vont les fragmenter et se retrouver avec une planification et une contractualisation par étapes pour atteindre des objectifs. Mais, nous n'avons pas oublié qu'en parallèle, la charte fonctionnelle des directions doit absolument tenir compte des missions, des activités et des objectifs que se sont fixés les équipes qui elles-mêmes doivent avoir un mode de fonctionnement calé sur le mode de fonctionnement des directions. En tout cas, dans un sens comme dans l'autre, ça doit être un partenariat total.

Voilà les idées qui ont prévalu. Donc, une démarche en deux temps, complètement homogène avec une évolution dans le temps, un parallélisme avec l'accréditation, pas de rupture, et des outils qu'on a évoqués.

Atelier 3 : Pour quels risques encourus ?

Rapporteur : Valérie SERRA-MAUDET

(Centre Hospitalier du Mans)



Les deux maîtres-mots de notre atelier ont été : difficultés et risques, ce qui peut donner une tonalité un peu dépressive à nos conclusions.

Les difficultés d'abord : elles nous ont paru, à l'évidence, être essentiellement culturelles, à la fois partagées par l'ensemble des acteurs : résistance au changement qui est bien répartie dans l'ensemble des corps et confusion possible entre l'évaluation des pratiques professionnelles et le jugement des personnes.

Mais il y a aussi des difficultés culturelles un peu plus spécifiques, spécifiques en particulier au corps médical :

- pas d'intégration dans la formation initiale de cette notion d'évaluation qui serait indissociable de l'acte quel qu'il soit.
- crainte partagée de l'uniformisation systématique, c'est à dire de la perte d'autonomie, de la perte de souplesse de la décision en particulier dans le cadre du colloque singulier.
- absence de hiérarchie dans le corps médical et pauvre culture de l'écrit, dans ce même corps, qui aboutissent à la difficulté d'instaurer cette évaluation.
- pragmatisme qui fait craindre la prééminence de l'outil sur l'objectif. On y reviendra dans les risques.

On a beaucoup parlé du temps, le temps qu'on a défini dans deux dimensions. La réalité c'est à dire que l'on doit tout faire : être un soignant, participer à l'élaboration, à l'organisation, à l'évaluation... Le temps, c'est aussi un alibi car le fait de retenir le temps comme difficulté de la mise en place de l'évaluation prouve bien qu'elle n'est pas intégrée dans l'acte lui-même.

Les quelques solutions que nous proposons (car nous n'avons pas fait que déprimer), sont les suivantes : essentiellement le travail en commun, autour d'outils comme le dossier, partagé par tous les corps de métier, par des réunions multi-professionnelles de concertation et, surtout, la formation continue puisque la formation initiale est inexistante.

Concernant **les risques**, on en a distingué plusieurs :

- les risques de la mise en place, étant entendu que le pourquoi et le comment étaient clairement et bien définis. L'essentiel de l'inquiétude et des risques qui se sont dégagés du travail du groupe c'était : on va fabriquer une "usine à gaz" et si on la fabrique, elle va servir à définir des "parapluies" pour les soignants.
Elle risque d'aboutir à une réduction des pratiques professionnelles à ses indicateurs d'évaluation. Elle peut aboutir à une utilisation dévoyée, c'est à dire à une sanction au lieu d'une démarche d'amélioration, à rationner au lieu de rationaliser. Elle peut aboutir à une évaluation pour le plaisir (évaluer pour évaluer). L'évaluation des pratiques professionnelles peut, à terme, disparaître dans l'instauration de la T 2 A (tarification à l'activité). Cette "usine à gaz" peut aussi devenir quelque chose de lourd, de non réactif, avec un système figé qui aboutirait à une démotivation des professionnels et qui serait contre-productif par rapport à la volonté de son instauration.
- Les risques de l'échec de cette évaluation des pratiques professionnelles :
 - * il y a des risques pour le patient : s'il n'y a pas d'évaluation, il n'y aura pas d'amélioration possible du service qu'on doit lui rendre.
 - * il y a des risques pour le professionnel : là encore, c'est un risque de démotivation, en cas de non-utilisation des résultats, avec une absence de possibilité d'évolution professionnelle.
 - * il y a un risque pour la structure : il ne faudrait pas que l'évaluation des pratiques professionnelles soit instaurée de façon globale et transversale parce qu'on pourrait ne pas aboutir à ce qui est nécessaire, c'est à dire à la possibilité de hiérarchisation des objectifs. Ceci risque d'entraîner une paupérisation progressive des structures. On a défini un nouveau syndrome : on l'a appelé le syndrome d'Agen. Si on ne parvient pas à

mettre en place une évaluation des pratiques professionnelles globale, on risque de voir se développer des démarches d'audits individuels, délétères pour l'ensemble de la structure et d'aboutir à des évaluations externes qui soient uniquement des audits sous contrainte.

DISCUSSION

Edith DUFFAY (Centre Hospitalier de Lunéville)

Concernant les risques, j'avais aussi un peu réfléchi car je me demandais quel groupe j'allais rejoindre. En fait, au-delà du risque sanitaire que peut, malheureusement, subir le patient si on n'améliore pas nos pratiques, il y a un risque financier, économique, réel pour les structures, qui a été évoqué avec la paupérisation. Je pense qu'au-delà de l'établissement de santé, c'est carrément un risque social. Je crois que ça va jusque là. Ce risque social peut remettre en cause notre système qui est quand même un bon système. Je pense que l'évaluation des pratiques professionnelles est vraiment un enjeu de ce type là.

Françoise JUNGFER (Centre Hospitalier de Sens)

Je craignais qu'on passe tous, dans nos différents groupes, notre temps à réfléchir sur les conséquences en terme de grade, d'estampille, etc... et finalement personne n'a abordé cela. Au départ, quand on avait conçu le titre, on avait mis : « entre accréditation et recertification ». J'ose à peine, car vous avez tellement produit, vous re-soumettre cette question : quel est le lien entre l'évaluation des pratiques professionnelles, l'évaluation des compétences et les recertifications ?

Jean-Jacques PICARD (Centre Hospitalier de Châlons-en-Champagne)

En fait, on a un peu abordé la question, dans le 3^{ème} atelier, et de manière plutôt positive. C'est à dire que l'on a dit que si une évaluation ne fonctionnait pas bien ça pouvait être une espèce de perte de chance sur le plan de la promotion professionnelle, non seulement sur le plan financier mais aussi sur le plan de la formation. Une infirmière peut se spécialiser et un médecin peut se former dans telle ou telle activité complémentaire à la sienne. On a vu plutôt ça dans ce sens. Par contre, on n'a pas abordé ce que tu évoques, c'est à dire : "vous n'êtes pas au niveau pour garder votre poste. Il faut que vous vous formiez pour vous remettre à niveau, afin que de nouveau on puisse vous donner le label".

Françoise JUNGFER (Centre Hospitalier de Sens)

Ca me semble une question assez fondamentale parce que c'est quand même quelque chose qui circule beaucoup.

Etienne DUSEHU (*Centre Hospitalier de Compiègne*)

Dans ma vie ordinaire antérieure et juste avant sa rupture, j'animais un groupe de travail qui s'appelait : gestion des compétences (« pour une gestion dynamique de la compétence professionnelle des médecins »). Ce groupe de travail aurait dû devenir opérationnel en octobre 2002 sur la pratique. Il rassemblait des disciplines aussi différentes que la médecine générale, la psychiatrie, l'orthopédie, la cardiologie, l'urologie.

Ce que l'on avait très vite combattu, c'était justement la recertification qui était le modèle promu, à ce moment là, par l'Assurance Maladie, avec le grand recertificateur tous les 7 ans. Dans les débats publics, j'ironisais toujours en demandant : "qui sera le grand recertificateur et quelle est la personne qui est capable, dans toutes les disciplines professionnelles de dire, tous les 7 ans, ce qu'un docteur doit savoir ?". C'est impossible aujourd'hui. On ne trouve pas un modèle étranger dans lequel ça existe.

Alors ce n'est pas pour autant que ça ne peut pas exister. Mais, qu'est ce que ça aurait été ? Ça aurait été le modèle Assurance Maladie, à partir de ce qu'elle voulait faire passer. Ce modèle fort heureusement, quand il y avait le nôtre en face, a été très critiqué dans toutes les assemblées où il a été présenté. Le modèle que nous avons promu, qui ne vivra pas mais qui sera repris par d'autres et à d'autres moments, c'est justement un modèle dynamique. Il y a des disciplines dans lesquelles la recertification tous les 7 ans est une stupidité. Ainsi, on peut très bien recertifier une discipline au bout de 7 ans, alors que 2 ans plus tard, tout a changé. Auquel cas la recertification fournie 2 ans auparavant n'a plus aucun sens. Ça ne peut donc se concevoir, compte-tenu de l'évolution des savoirs, que dans un cadre dynamique et auto-alimenté.

Quels étaient les deux dangers (qui existent toujours) ? Il y a l'Assurance Maladie qui va vouloir mettre la main là dessus. Il y a l'Etat qui va vouloir mettre la main là dessus. Je les mets presque dans le même sac. On sait que l'Etat prétend, aujourd'hui, pouvoir gérer la qualification des médecins. Quand on voit comment il a géré le problème des médecins à diplôme étranger, on peut se poser des questions.

Un autre danger c'est de voir l'Université reprendre la main. C'est à dire que mon diplôme de docteur en médecine doit être revalidé tous les 7 ans. Ceci n'a rien à voir avec les besoins de la population.

Je crois donc que la recertification c'est vraiment un mot qu'il faut combattre et bannir, dans notre profession. Je ne dis pas qu'ailleurs ce n'est pas justifié. Qu'on recertifie les pilotes qui traversent l'Atlantique tous les 2-3 ans, ça paraît logique. L'océan est toujours là, les côtes sont au même endroit, les moyens de communication ne changent pas. Qu'on pense recertifier des gens tous les 2-3 ans dans un domaine stable ça me paraît normal.

Qu'on la demande dans un domaine éminemment instable, dont on ne maîtrise pas l'évolution dans les années à venir (on vient de le voir encore avec le SRAS), ça me paraît figer une structure de façon tout à fait illusoire, alors qu'elle est constamment dynamique et imprévisible dans son évolution.

La recertification, c'est vraiment quelque chose qu'il faut fusiller, sauf peut-être dans des domaines très précis. Peut-être qu'en biologie, si les automates ne changent jamais, on peut l'envisager... mais la recertification n'est pertinente que dans les domaines rigoureusement stables.

Jean-Noël PAROLA (*Centre Hospitalier de Saintes*)

Pour compléter ce que vient de dire Etienne, et pour l'avoir entendu ailleurs, il y a aussi quelque part un danger, c'est que la recertification pourrait permettre aux pouvoirs publics de gérer la pénurie de médecins en terme de démographie. A partir du moment où on dit aujourd'hui que les spécialités seront amenées à disparaître ou à se paupériser à un moment donné parce que la santé fait qu'il y a des évolutions, un certain nombre de médecins seraient obligés d'être reformatés. C'est un risque. Les pouvoirs publics ont une petite idée derrière la tête. Ce ne serait pas une recertification par rapport à des compétences acquises, ça serait un reformatage d'une partie du corps médical.

Françoise JUNGFER (*Centre Hospitalier de Sens*)

Est-ce que vous vous retrouvez dans ce que Jean-Noël et Etienne viennent de dire ? Est-ce que ce sont des choses dans lesquelles vous vous retrouvez assez pour qu'on puisse les intégrer à nos conclusions ? Recertification : c'est quelque chose qui est complètement à part, que l'on refuse, en tous cas à ce jour, au terme de nos journées, d'intégrer à l'évaluation des pratiques professionnelles, à l'évaluation des compétences.

Danièle RAUFAST (*Centre Hospitalier de Toulon*)

Juste un mot. Je voudrais apporter un témoignage pour aller dans le sens d'Etienne, un témoignage très terre à terre de ma spécialité qui est la cardiologie, qui est explosive à tous points de vue depuis 20 ans, sur le plan technologique, sur le plan médicamenteux, sur le plan des recommandations en particulier dans les syndromes coronaires aigus. Elles changent actuellement tous les 3 mois. Je suis tout à fait d'accord avec lui.

Alain JACOB (*Centre Hospitalier Sud Francilien*)

Une question qui a été posée et à laquelle on n'a pas donné de réponse. Est-ce obligatoire ou volontaire ? Il était totalement unanime que ça devait être une démarche volontaire. C'est le mot qui a toujours été employé. Si on allait au-delà de ce mot volontaire, ça voudrait dire que les gens étaient volontaires pour entrer dans la démarche, qu'il y avait une forte aspiration pour aller dans une démarche d'évaluation. On n'a pas senti dans le groupe de travail une réticence à entrer dans une évaluation. A partir de là, je crois qu'il y a quelque chose d'important qui s'est également dégagé : cette démarche d'évaluation doit entrer dans la culture médicale ou de soins et est déjà en train d'y entrer. A partir du moment où cette culture va permettre une évolution des structures, des pensées, on n'a pas à se poser la question de recertification. L'ensemble de la structure va faire que l'individu va être obligé de continuer son évolution et d'être en phase avec. Dans ce cadre là, si on a fait entrer une culture qui a une certaine pérennité, on n'a pas à se poser la question de la recertification. L'évolution se fait naturellement par l'essence même de la structure hospitalière.

Anne-Marie LIEBBE (*Centre Hospitalier de Compiègne*)

Ce n'est pas pour avoir un esprit de contradiction systématique, mais j'ai envie de réagir spontanément à ce que vient de dire Etienne DUSEHU. Tu dis, on ne peut envisager une recertification que dans un environnement stable. J'ai tendance à penser spontanément le contraire. C'est à dire que si l'environnement est stable, à la limite, les connaissances initiales n'ont pas de raison d'avoir bougé. J'ai tendance à dire que si l'environnement bouge énormément, il est d'autant plus justifié de voir si le professionnel a suivi, est capable de suivre cette évolution. Je n'ai pas de réponse à : faut-il recertifier ou pas ? Mais, pour ce qui est de : une recertification n'est légitime que dans un environnement stable, il me semble que c'est complètement l'inverse.

Etienne DUSEHU (*Centre Hospitalier de Compiègne*)

D'abord, je suis désolé, mais si tu commences ta pratique médicale à 25 ans et si tu n'entretiens pas tes connaissances, même si c'est stable, à 65 ans tu ne vauds plus rien. Qu'est ce que font les québécois ? Qui vont-ils voir ? Ils vont voir les médecins qui ont justement plus de 30 ans d'exercice, car là ils disent : "on est sûr de ramener de la matière, des pratiques déviantes dont il faut d'une manière ou d'une autre faire rentrer leurs auteurs dans le moule". La certification c'est une photo. Si tu es dans une dynamique, elle sera comparée à une autre

photo qui n'est pas la même. Tu ne peux pas demander aux professionnels de répondre à une logique de fonctionnement qui n'existe plus.

La recertification c'est une photo par rapport à une autre photo, alors qu'on est dans un film. Tu ne peux pas élaborer un référentiel opposable du jour au lendemain que tu vas imposer à un professionnel après-demain. En plus, au travers de la recertification, tu supprimes une composante essentielle qui est justement ce dont on a parlé : le volontariat. Il correspond au souci de s'adapter par rapport à un environnement scientifique qui évolue. La recertification c'est extérieur, ça ne peut être qu'imposé.

Pascal FORTIER (*Centre Hospitalier du Haut Anjou*)

Je vais être très bref pour essayer d'être synthétique. Pour moi, la recertification c'est un constat d'échec de l'évaluation et de la formation continue. Si l'évaluation est bien menée, on met en évidence des besoins de formation continue. On refait une évaluation et ceci aboutit à une nouvelle formation continue et ainsi de suite. Il n'y a que s'il n'y avait pas de volontariat pour l'évaluation et pas de volontariat pour la formation continue qu'on serait obligé de recertifier. Ce serait un constat d'échec pour la profession.

Marie-José RAVINEAU (*Centre Hospitalier de Meaux*)

Je voudrais poser une question à propos de la recertification des médecins car cela rejoint l'évaluation des compétences. Nous, soignants, nous essayons de mettre en place des dispositifs d'évaluation des compétences, pas très performants pour l'instant, mais qui ont le mérite d'exister. Ça nous permet d'évaluer régulièrement les compétences des professionnels, de faire le point à un moment donné sur les compétences acquises, sur celles qui restent à développer, de définir les besoins en formation, les objectifs professionnels et personnels. Pourquoi ne pourriez-vous pas trouver aussi, de votre côté, un système qui serait le vôtre, par exemple dans la formation initiale ? La recertification ne me paraît pas appropriée du tout. Mais n'y a-t-il pas un intermédiaire où vous pourriez, aussi, sans faire d'auto-évaluation, procéder à une évaluation par vos pairs de vos compétences à un moment donné ? Bien sûr, il y a les connaissances médicales, mais j'attends beaucoup des médecins hospitaliers des compétences managériales. Là, effectivement, pour l'instant, il y a un peu un vide qui existe. On parle de plus en plus de référentiels-métier. Les référentiels-métier-médecin commencent à exister. C'est peut-être une idée à développer.

Etienne DUSEHU (*Centre Hospitalier de Compiègne*)

Le modèle que l'on avait commencé à conceptualiser quand j'étais chef de projet à l'Ordre, c'était justement un modèle auto-adaptable. Il faut que ce soit un modèle qui tourne en continu. Le modèle de recertification, par définition, c'est un arrêté ministériel, c'est figé.

Effectivement, pour nous ça ne peut fonctionner que si le modèle tourne de lui-même, sans attendre, à chaque fois, un arrêté, un décret, une circulaire d'application. C'est effectivement ce que l'on se proposait de mettre en place et d'expérimenter à partir d'octobre 2002. Je ne vois pas d'autres modèles (pour les avoir quand même tous explorés pendant plus de deux ans) qui puissent être pertinents.

Marie-José RAVINEAU (*Centre Hospitalier de Meaux*)

Etienne, tu sais aussi qu'au niveau de l'ANAES, les experts-visiteurs rencontrent un cabinet de consultants. Je trouve que cette démarche est assez intéressante. Ça permet peut-être, une fois ou deux dans sa vie professionnelle, de faire, aussi, un bilan de compétences avec des consultants externes qui n'ont pas forcément un jugement normatif mais qui peuvent permettre de se repositionner, de faire le point, de s'interroger sur ses potentiels.

Etienne DUSEHU (*Centre Hospitalier de Compiègne*)

Tu sais, dans ma carrière professionnelle, à peu près tous les 5 ans, j'ai toujours postulé sur des annonces pour être vu par des cabinets de consultants et être obligé de me vendre. De façon régulière, c'est un moyen qui aide à répondre à certaines questions : où en suis-je dans ma carrière professionnelle ? Qu'est ce que je peux faire ? Qu'est ce que j'ai envie de faire ? C'est ce questionnement qu'il faut susciter pour que la démarche d'évaluation soit volontaire. Il y a effectivement le cabinet de consultants. Je l'ai utilisé sous d'autres formes en répondant à des annonces. C'est un outil parmi d'autres.

Le modèle des médecins militaires et du système de santé des armées est aussi quelque chose d'intéressant. Pour monter en grade, ils ont un certain nombre d'objectifs de formation à atteindre et ils ont une liste de diplômes dans lesquels ils choisissent. De plus, ils ont une validation interne de la formation qu'ils ont reçue.

En 1975, on disait : "pour être inscrit sur la liste d'aptitude des chefs de service, il faudra avoir fait une formation au management". Je me suis dit : connaissant la fac, le jour où ça va être obligatoire, l'université va s'en servir comme d'un outil de pression avec des examens sélectionnants. Je me suis dit : il faut faire avant, car quand on fait avant au moins après on est validé. C'est comme ça que j'ai fait administration et économie de la santé... Je suis tombé dedans et j'y suis resté.

On revient à démarche volontaire et obligation. C'est un danger qu'il faut bien avoir à l'esprit. Il faut savoir que beaucoup d'autres des acteurs concernés ont des intentions beaucoup moins pures que les nôtres. Je n'irai pas au delà.

Fin des Journées