

LA PLACE DE L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES A L'HOPITAL

61^{ème} Journées du GERHNU (BRIVE LA GAILLARDE - Mai 2003)

Une nouvelle fois, le GERHNU a décidé d'aborder le problème de l'**évaluation**. Il l'a fait les 23 et 24 mai 2003 dans le pays de Turenne, à proximité de Brive la Gaillarde, en Corrèze.

Les **médecins libéraux** ont pris les devants dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), sachant que si leur démarche sort tout juste du stade expérimental, leur action doit pourtant inciter les **personnels hospitaliers** (médecins, mais aussi directeurs et soignants) à suivre cette voie, même si la procédure d'accréditation est un premier pas en direction de l'optimisation de la qualité. **L'évaluation des compétences va plus loin**. Elle se rapproche d'une estimation plus individuelle mais aussi elle permet de mettre en évidence les adaptations nécessaires. C'est là que **la formation continue** aide à corriger les éventuels dysfonctionnements de la formation initiale. Bien entendu, le problème de la **recertification** peut se profiler à l'horizon mais nous en sommes encore bien éloignés, les expériences internationales en ce domaine étant pour le moins discutables.

Quoi qu'il en soit, il est indispensable que les **métiers hospitaliers** prennent à bras le corps ce problème afin d'éviter la multiplication des "palmarès" régulièrement publiés par la presse nationale à partir de données et de référentiels parcellaires et discutables.

Dans son exposé introductif, le Professeur **Yves MATILLON**, ancien directeur de l'ANDEM et de l'ANAES, récemment chargé de l'animation de la mission interministérielle d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, a rappelé les enjeux en terme de qualité du service rendu mais aussi les **enjeux financiers et démographiques**. Pour les infirmières il a rappelé la notion de décret de compétence et la promotion professionnelle par la formation spécialisée.

De nombreuses questions restent ouvertes : l'évaluation de compétences concerne-t-elle tous les professionnels ? Sa réalisation doit-elle être mise sur pied et avec quels acteurs (l'ordre des médecins pour les médecins ?) ? Quels sont les moyens de coordination des dynamiques existantes ? Quelles que soient les réponses à ces questions **la démarche doit être valorisante et constructive** pour tous les professionnels de santé.

Le Professeur **Pierre DURIEUX** a situé la place de l'utilisation de l'Evidence Based Medicine (EBM) dans la pratique médicale. Il a tout d'abord rappelé les principes

fondamentaux de cette médecine fondée sur les **preuves** (accès à l'information, lecture critique), sa prise en compte dans les décisions et la remise en cause permanente des connaissances.

La **lecture critique** de la littérature médicale (souvent en anglais) est l'élément fondamental de l'EBM, à condition de faire preuve d'une très grande rigueur : objectivité, indépendance d'esprit, connaissance en matière statistique. Ceci permet de déterminer **un niveau de preuve et des aides à la décision** sous la forme de **recommandations de pratique clinique** (RPC). Si elles posent certains problèmes de souplesse vis à vis de situations cliniques toujours différentes, les RPC peuvent contribuer à améliorer les connaissances, servir de rappel et induire le changement de décisions simples. Par contre, elles ne peuvent pas changer **les décisions médicales complexes** ni l'expertise médicale.

L'évaluation des Directeurs d'Etablissement de Santé a été abordée par **François MAURY** (ROUBAIX) et **Jean-Jacques ROMATET** (NICE). Tous deux ont rappelé le système contraignant dans lequel ils évoluent. En effet, dans un cadre budgétaire fixé, la continuité des soins, le respect des règles de sécurité (dont la liste s'allonge) et la mise en conformité permanente par rapport à la réglementation sont pesants. Soulignant "l'ambiguïté" du rôle du Conseil d'Administration et le caractère "hybride" du Directeur, ils ont déterminé les **4 fonctions du manager hospitalier** à évaluer : **planification, organisation, animation et évaluation**. L'interactivité entre les corps de métier hospitaliers a été soulignée puisque selon J-J. ROMATET : "**le médecin est un directeur comme les autres**" et en guise de conclusion : "**le directeur est un soignant comme les autres**".

Les pharmacies hospitalières sont inspectées régulièrement. Monsieur **Patrick ZAMPARUTTI**, Pharmacien Inspecteur, a rappelé les principes mais aussi les limites de ces **inspections** : revue objective et systématique d'une activité ou de locaux, respect d'exigences prédéfinies (lois, bonnes pratiques, procédures). Après vérification de la validité de données, la recherche de problèmes ou de défauts permet la mise en évidence de corrections à effectuer puis de vérifier la mise en place des actions correctives et leur efficacité. Une comparaison avec le système anglais a été proposée. Il faut mentionner l'existence d'un guide écrit déterminant le rôle et les missions des pharmaciens britanniques selon leur grade.

Si un corps professionnel hospitalier est en avance par rapport aux autres en matière d'évaluation des pratiques, c'est bien celui des infirmières. **Marie-José RAVINEAU**, ANAES (directeur des soins du Centre Hospitalier de MEAUX) l'a démontré. L'audit clinique est de pratique courante à l'aide de plusieurs techniques (PDCA, EFQM, etc...). Il s'agit d'un processus **méthodique et documenté** permettant une amélioration des compétences, mais aussi une assistance au management.

C'est dans le domaine de l'évaluation des médecins que les expériences et les avis paraissent les plus nombreux.

Dans le domaine des expériences, celle du Docteur **Alain TENAILLON**, réanimateur, est tout à fait particulière. Certaines opportunités lui ont permis de constituer un groupe professionnel spécialisé qui évalue, depuis de nombreuses années, par un audit, les **services de réanimation** qui le désirent. Plus que les compétences individuelles ce sont les pratiques collectives qui sont examinées à la loupe. Une quarantaine d'audits ont été réalisés et il a été souligné le caractère "**dramatique**" de la réception du rapport 9 fois sur 10. Par contre, la **mise en conformité** a été jugée "**remarquable**". Le rôle de **formation interne** de cette démarche a été souligné, de même que son utilité potentielle dans l'allocation de moyens.

La **médecine libérale** est, elle aussi, en pointe en matière d'EPP. En effet, du stade expérimental, elle passe actuellement à la mise en œuvre opérationnelle avec une extension progressive à toutes les régions. Elle a un **cadre légal** (décret n°99 -1130 du 28-12-1999). Elle est issue d'une **collaboration** entre les médecins libéraux, l'ANAES et les URML.

Les médecins libéraux s'engagent **volontairement** dans une démarche d'évaluation non sanctionnante. C'est un service rendu par un pair (**le médecin habilité**) à un **médecin engagé** à qui est apportée une aide méthodologique pour auto-évaluer sa propre pratique et ses besoins de formation pour l'améliorer. Les médecins habilités sont formés par l'ANAES et rémunérés par l'URML. C'est le Docteur Jean-François DURR (ANAES et GERNHU) qui a rapporté cette expérience individuelle et collective.

Après l'éclairage de ces expériences diverses, le GERNHU a bénéficié des points de vue d'un Doyen de Faculté et d'un Médecin Conseil de l'Assurance Maladie avant d'élargir le débat sur le plan international (l'expérience québécoise).

Le Professeur **Jacques ROLAND**, ex-Président de la Conférence Nationale des Doyens de Faculté, a tout d'abord attiré l'attention sur quelques difficultés :

- les universitaires ne représentent pas toute la profession,
- ils connaissent plus les maladies que les malades
- dans le système actuel, la certification est impossible en fin de carrière
- les internes sont hostiles à l'EPP estimant qu'ils ont atteint "le sommet des connaissances théoriques".

En matière de pédagogie médicale, les travaux du Professeur **Jean JOUQUAN** (BREST) ont été soulignés : l'interaction entre le **savoir, le savoir-faire et le savoir-être** aboutissant au **raisonnement clinique** paraît primordiale. Sur cette base, les différentes méthodes **d'évaluation des connaissances** des étudiants (QCM, cas cliniques, OSLER, ECOS, FEL, Port-folio, etc..) ont été détaillées pour aboutir aux conclusions suivantes :

- il n'y a aucune **méthode idéale** pour évaluer la compétence médicale, mais on peut en associer plusieurs
- il peut y avoir des **évaluations collectives en terme de santé publique**
- les **bilans de compétence**, basés sur des référentiels professionnels sont des pistes actuelles

- et surtout, la **formation continue** peut être un excellent instrument d'auto-évaluation.

Le Docteur **Bruno DELFORGES** (Assurance Maladie du Centre Ouest) souhaite une évolution de l'EPP vers une EPPP (évaluation **partagée** des pratiques professionnelles). Il a retracé l'historique des missions du **médecin conseil** : de l'examen des prolongations de séjours, aux "coupes transversales", aux enquêtes nationales sur les filières d'activités, jusqu'au "regard" sur les procédures et résultats de soins (chirurgie de l'obésité, accidents vasculaires cérébraux, diabète de type II). L'avenir paraît représenté par un rôle "**facilitateur**" de l'Assurance Maladie sous la forme d'un "**partage d'informations**".

Le Docteur **Etienne DUSEHU** (GERHNU) estime qu'il faut tirer parti de l'**expérience québécoise** (qui fascine les français) en conservant les meilleurs aspects de ce système pour les transposer dans le nôtre : **partage de l'information qui est publique et contradictoire, mode de rémunération "stimulant",** intégration des différentes composantes du **fonctionnement médico-social**. Il a par ailleurs rappelé que le système québécois est caractérisé par l'exercice **libéral** des médecins, y compris à l'hôpital, par une pratique comportant le **codage** des pathologies et des actes, par la **formation universitaire des infirmières** et par le **rôle du Collège** des médecins (équivalent de notre Ordre) qui promeut une médecine de qualité. Bien entendu, la mise en œuvre d'un tel système est "moins idéale qu'on ne l'imagine volontiers" mais ces difficultés "ne sont pas niées" ce qui traduit bien la **culture de l'évaluation fondée sur les faits**, trait de caractère primordial des professionnels de santé québécois.

Tout comme lors des 60^{èmes} journées du GERHNU (GAP - mai 2002), le bureau du GERHNU avait décidé de se rapprocher des trois corps de métier hospitalier (médecins, soignants, directeurs et usagers) pour donner son avis sur le thème. Pour cela, un questionnaire a été adressé à tous les hôpitaux.

Le Docteur **Pascal FORTIER** (GERHNU - Centre Hospitalier du Haut Anjou) a synthétisé les résultats de ce **questionnaire**, en introduction au travail en ateliers. Quelques éléments méritent d'être soulignés, ils concernent majoritairement les médecins :

- formation : en moyenne 3 fois par an, surtout en milieu universitaire, presque toujours diplômante
- révision : les revues de dossiers sont fréquentes, les revues de décès sont exceptionnelles
- recommandations : majoritairement suivies, mais prescriptions hors AMM très fréquentes.

Il a été souligné que les principaux obstacles à l'évaluation sont le manque de temps et le déficit de compétence en méthodologie, ce qui indique sans doute un besoin en formation dans ce domaine.

- Le **premier atelier** avait pour mission de répondre à la question : **évaluation des pratiques professionnelles... pourquoi ?... mode ou ardente obligation ?**

Si la procédure d'accréditation est bien perçue comme une approche collective multiprofessionnelle de la qualité, l'EPP est le reflet d'une culture transversale autour d'un projet commun fédérateur.

Le patient a tout à y gagner grâce à l'amélioration du niveau de connaissance, à l'adaptation aux recommandations de bonne pratique et à une mutualisation des compétences. Cependant, cette évaluation doit être formative et non pas normative.

Outre cet aspect, **les professionnels doivent aussi y trouver leur compte** en progressant collectivement **autour d'un projet** et en évoluant positivement dans la filière professionnelle et/ou au sein de la structure. Cette méthode est certainement plus valorisante que la notation qui, en aucun cas, sous sa forme actuelle, ne peut être considérée comme une évaluation.

Au niveau de l'établissement à titre d'expérience et d'exemplarité, il est suggéré une **évaluation mutuelle et solidaire des trois corps de métier** (médecins, soignants, directeur) autour du projet.

Deux autres propositions sont faites, allant dans le même sens :

- un temps universitaire commun dans la formation initiale (sous forme de module)
- une immersion secondaire dans la profession des deux autres corps de métier.

Ainsi l'évaluation des pratiques professionnelles peut apparaître comme un outil de communication et comme un levier de décloisonnement.

- Le **second atelier** devait répondre à la question : **comment... seul ou accompagné ?**

La nécessité de l'institutionnalisation de la procédure d'évaluation est apparue aux membres de ce groupe de travail. L'EPP, dans ces conditions, est un **objectif stratégique pour l'établissement**.

Dans un premier temps, elle doit être individuelle puis devenir collective. Elle doit toucher tous les secteurs d'activité sans oublier celles qui sont transversales.

Deux niveaux apparaissent (aussi) dans la démarche :

- auto-évaluation ou évaluation par une autre équipe de l'établissement
- évaluation externe par des pairs, des sociétés savantes ou des organismes compétents.

Aucun outil et aucune méthode n'est à exclure. Il convient de se servir des **expériences précédentes validées**, ce qui permettra peut-être une évolution vers la constitution d'une base nationale.

L'intérêt de la revue des dossiers et de la revue des décès a été souligné. Il est peut-être nécessaire de créer dans chaque établissement une commission chargée d'animer leur fonctionnement.

La cohérence de la démarche impose **des liens fonctionnels entre les trois corps de métier** pour ce qui concerne l'EPP, car la finalité est l'amélioration de la qualité du service rendu au patient. Notons que cette idée a été promue non seulement par les participants aux trois ateliers, mais aussi par les intervenants.

- Le **troisième atelier** avait pour mission de dépister les éventuels risques liés à l'EPP : difficultés de sa réalisation, risques pour les patients, les professionnels et les structures liés à la procédure ou à son échec.

Les **difficultés** de réalisation paraissent essentiellement **culturelles** : résistance au changement, confusion entre évaluation et jugement, crainte de l'uniformisation ou de la standardisation et de la prééminence de l'outil sur l'objectif. Le problème du temps consacré à l'EPP est une réalité, mais il est inégalement appréhendé, notamment chez les médecins (alibi ?).

Les solutions envisageables à ces obstacles sont sans doute le **travail en commun** (là encore) et la **formation continue**.

Les risques pour les patients, les professionnels et les structures liés à la mise en place de l'EPP sont essentiellement représentés par "**la perte de vue de l'objectif dans une usine à gaz**". Il paraît dangereux d'évaluer seulement pour évaluer ou de réduire les pratiques professionnelles aux indicateurs de leur évaluation. Le danger est aussi le dévoiement de son utilisation (sanction négative versus amélioration des pratiques). Faute d'éviter tous ces écueils, on risque d'aboutir à un système figé et démotivant.

Les risques liés à l'échec de la procédure sont sans doute encore plus sévères :

- pas d'amélioration possible du service rendu au patient
- démotivation générale (ou individuelle) si les corrections nécessaires ne sont pas mises en œuvre
- absence de possibilité d'évolution professionnelle et risque de paupérisation des structures

- effet délétère sur l'ensemble d'une structure d'une démarche individuelle d'audit d'un service (le syndrome d'AGEN), le risque étant une répartition inéquitable des moyens.

Toutes ces craintes réelles ne peuvent être évacuées que si l'EPP s'inscrit dans une démarche de projet allant de la structure à l'évolution professionnelle et qu'elle respecte une méthodologie extrêmement rigoureuse.

La longue discussion qui a succédé aux ateliers a permis de préciser la position du GERHNU vis à vis de la recertification des médecins.

Dans ce domaine, les propositions sont rares. Les avis exprimés indiquent qu'il n'y a pas lieu de l'envisager actuellement car la situation de la profession médicale paraît "évolutive et dynamique".

La recertification "n'a de sens qu'en situation stable". Elle apparaît comme un échec de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la formation continue. En corollaire, l'accréditation des structures, l'EPP et l'évaluation des compétences rendent la recertification inutile.

Les idées-force sur le thème que nous avons abordé sont donc les suivantes : **nécessité de l'EPP, solidarité et mutualisation des informations pour les 3 corps de métier, auto-évaluation puis évaluation externe, utilisation des méthodes et des compétences validées, méthodologie rigoureuse et consensuelle, intérêt majeur de la formation continue à tous les niveaux, utilisation rigoureuse et honnête des résultats au bénéfice de la population et des professionnels.**

Il apparaît, ainsi, nécessaire qu'une culture d'évaluation soit promue dès le début des études, dans les trois corps de métier. Nous sommes liés, comme le souligne Françoise JUNGFER par un "contrat d'effort" et non par un "contrat de résultat" car "être compétent ce n'est pas gagner du premier coup".