

L'évaluation des Compétences
Pour une valorisation des individus et du système.
Vers la confiance des patients et des professionnels.

Les préconisations du Groupe d'Etude et de Réflexion de Hôpitaux Non Universitaires
61° et 62° Journées
Brive 23 et 24 mai 2003
Hôpital Européen Georges Pompidou 14 novembre 2003

Une nouvelle fois, en 2003 le GERHNU a choisi d'aborder le thème de l'évaluation.

Au cours de deux sessions, au printemps et en automne, une centaine d'acteurs de terrain ont mené une réflexion afin de dégager les idées forces d'une déclinaison opérationnelle de l'évaluation des compétences et des pratiques professionnelles.

Leur travail a été guidé par leur vécu et par l'écoute d'experts et de personnalités particulièrement impliquées dans le sujet*.

Au terme de ces journées, quelques éléments gages de réussite de la démarche ont été ciblés.

La définition de la compétence, telle que l'a explicitée le Professeur Yves Matillon, a été un éclairage fondamental : la compétence est « la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir faire, comportement et expérience) en situation ».

Les objectifs de l'évaluation des compétences sont apparus clairement.

Il s'agit de détecter, de valoriser et d'utiliser les compétences des individus au regard des besoins de la population prise en charge, de l'institution et des aspirations propres de chaque professionnel. Il existe en effet dans les établissements, où les affectations se font selon la qualification du diplôme et trop souvent de façon quasi uniforme, des richesses de potentiel humain, pas toujours connues ni utilisées. Le premier objectif est de corriger ces situations de disproportion.

A l'inverse certains individus génèrent du risque du fait d'une insuffisance ou plus souvent d'une inadéquation de leur compétence avec leur poste. Le deuxième objectif est d'instituer un système de veille et de prévention de l'insuffisance de compétence. Actuellement on ne dit que « incompétence » et ceci de façon exceptionnelle quand la situation atteint des niveaux inadmissibles pour les équipes. Or cette décision fait presque toujours suite à des situations larvées au cours desquelles le fonctionnement des équipes est invalidé, douloureux pour tous et où il y a une perte de chance pour de nombreux patients pris en charge dans la structure. Le dispositif d'évaluation des compétences devra inclure un mécanisme de gestion graduée des insuffisances de compétences. Les outils de correction devront sortir du registre classique de la sanction et de la punition qui ne devraient être que le recours ultime face à un professionnel refusant toute coopération et dépourvu du sens du travail en équipe.

La reconnaissance, la labellisation des individus et des équipes n'est pas l'objectif premier de l'évaluation des compétences. Le but poursuivi est l'optimisation des prestations fournies aux patients.

Les bénéficiaires de la démarche doivent être la population, le système de santé et aussi les professionnels. L'insuffisance de compétence a un coût financier et humain. Le haut niveau de compétence est un enrichissement collectif et individuel.

Clairement, l'évaluation des compétences n'est pas une fin en soi mais doit s'inscrire dans une dynamique permanente d'évolution et d'amélioration de chaque individu et de chaque équipe.

Il existe des fondamentaux dans la définition de l'évaluation des compétences.

Toute appréciation d'une compétence n'est valide qu'à jour et poste donnés.

Les données scientifiques, les besoins et les attentes de la population évoluent constamment et les professionnels doivent s'y adapter tout au long de leur carrière, ce que le cadre institutionnel actuel ne permet pas aisément.

De plus, pour un même métier et à une même époque d'exercice les requis sont différents selon les situations d'exercice. Le préalable à l'évaluation des compétences est la définition des missions et des objectifs de chacun. Ces missions sont diversifiées et mériteraient d'être plus généralement précisées dans des fiches de poste, au-delà des qualifications réglementaires. Ces définitions de mission auraient le mérite de clarifier la situation, de rendre cohérent le fonctionnement d'ensemble de l'institution et de rendre lisible pour chacun sa place dans le processus de prise en charge des patients.

En milieu hospitalier la compétence est individuelle, collective et systémique

Pour son exercice, chaque professionnel de l'hospitalisation utilise ses propres ressources mais travaille aussi en lien étroit avec les autres au profit d'un objectif commun.

La lutte contre les infections nosocomiales est un exemple illustratif de la compétence collective nécessaire et incontournable. Si la politique d'utilisation des antibiotiques appartient aux médecins, elle n'en est qu'un des éléments. De plus elle découle de la compétence collective de l'ensemble de la collectivité médicale et scientifique, déclinée par les équipes locales et chaque praticien. L'application des référentiels d'hygiène par les soignants médicaux et non médicaux est un autre point fondamental.

L'implémentation de l'utilisation des référentiels de bonnes pratiques nécessite une dynamique managériale.

La réalisation et l'entretien des locaux et installations d'eau, d'air et de régulation thermique sont également des éléments clé pour lesquels les acteurs sont la direction, voire la tutelle sanitaire et les personnels des services support.

Le malade a aussi un rôle important : son écologie microbienne, son niveau de défenses immunitaires et son comportement ; il doit être associé donc informé.

L'efficacité du programme de lutte contre l'infection nosocomiale passe donc par la fédération de toutes ces compétences différenciées autour d'un objectif commun, tout maillon défaillant mettant significativement le patient en situation à risque.

Ainsi il est fondamental que tous les acteurs de santé partagent une culture commune et une reconnaissance positive de leur appartenance collective. A l'inverse le travail en cohérence n'implique pas des savoirs communs mais complémentaires, clairement utilisés.

Pour atteindre une synergie entre les professionnels de l'hospitalisation, la création d'un tronc commun de quelques dizaines d'heures dans les formations initiales semble un élément positif. La phase de recrutement et d'intégration est essentielle, le parrainage peut être facilitateur. Cependant l'élément qui fait vivre la compétence collective est la rencontre des équipes dans le travail au quotidien, dans les staffs multidisciplinaires et les réunions multiprofessionnelles. C'est là que s'apprend l'exercice difficile des pratiques communes.

Dans l'état actuel de la réglementation les instances sont catégorielles, même s'il y a une représentation des autres catégories au sein de chaque instance. C'est un facteur de cloisonnement et de méfiance. Il est souhaitable de créer une instance délibérative, transversale, multiprofessionnelle assumant collégialement la responsabilité des décisions prises. Les principaux métiers y seraient représentés en nombre pour travailler sur les orientations de l'établissement et la mise en œuvre des activités. Les instances type CME ou CSI garderaient un rôle plus directement en relation avec la catégorie professionnelle de l'instance.

Il faut noter que, quoique secondaires, les occasions de partager des expériences en dehors du domaine professionnel sont des liens bien connus dans le monde du travail et peu utilisés dans les établissements de santé. Il en est de même des outils de communication sur la valeur positive de la structure et du travail accompli ; dans le climat actuel le besoin se fait clairement sentir.

Il y a un lien très fort entre confiance et évaluation

A ce jour il semble clair qu'évaluer les compétences est nécessaire pour garder la confiance des patients, du public, des médias, des collègues et de soi-même.

Pour générer la confiance, on peut proposer de mener ces évaluations selon sept règles simples.

1. La communication doit mettre l'accent sur le fait que l'évaluation a pour motif d'élaborer un projet personnel et collectif d'amélioration et de valorisation.
2. Les professionnels de santé, leurs ordres, les collègues et les sociétés savantes, ainsi que la faculté doivent être les moteurs de la démarche et de la publication des résultats. Ils doivent être garants de la qualité de la méthode et de l'interprétation des résultats.
3. Tout le monde doit être évalué avec tout le monde : tous les métiers de l'hospitalisation sont concernés, séparément mais aussi en lien selon les domaines
4. La cible ne doit pas être les déviants. L'évaluation doit être valorisante, pour entretenir cette confiance entre professionnels: ne pas accuser pour ne pas décourager ceux qui ont bien fait (ou qui essayent ...) ; valoriser pour faire venir ceux qui font moins bien ou simplement n'ont pas encore la préoccupation de l'évaluation.
5. L'évaluation doit aboutir à un résultat immédiat ce qui sous-entend qu'il faut prévoir les conséquences possibles des modalités choisies. Pour cela il faut privilégier les procédures légères, simples, avec retour sur investissement et qui rendent espoir en donnant la reconnaissance. Par ailleurs il faut impliquer dès le début et tout au long du processus les « décideurs », autant ceux qui allouent les moyens que ceux qui sont en charge de la gestion des ressources humaines. Et il faut savoir différer le centrage sur une problématique si le contexte ne permet pas de l'effectuer dans les meilleures conditions possibles.
6. La démarche d'évaluation doit être conduite avec une dynamique de projet au sein de l'établissement, les pilotes seront choisis pour leurs capacités d'entraînement et leur empathie, dans un rôle fonctionnel et non hiérarchique. Elle doit l'être en lien étroit avec les structures en charge de la démarche qualité et de la gestion des risques.
7. La culture de l'évaluation doit faire partie des formations initiales de toutes les professions de santé.

La mise en œuvre d'une politique d'intéressement est fondamentale pour générer et conserver l'intérêt d'agir des acteurs dans la démarche d'évaluation. L'intéressement, comme la compétence en milieu hospitalier, doit être individuel et collectif. Il ne doit pas exclure l'aspect financier. Pour le professionnel il peut avoir des déclinaisons de formation et de gestion de carrière. Pour les équipes et les établissements, il sera décliné en allocation contractuelle de moyens pour la qualité et le développement des activités en adéquation avec les besoins du territoire de santé.

L'évaluation des pratiques professionnelles est un des constituants de l'évaluation des compétences

La compétence est issue du savoir acquis initialement, tant scientifique que comportemental pour l'exercice du métier. Elle est référencée dans le monde de la santé par le diplôme et la qualification.

L'expérience en est le deuxième maillon. La Valorisation des Acquis et de l'Expérience commence à s'implémenter. A ce jour peu de références d'activité cible (ou seuil) sont à disposition. Ce qui est clair c'est que l'aspect quantitatif est à prendre en compte, notamment pour les activités à haut niveau de complexité ; cependant il doit être mis en perspective avec la mission dont est investie le professionnel ou le « service » dans la logique de territoire de santé ; une cohérence doit être recherchée dans les projets de territoire.

La revue par les pairs et l'évaluation des pratiques professionnelles est le troisième angle d'approche des compétences. Dans ce domaine il faut mettre l'accent sur l'efficacité de la méthode d'auto évaluation.

Au plan pratique, on peut suggérer d'initier des EPP à l'échelle d'équipes et non à l'échelle d'un établissement ; la réalisation et le retour d'expérience pourraient en être facilités.

Deux types de thèmes d'EPP peuvent être proposés : les parcours cliniques, car la prise en charge des malades est le cœur de métier de l'hôpital, et la conduite de projet qui est le fondement de la réponse aux besoins de la population et des acteurs en interne. La dimension pluriprofessionnelle de ces thèmes est propice à une évaluation mutuelle et solidaire des différents corps de métier et pourra renforcer la transversalité de chacun, la confiance à l'autre et les

compétences collectives. Le choix des thèmes associera les champs définis comme prioritaires au niveau national et aussi au niveau des équipes, des individus, selon les projets en cours et l'analyse de l'activité et sur le principe d'un intérêt partagé. Les référentiels des sociétés savantes en seront le cadre.

La revue des décès réalisée de façon multiprofessionnelle enrichira les résultats des EPP et la démarche qualité.

La formation continue, pivot de l'amélioration des compétences, s'appuie sur les trois autres constituants et particulièrement sur les résultats des évaluations des pratiques professionnelles. La formation doit être structurée dans un plan annuel voire pluriannuel, intégrée au projet du secteur d'activité et privilégier autant les points de difficulté que le renforcement des points d'excellence. Elle doit également s'inscrire dans un projet de carrière.

A terme la boucle de l'évaluation et de la valorisation des compétences nourrira la composition des savoirs initiaux et la définition des métiers.

Au travers de ces réflexions et des démarches déjà initiées, les congressistes ont conclu qu'à ce jour l'évaluation et la gestion des compétences s'imposent à tous les professionnels de l'hospitalisation dans la dynamique d'amélioration de la qualité des prises en charge. La question n'est plus à son opportunité mais à ses modalités de mise en œuvre susceptibles, dans le climat actuel difficile, de garantir le succès de la démarche au profit des patients et des professionnels.

Le GERHNU propose donc de mener des expérimentations dès que possible.

L'initiative pourra venir d'équipes de terrain porteuses de projets en cohérence avec les objectifs des instances institutionnelles et scientifiques.

Ces démarches partiront de l'évaluation des pratiques professionnelles pour aboutir à la gestion des compétences de chacun des acteurs.

L'analyse portera sur la méthode et les difficultés de mise en œuvre, les conséquences en terme de projet d'amélioration et notamment dans le domaine de la formation et l'impact social collectif.

Elles respecteraient quelques principes qui favoriseront la confiance et la valorisation de tous. Il s'agit essentiellement

- du volontariat
- de l'entrée simultanée de tous les métiers dans la démarche
- de la cohérence avec les objectifs des secteurs et des individus
- de la garantie de la mise en œuvre des formations nécessaires
- de la fiabilité de la gestion des insuffisances de compétences.

Il est important de garder en mémoire qu'une expérimentation n'a de valeur que si elle peut être diffusée à large échelle.

Le potentiel d'initiative des professionnels de terrain reste une richesse forte du monde de l'hospitalisation, la volonté de bien faire y est unanimement partagée et le souci d'évoluer est un levier utilisable pour rétablir la confiance.

23 et 24 mai 2003 : Evaluation des pratiques professionnelles

Quelques éclairages

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

Yves MATILLON, Chargé de la Mission Interministérielle

Utilisation de l'Evidence Based Médecine dans les pratiques Professionnelles

Pierre DURIEUX, maître de conférence, Université santé publique et information médicale Broussais Hôtel Dieu

L'évaluation des directeurs, le présent, le futur

Jean-Jacques ROMATET, Directeur général, Centre Hospitalier Universitaire de NICE, François MAURY, Directeur, Centre Hospitalier de ROUBAIX

Les pharmacies : de l'inspection à l'évaluation

Anne-Marie LIEBBE, Pharmacien, Centre Hospitalier de COMPIEGNE

De l'audit clinique à l'évaluation des compétences

Marie-José RAVINEAU, Direction des Soins, Centre Hospitalier de MEAUX, ANAES

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

Alain TENAILLON, médecin, Centre Hospitalier du SUD FRANCILIEN

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

Pierre CLAVEIROLE, Médecin habilité par l'ANAES pour l'EPP

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

Jacques ROLAND, Président de la Conférence des Doyens

L'expérience de l'assurance maladie

Bruno DELFORGES, Médecin CAM Centre OUEST

De la réalité québécoise aux fantasmes français

Etienne DUSEHU, médecin, Centre Hospitalier de COMPIEGNE

Introduction aux ateliers : présentation des résultats de l'enquête

GERHNU

Pascal FORTIER, médecin, Centre Hospitalier du HAUT ANJOU

3 Ateliers pour 3 questions

Atelier 1

Pourquoi : mode ou ardente obligation ?

Atelier 2

Comment : seul ou accompagné ?

Atelier 3

Pour quels risques encourus ?

14 Novembre 2003 : Evaluation des compétences

Rapport de mission interministérielle : l'évaluation des compétences

Professeur Yves Matillon

Ateliers