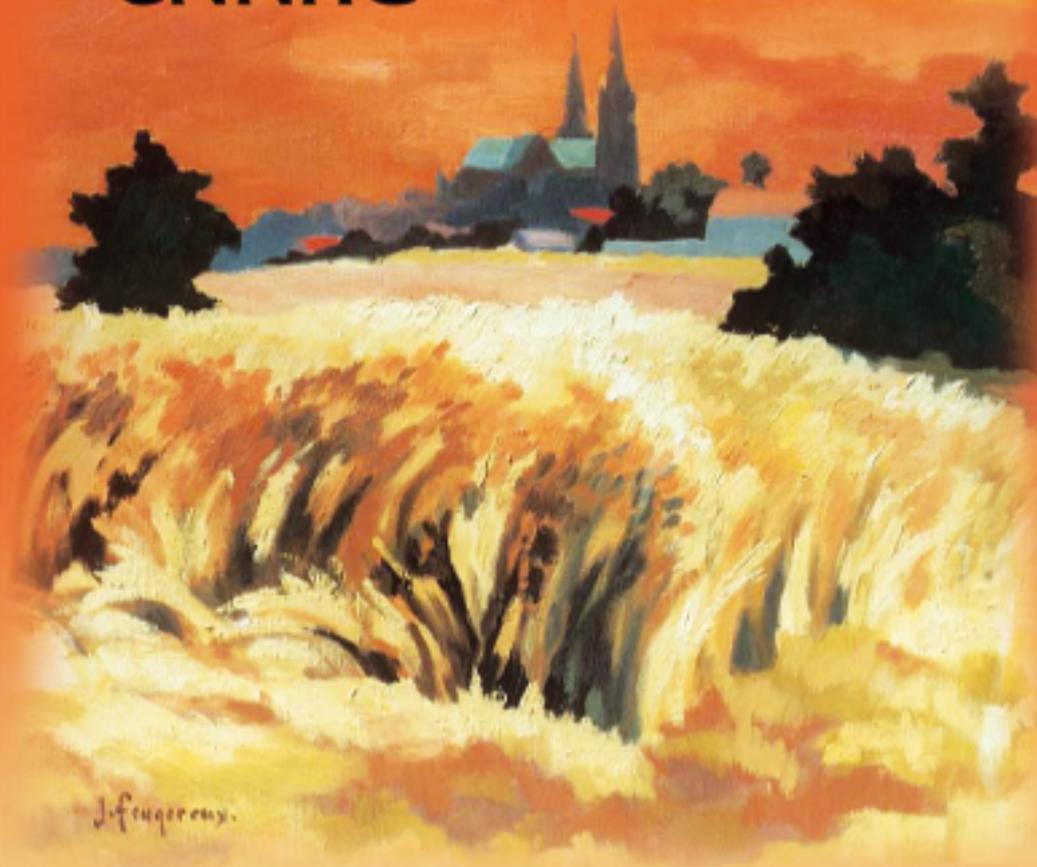


9^{ème} Journée du Collège National des Neurologues des Hôpitaux Généraux


CNNHG



Chartres - samedi 13 mai 2006

Chambre de Commerce et d'Industrie - 5 bis avenue Marcel Proust

**Les bonnes pratiques médicales en neurologie à l'hôpital général :
des recommandations à la pratique quotidienne**

Livre des Résumés

SOMMAIRE

Matinée

Les recommandations professionnelles: principes généraux, méthodes, mises en œuvre	2
<i>Patrice DOSQUET (Haute Autorité de la Santé)</i>	
Prise en charge de la Sclérose Latérale Amyotrophique, entre consensus et pratique.....	4
<i>Michel DIB (Paris), Philippe CORCIA (Tours)</i>	
Appliquer les recommandations professionnelles dans le cadre d'une filière neuro-vasculaire,	
- sans moyen supplémentaire	6
<i>Isabelle BONNAUD (Tours)</i>	
- avec des moyens supplémentaires	8
<i>Gilles RODIER (Mulhouse)</i>	
La prise en charge d'un patient suspect d'AVC sans UNV : comment limiter la perte de chance ?.....	10
<i>Eric BODIGUEL (Bourges)</i>	
L'organisation du retour à domicile des AVC: du mythe à la réalité	13
<i>Anne-Céline ZEGHOUDI (Dreux)</i>	

Après-midi

Dis moi où tu habites ? Je te dirai à quels soins tu peux prétendre !	15
<i>Piernick CRESSARD (Conseil National de l'Ordre des Médecins)</i>	
Du texte à la réalité	17
<i>Jean-Marie DEGOIS (Directeur de l'Hôpital de Dreux)</i>	
L'évaluation des pratiques des médecins : pourquoi et comment ?.....	19
<i>Jean-Michel CHABOT (Haute Autorité de la Santé)</i>	

Les recommandations professionnelles :
principes généraux, méthodes, mises en oeuvre

Patrice DOSQUET (Saint-Denis La Plaine)

*Responsable du Service des Recommandations professionnelles,
Haute Autorité de la Santé*

Patrice DOSQUET
Haute Autorité de la Santé
2 avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Email : p.dosquet@has-sante.fr

Les recommandations professionnelles (RP) sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Il s'agit donc d'outils d'aide à la décision. Leur objectif général est d'améliorer la qualité des soins en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, ce qui est bien démontré, ce qui reste sujet à incertitudes et controverses. Il ne s'agit pas de normes.

Ayant débuté dans les années 70-80 (en France à la fin des années 80), la production de RP vise à répondre à différents problèmes identifiés par l'ensemble des acteurs du champ de la santé (les professionnels, les décideurs de santé et les patients) : l'accroissement incontrôlable des données cliniques publiées et la nécessité pour les professionnels de disposer d'informations évaluées, objectives, synthétiques et opérationnelles, la demande de décision partagée et de qualité optimale de la part des patients, la constatation de variations de pratique inexpliquées par des données purement épidémiologiques, l'accroissement constant des dépenses de santé contrastant avec des ressources mobilisables limitées imposant donc de faire des choix. Le changement apparent de paradigme scientifique induit par l'apparition de l'*evidence-based medicine* (EBM) a renforcé encore ce besoin de tous les acteurs de disposer de RP. Un travail de construction de méthodes explicites (conférences de consensus, recommandations pour la pratique clinique, consensus formalisés) a permis de proposer des outils pour construire des RP.

Toutes ces méthodes reposent sur deux éléments en quantité variable : i) une analyse et une synthèse critiques des données cliniques disponibles, avec définition de leur niveau de preuve, ce qui répond aux exigences de l'EBM, et ii) une prise en compte de l'avis des professionnels de terrain définissant la part d'accord professionnel ou de consensus. De nombreuses sociétés savantes et institutions ont produit et produisent des RP, à tel point qu'aujourd'hui les professionnels peuvent parfois être confrontés à des RP sensiblement différentes concernant le même thème clinique. Cela s'explique habituellement par des différences de méthode de construction, de références bibliographiques retenues et d'interprétation des données, qui n'est jamais exempte d'une part de subjectivité. Mais, il ne suffit pas de produire de « bonnes RP » pour qu'elles soient utilisées et que la qualité des soins soit améliorée. Il est indispensable que les RP soient mises en œuvre, « implémentées », de manière active pour que les professionnels, et les patients, se les approprient et les utilisent réellement.

Il s'agit d'un véritable défi si on ne veut pas que la production de RP devienne un exercice purement académique. Pour cela, il faut rendre les RP réellement opérationnelles, fournir aux professionnels des outils/formats pratiques, faire plus que les diffuser, intégrer l'appropriation au travail quotidien des professionnels, en particulier grâce à toutes les démarches d'évaluation des pratiques.

Prise en charge de la Sclérose Latérale
Amyotrophique, entre consensus et pratique

Michel DIB (Paris)
Philippe CORCIA (Tours)

Michel DIB
9 rue Edouard Manet
75013 Paris

Philippe CORCIA
Centre SLA,
CHU Bretonneau
2 bis Boulevard Tonnellé
37044 Tours Cedex

Email : corcia@med.univ-tours.fr

La SLA est Une affection faussement rare, avec une prévalence de 4-6 pour 100 000 habitants, on estime le nombre des patients atteints de cette maladie en France de l'ordre de 6000- 7000.

Le diagnostic est essentiellement clinique, il se fait souvent avec un retard de 8 à 18 mois, si le patient n'a pas pu consulter rapidement un neurologue.

Compte tenu de sa gravité et ses suites, l'annonce du diagnostic devrait être faite par la même équipe multidisciplinaire qui va suivre le patient, selon la conférence de consensus réunie en 2005, cette conférence a, par ailleurs, bien défini toutes les étapes de la maladie, du diagnostic à la prise en charge.

L'évolution se fait souvent vers l'aggravation, avec une variabilité importante entre les patients sur le plan musculaire et de la survie, et il n'est pas rare de voir des patients vivre plus de 5- 10 ans (10- 20 % des patients).

La prise en charge fait appel à plusieurs intervenants spécialisés regroupés habituellement ensemble (kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, infirmier, assistante sociale, pneumologue, diététicienne), elle devrait permettre des interventions régulières mais surtout urgentes et rapides, nécessitant ainsi une disponibilité 24/24 et une réactivité, elle vise aussi à identifier, traiter, et anticiper les différents événements critiques qui compliquent l'évolution de cette maladie.

Comparées à d'autres pathologies neurologiques, l'urgence toujours possible, et ces conditions de prise en charge définies par la conférence de consensus, nécessitent beaucoup plus de temps et d'investissements, ce qui n'est pas toujours évident à réaliser dans le cadre d'un exercice neurologique généraliste, d'où le regroupement de ces différents intervenants au sein de centres de références réparties sur l'ensemble du territoire national.

Plusieurs études épidémiologiques ont démontré le bénéfice clinique et en terme de survie, des interventions précoces spécialisées et orchestrés par des équipes multidisciplinaires, utilisant en plus le traitement étiologique, et des gestes adaptés comme la gastrostomie.

La création récente des réseaux de santé devrait permettre une meilleure coordination entre ces différents acteurs de soins, regroupant ainsi les neurologues et les paramédicaux de proximité avec ceux des centres de référence, afin d'assurer pas seulement un diagnostic précoce et des soins de qualité pour le patient, mais aussi une véritable recherche thérapeutique et épidémiologique faisant ainsi progresser les connaissances et la prise en charge de la SLA

Appliquer les recommandations
professionnelles dans le cadre d'une filière
neuro-vasculaire, sans moyen supplémentaire

Isabelle BONNAUD (Tours)

Isabelle BONNAUD
Service de Neurologie
CHRU Bretonneau
2 Boulevard Tonnelé
37044 Tours Cedex 1

Email : bonnaud@chu-tours.fr

Le CHRU de Tours est composé de deux établissements distincts séparés d'une dizaine de kilomètres. En Juin 2003, la fermeture du SAU dans l'établissement comportant le service de neurologie est devenue incompatible avec l'application des recommandations de bonne pratique pour les patients suspects d'AVC (préconisées par l'ANAES en 2002 : hospitalisation directe en UNV, accès rapide à un avis spécialisé, aux examens d'imagerie cérébrale, au traitement thrombolytique, conditions de surveillance adéquates dans les premières heures).

La création d'une filière multidisciplinaire d'accueil direct des patients présentant un déficit neurologique de moins de 24 heures, basée sur le volontariat, a donc été décidée en quelques semaines dans notre établissement, sans moyen matériel supplémentaire.

Les principales étapes de cette création seront discutées :

- dans quel service accueillir directement les patients et selon quelles modalités ?
- comment convaincre les intervenants de la notion d'urgence neuro-vasculaire ?
- comment organiser l'information des intervenants pré-hospitaliers (généralistes, SAMU) ?
- comment s'organiser avec les radiologues ?
- comment informer nos correspondants des autres établissements et structurer une filière régionale ?
- comment organiser la permanence des soins en neurologie à effectif médical constant ?
- comment garantir les conditions de sécurité et de surveillance lors du traitement thrombolytique, à effectif paramédical constant ?
- comment gérer les patients adressés dans la filière et ne relevant pas de cette structure ?
- comment convaincre les tutelles locales et régionales de pérenniser l'activité ?

Ce fonctionnement a permis l'accueil direct d'un patient par jour et le traitement par thrombolyse de 43 patients à ce jour. Les conditions de prise en charge des patients AVC se sont améliorées, au prix d'un important déploiement de temps et d'énergie, mais restent non conformes aux recommandations. . Faut-il s'engager localement dans la création de ce type de filière sans moyen supplémentaire ? L'expérience reste à discuter...

Appliquer les recommandations
professionnelles dans le cadre d'une filière
neuro-vasculaire, avec des moyens supplémentaires

Gilles RODIER (Mulhouse)

Gille RODIER
Service de Neurologie,
C.H. Mulhouse
87 avenue Altkirch
68100 Mulhouse

Email : RODIERG@ch-mulhouse.fr

C'est en septembre 2004 qu'a été mise en place une filière de prise en charge des AVC au Centre Hospitalier de Mulhouse (CHM). Le service animateur de la filière est l'Unité Neuro Vasculaire créée grâce à l'allocation par l'ARH d'un budget spécifique.

1) Les objectifs de la filière:

Objectif général : Améliorer et coordonner la prise en charge des AVC de l'alerte à la réinsertion des patients.

Objectifs plus spécifiques :

- ❑ Diminuer le délai entre l'événement vasculaire et l'admission au SAU
- ❑ Eviter les erreurs diagnostiques
- ❑ Raccourcir le délai de prise en charge en intra-hospitalier
- ❑ Améliorer l'orientation des patients et privilégier l'admission en UNV
- ❑ Appliquer et harmoniser les bonnes pratiques cliniques (médicales et paramédicales) dans l'UNV mais aussi dans les autres services susceptibles de prendre en charge les AVC.
- ❑ Favoriser le développement de nouvelles stratégies thérapeutiques (thrombolyse, radiologie et cardiologie interventionnelles...)
- ❑ Organiser de façon plus efficiente la sortie des unités de court séjour : retour à domicile, MPR, SSR gériatrique ...
- ❑ Etablir avec chaque service de SSR des cadres de prise en charge spécifiques des patients : créer, par exemple, au sein des MPR ou SSR gériatriques des unités spécialisées dans la prise en charge des AVC.
- ❑ Organiser les actions de prévention
- ❑ Entreprendre une démarche d'évaluation des pratiques à chaque étape de la prise en charge de l'AVC
- ❑ Faire évoluer, à terme, la filière vers un réseau ville – hôpital

2) La population concernée

Tout patient présentant un accident vasculaire cérébral constitué ou d'un accident ischémique transitoire **quel que soit son âge.**

La prise en charge d'un patient suspect d'AVC sans
UNV : comment limiter la perte de chance ?

Eric BODIGUEL (Bourges)

Chargé de mission régional pour l'évaluation, Haute Autorité de Santé.

Nikita De Vernejoul : Direction de l'Evaluation et Stratégies de Santé, Haute Autorité de Santé.

Roselyne Thiery : Chargée de projet, Haute Autorité de Santé.

Catherine Mayault : Chef de projet, Haute Autorité de Santé.

France Woimant : Présidente de la Société Française Neurovasculaire

Eric BODIGUEL

Service de Neurologie,
C.H. Jacques Coeur
145 avenue François Mitterrand
18016 Bourges Cedex

Email : e.bodiquel@has-sante.fr

Parmi les recommandations pour la prise en charge initiale des patients souffrant d'accident vasculaire cérébral (AVC) figure en grade B l'hospitalisation en urgence dans une unité neurovasculaire (UNV) ¹. Cependant, de multiples difficultés freinent l'accès rapide à une UNV pour tous les patients. D'une part, l'offre actuelle de lits d'UNV ne permet pas de répondre aux besoins de la population. D'autre part, l'organisation d'une filière neurovasculaire prend du temps. Les moyens humains et matériels d'une UNV n'expliquent pas tout le bénéfice ; il faut un savoir faire collectif coordonné actualisé ². La circulaire de la DHOS de 2003 ³ propose une alternative : l'hospitalisation de proximité en coordination avec une UNV, mais les critères de choix hospitalisation en UNV / hospitalisation de proximité ne sont pas explicites.

L'expérience des centres hospitaliers qui ont participé à l'étude nationale de validation des audits « prise en charge hospitalière initiale des patients ayant fait un AVC » peut apporter des éléments objectifs de réflexion aux établissements qui souhaitent améliorer la prise en charge des patients souffrant d'AVC. Onze établissements (6 avec UNV, 5 sans UNV) dont 5 CHG ont évalué leurs pratiques à l'aide d'un ou plusieurs référentiels : admission directe en UNV, admission aux urgences, prise en charge médicale et prise en charge paramédicale dans le service d'hospitalisation ⁴. L'analyse des résultats montre :

- qu'une amélioration de la qualité des soins peut être obtenue quel que soit le contexte, même en dehors d'une UNV ;
- mais que celle-ci est d'autant grande que l'ensemble des acteurs hospitaliers participe au projet (depuis la direction jusqu'aux soignants de la filière neurovasculaire).

Les principales actions mises en place à la suite du 1^{er} audit ont été :

- la formation et la sensibilisation des personnels concernés ;
- la rédaction de protocoles de prise en charge ;
- l'organisation de toute ou partie de la filière de prise en charge intra hospitalière, décrivant le rôle de chaque intervenant et les recommandations qui le concernent ;
- l'organisation de procédures d'accès rapide aux examens complémentaires ;
- la mise en place de supports utilisables en pratique (check lists, « pense-bêtes », dossiers préparamétrés, feuilles de traçabilité des soins et de la surveillance, fiches de prescription, ...) dont la forme la plus achevée est un dossier AVC informatisé avec édition automatique d'indicateurs de qualité des soins (délais, taux de respect des recommandations de haut grade ou touchant à la sécurité du patient).

Les stratégies adoptées par les établissements dépourvus d'UNV seront plus particulièrement détaillées.

Références

1. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects médicaux. Septembre 2002. <http://www.anaes.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/SiteWeb.nsf/wRubriquesID/APEH-3YTFUH?OpenDocument&Default=y&>
2. Hommel M, Jaillard A, Garambois K. Unité neurovasculaire, filière et réseau de soins, quelles perspectives dans les accidents vasculaires cérébraux ? Rev Neurol (Paris) 2002 ; 158 (12) : 1153-1156.
3. Circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.
4. Disponibles sur le site Internet de la HAS : http://www.has-sante.fr/ANAES/Gestion_Publications.nsf/wRefEval?OpenView&Doc_PageID=ID7&Count=1000

L'organisation du retour à domicile des AVC :
du mythe à la réalité

Anne-Céline ZEGHOUDI (Dreux)

Anne-Céline ZEGHOUDI
Service de Neurologie,
Hôpital Victor Jousselin
44 avenue du Président Kennedy
BP69
28102 Dreux Cedex

Email : aczeghoudi@ch-dreux.fr

La justification théorique du retour précoce à domicile des patients victimes d'un AVC, se retrouve dans le souhait fréquent des patients de rentrer chez eux, et, dans le relatif moindre coût par rapport aux prises en charge institutionnalisées ; sans pour autant qu'une perte de chance en terme de bénéfice fonctionnel soit prouvée.

En pratique, ce retour est subordonné à plusieurs critères : la permanence d'un entourage valide et motivé, à domicile, la lourdeur du handicap fonctionnel, l'accessibilité aux lits d'aval notamment en MPR, une couverture nationale des réseaux de soins à domicile hétérogène, etc. Au milieu des conflits d'intérêts et de moyens, la réalité pratique s'accorde parfois mal avec les nouvelles recommandations professionnelles.

Lorsqu'un retour à domicile est possible, il semble bien que la lourdeur ressentie de la prise en charge, soit davantage déterminée par l'anxiété du patient et de sa famille, que par le niveau d'incapacité lui-même. Si bien qu'à la prise en compte du patient, devrait se substituer une approche systémique du couple « patient-aidant ».

A qui revient-il au sein des équipes hospitalières, de supporter cette prise en charge ouverte sur la famille et sur la ville ? Comment en assumer le poids dans l'état actuel des moyens ? La création de postes non conventionnels, à la croisée des actions médicales, soignantes et sociales, peut être une aide notable. Sans moyens supplémentaires ou sans redistribution des moyens présents, le recours réitéré à la bonne volonté des acteurs hospitaliers permettra-t-il une qualité des soins pérenne ?

Dis-moi où tu habites ?
Je te dirai à quels soins tu peux prétendre !

Piernick CRESSARD

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Piernick CRESSARD

Email : cressard.piernick@cn.medecin.fr

La déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948 pose le principe « tous les êtres humains naissent et demeurent libres et égaux en dignité et en droits ». Parmi ces droits se situe le droit aux soins.

Ce principe du droit aux soins est rappelé dans le Code de Déontologie Médicale en ses articles :

- **Article 2** « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort »
- **Article 32** : « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ».
- **Article 33** : « le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés »

La loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé édicte dans son article L.110-1 sur les droits de la personne qu'il doit lui être garanti « un égal accès aux soins, assurer la continuité des soins, et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

L'application de ces dispositions légales est rendue aléatoire en fonction des mutations sociologiques entraînant une augmentation de la population autour des grands centres urbains industriels ou touristiques au détriment des zones de moyenne importance sans industrie, ni tourisme, semi rurales ou rurales.

La pratique médicale se modifie car elle nécessite l'accès à des plateaux techniques dont la gestion nécessite une installation dans un bassin de population permettant d'assurer un rendement économique.

Les installations de cabinets médicaux suivent la même logique entraînant des disparités dans l'offre de soins.

Naguère le médecin à la suite d'un examen clinique produisait un acte intellectuel, maintenant il prescrit un acte technique qui justifie les contraintes économiques.

L'évolution est irréversible, la médecine est une donnée économique qui ne doit pas créer de déficit, comme les services publics, elle déserte les zones où elle est déficitaire en prenant le prétexte de la sécurité de la personne dans l'accès aux soins, en prenant la conséquence comme la cause du déficit médical.

Les réponses à cette grave crise sont à inventer, mais quelques pistes existent : l'exercice en sites multiples, le collaborateur libéral, la télé médecine, la délégation de tâches.

Du texte à la réalité

Jean-Marie DEGOIS (Dreux)

Directeur de l'Hôpital

Jean-Marie DEGOIS
Centre Hospitalier de Dreux
44 avenue du Président JF Kennedy
28102 Dreux

Email : direction@ch-dreux.fr

Si l'association à la gestion est proposée aux médecins, les directions ont encore à prouver que la démarche du médecin au service du patient ne leur est pas étrangère.

J'essaierai de prouver que cette nécessaire alliance est possible, pour passer du texte à la réalité de terrain et que le chemin à parcourir passe nécessairement par la fixation d'un objectif, en acceptant une progressivité des résultats.

Le TEXTE, les REFERENCES : Ce sont les professionnels qui les fixent, poussés par le progrès de la connaissance et des techniques, valorisé par leur diffusion. Les politiques ne manquent pas de légaliser et d'amplifier le phénomène.

Les MOYENS : Ce ne sont pas les mêmes qui les fixent car les politiques remettent à la technostructure le soin d'encadrer les évolutions et la fixation des moyens. La place du directeur dans ce cadre est celle du prestidigitateur ou du faiseur de miracles. Or l'illusion n'a pas de permanence.

Comment sortir de l'impasse ? C'est en s'appuyant sur le terrain des réalités.

Le TERRAIN : A partir de l'analyse de l'environnement tant en termes de besoins qu'en termes de moyens, comment élaborer un choix parmi les différentes nécessités, arbitrer les possibilités. C'est l'essence du Projet d'Etablissement.

La détermination des besoins et leur justification dépend des choix, philosophiques en cours, ceux qui sont admis pour vrais à l'instant au niveau du décideur final : celui qui permettra l'engagement du projet. Leur critique voue le projet à un échec probable. Aussi, un porteur de projet capable de le construire, de le défendre avec le soutien actif et la participation du directeur est indispensable et constituent les seuls secrets de la réussite. Comment trouver le porteur de projet qui acceptera de se compliquer la vie, dont la dynamique permettra d'absorber les obstacles, l'opiniâtreté et les compétences sauront convaincre les financeurs ou fera admettre les reconversions d'activités moins justifiées. C'est aussi celui qui constituera et animera une équipe de sa compétence (lui donnera une âme).

Toutes ces difficultés débouchent nécessairement sur les incohérences de la politique des compétences disponibles. Il faudra sans aucun doute obtenir l'accroissement significatif des effecteurs, (comme cela a été et est encore en route pour les services d'Accueil et des Urgences), accepter des formations complémentaires, des associations avec les spécialistes de l'urgence; élaborer des procédures, décliner les éventualités.

C'est peut-être ce que nous essayons de faire au quotidien dans notre Hôpital Général de sous préfecture, conscient que la neurologie entre, dans nos établissements généraux, dans la gestion de l'extrême urgence tout comme la cardiologie y est entrée il y a seulement, mais déjà, une trentaine d'années.

A la différence que l'urgence y est encore plus extrême que la cardiologie et que les moyens diagnostiques y sont beaucoup moins maniables !

L'évaluation des pratiques des médecins :
pourquoi et comment ?

Jean-Michel CHABOT (Saint-Denis La Plaine)

Chef du Service Evaluations des Pratiques, Haute Autorité de Santé.

Jean-Michel Chabot
Haute Autorité de la Santé
2 avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Email : m.chabot@has-sante.fr

Notre système de soins semble devoir se soumettre à l'évaluation. C'est en particulier le sens donné par toute une série de mesures légales et réglementaires publiées au cours de ces dix dernières années, depuis les ordonnances d'avril 96 (l'ordonnance « hospitalière » instituait la procédure d'accréditation des établissements de santé) jusqu'à la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004 généralisant l'évaluation des pratiques pour l'ensemble des médecins en activité. Encore plus récemment, l'ordonnance de simplification hospitalière publiée au JO du 3 mai 2005 identifie clairement le praticien hospitalier, chef d'un pôle d'activités cliniques et porteur d'un projet médical intégrant une dimension d'évaluation forte ; la commission médicale d'établissement (CME) devenant l'instance de validation pour l'ensemble des praticiens de l'établissement.

Évidemment, la latence entre un ensemble de mesures légales et réglementaires et la réalité des choses sur le terrain peut être tangible, démontrant ainsi que cette orientation stratégique donnée vers l'évaluation est davantage une évolution culturelle forte mais nécessairement progressive, qu'un processus relevant uniquement de la loi.

Il reste que la même évolution – à la fois légale et culturelle – est tout à fait perceptible dans l'ensemble des pays dont le système de santé avait été développé tout au long du XX^{ème} siècle.

Évolution perceptible, tout autant dans des pays où les soins sont organisés dans le cadre d'un système privé lucratif ou bien public, où les soins sont financés par des cotisations sociales, l'impôt ou par l'usager à travers un dispositif assurantiel ou non, où les systèmes de soins sont organisés sur un mode étatique centralisé ou au contraire régionalisé avec de larges délégations.

Au delà, il reste à organiser, en pratique, cette politique d'évaluation.

D'abord, en répondant à la question du « quoi », c'est-à-dire de l'objet de l'évaluation.

Le choix a été fait en France d'évaluer les pratiques ; d'autres ont fait ce même choix.

De leur côté les Etats-Unis d'Amérique ont plutôt privilégié l'évaluation des compétences des médecins, s'engageant ainsi sur la voie de la recertification, ce qui n'est pas l'objectif de la politique d'évaluation des pratiques mise en œuvre en France.

En réalité, les frontières entre « pratiques » et « compétences » sont perméables et les chevauchements sont importants. Tout au plus peut-on avancer, à partir d'une analyse des données disponibles¹⁻² que la garantie d'un niveau de compétences ne se traduit pas systématiquement par la réussite d'une (série de) prise(s) en charge au sein de l'activité clinique réelle.

Le « comment » est également une question ressentie avec acuité, d'autant qu'il s'agit maintenant pour les médecins exerçant en France de satisfaire à une obligation légale. On peut répondre à cette question en affichant un catalogue de méthodes. On peut aussi rappeler ce que sont les caractéristiques qu'il faut s'efforcer de trouver dans toute démarche évaluative. L'encadré ci-contre issu d'un article ³ du JAMA rappelle ces caractéristiques.

Dans ce même article, les auteurs indiquent que la priorité est de mettre au point des approches évaluatives dotées des 4 qualités suivantes : validité (++) , acceptabilité, faisabilité, et fiabilité.

Le « pourquoi » constitue finalement la question essentielle.

L'encadré ci-contre, qui résume les raisons d'un échantillon représentatif de *general internists* de s'engager ou pas dans un programme de recertification, fournit un éventail de motifs positifs ou négatifs. Ce travail ⁴ vient d'être publié par un groupe autorisé représentant l'ABIM et l'ACP qui aux Etats-Unis regroupent et représentent les 119.000 *general internists* soit près d'un cinquième des médecins.

Tout au plus peut-on observer la dispersion des avis des collègues américains.

1. Dauphinee WD. Assessing clinical performance: where do we stand and what might we expect? JAMA 1995 ; 274:741-3.
2. Wasserman SI, Kimball HR, Duffy SD. Recertification in internal medicine: a program of continuous professional development. Ann Intern Med 2000;133:202-8.
3. Landon B, Normand SL, Blumenthal. Physician clinical performance assessment: prospects and barriers. JAMA 2003 ; 290:1183-9.
4. Lipner RS, Bylsma WH, Arnold GK. Who is maintaining certification in internal medicine and why? Ann Med Intern 2006;144:29-36.

**QUALITÉS DE L'ÉVALUATION DES PERFORMANCES CLINIQUES
(dans un but de recertification)**

▪ **Fondée sur des preuves**

L'évaluation (et les critères/indicateurs sur lesquels elle repose) doit être « *evidence-based* » et consensuelle pour une large majorité des médecins cliniciens concernés.

Cette notion d'*evidence-based* tire sa robustesse soit d'une exploitation des données issues de la (bonne) recherche clinique, soit d'un accord professionnel établi dans des conditions sérieuses.

▪ **Établie sur des standards de performance satisfaisante**

▪ **Répondant à des spécifications de recueil et d'analyse des données standardisées**

Permettant notamment de contrôler les inévitables variations interpersonnelles et les variations liées au caractère multisite des évaluations.

▪ **Prenant en compte un échantillon suffisant de l'activité médicale clinique de manière à formuler une appréciation stabilisée**

L'évaluation doit rechercher un haut degré de fiabilité

▪ **« Ajustée » de manière à prendre en compte les biais possibles**

Aux premiers rangs desquels on trouve la comorbidité, la sévérité de la maladie, et les caractéristiques socio-démographiques de recrutement.

▪ **« Imputable » à chaque médecin identifié individuellement**

C'est-à-dire de telle manière que le rôle de chaque médecin au sein d'une éventuelle équipe puisse être retracé.

▪ **Aisée à mettre en œuvre**

C'est-à-dire pour laquelle les données traduisant l'activité clinique à évaluer sont déjà disponibles, accessibles, peuvent aisément être collectées et interprétées.

▪ **Représentative de l'ensemble de l'activité clinique de la spécialité**

L'idéal étant de pouvoir apprécier à partir d'un nombre réduit de données, l'ensemble de l'activité clinique réalisée dans le cadre d'une spécialité.

9^{ème} Journée du Collège National des Neurologues des Hôpitaux Généraux

Poids respectif des différents motifs d'engagement ou de non-engagement dans le programme de recertification	
Motifs d'engagement dans le programme de Recertification	Choix des General Internists N = 305 % [IC]
▪ Satisfaction d'une exigence de professionnalisme	59 [52-66]
▪ Mise à jour des connaissances	51 [44-58]
▪ Amélioration du service rendu au patient	45 [38-52]
▪ Motivation personnelle	36 [29-43]
▪ Respect d'une exigence de l'employeur	42 [35-48]
▪ Promotion professionnelle	19 [14-25]
▪ Amélioration de la satisfaction de la clientèle	23 [18-29]
▪ Valorisation financière	10 [7-15]
Motifs de refus d'engagement (ou de l'abandon) du programme de recertification	
▪ Disponibilité en temps insuffisante	60 [51-68]
▪ Coût excessif	35 [27-44]
▪ Absence d'exigence pour l'employeur	33 [25-42]
▪ Niveaux d'exigence excessifs	39 [30-48]
▪ Absence de valorisation financière	27 [19-36]
▪ Sans intérêt par rapport à la pratique professionnelle	25 [18-34]
▪ Programmes confus, objectifs non explicites	24 [17-33]
▪ Incertitude sur l'obligation d'engagement	13 [8-21]
▪ Certification toujours en cours de validité	28 [21-35]
▪ Reconversion professionnelle en cours	4 [2-10]

Choix libres = 0