

Editorial

Les référentiels métiers et compétences des collèges des spécialités chirurgicales

Professional reference systems and relevance of surgery speciality colleges

Y Matillon, G Mantion, D Le Bœuf, O du Roy, G Le Boterf.

Mots clés

- ◆ référentiel
- ◆ métiers
- ◆ compétences
- ◆ collèges des spécialités chirurgicales
- ◆ autorisation d'exercice
- ◆ académie de chirurgie
- ◆ Santé

Résumé

De nombreux enjeux de sécurité et de qualité des soins guident la démarche d'évaluation des compétences médicales initiée par le travail précurseur des collèges de chirurgie :

- l'augmentation des actes invasifs de haute technicité ;
- la mobilité des professionnels de santé en Europe et dans le monde ;
- les attentes de tout individu pour une évolution et un changement tout au long de la vie professionnelle ;
- les récentes réformes engagées renforcent la régulation de la qualité des pratiques médicales.

Les référentiels de compétences poursuivent 3 objectifs :

- la reconnaissance, la valorisation et l'entretien d'un niveau de professionnalisme au regard de l'utilisateur ;
- une meilleure gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- la prise en compte de l'évolution des prises en charge vers des approches de plus en plus interdisciplinaires.

La méthode de travail : les référentiels des spécialités de chirurgie ont été élaborés en utilisant la méthodologie mise au point par Guy Le Boterf.

L'élaboration de référentiels des métiers chirurgicaux a été entreprise par la Fédération des Collèges de Spécialités Chirurgicales dans le cadre de la mission ministérielle animée par Yves Matillon et Dominique Leboeuf en collaboration étroite avec l'Académie Nationale de Chirurgie.

Keywords

- ◆ Professional reference systems
- ◆ french surgeons colleges

Abstract

Many strategic challenges to security and quality care are existing:

- Invasive acts of high technicity are increasing;
- mobility of health care professional in Europe and all around the world;
- doctors expectations about evolutions and changes during professional life;
- new health care reforms in Europe reinforce regulation of quality care on medical practices.

Professional reference systems follow up three goals:

- awareness, updating and maintenance of professionalism level, regarding to health consumers;
- a better management of planning careers and medical competencies;
- interdisciplinary approaches will be needed in the future.

Method: surgery specialities reference systems have been built by using Guy Le Boterf's methodology.

Professional reference surgery systems have been proceeded by the "Fédération des Collèges de Spécialités Chirurgicales" (Colleges of Surgery specialities Federation) with the support of the ministerial taskforce "Assessment of the Health care Professional Competencies" led by Yves Matillon and Dominique Le Boeuf, and with the collaborative support of the Académie Nationale de Chirurgie (National Academy of Surgery).

Si la notion de compétence dans le système de santé est évoquée par les organisations professionnelles médicales et paramédicales, elle n'a fait l'objet jusqu'à ce jour que d'un intérêt limité. C'est un peu différent au sein de la population, de la société où les grands journaux, revues et hebdomadaires s'y intéressent directement et de plus en plus (1).

En effet, le modèle de la compétence s'inscrit directement au cœur des évolutions professionnelles et sociétales actuelles. Il représente aujourd'hui, dans de nombreux secteurs, un

concept central touchant directement à la notion de métiers, aux contenus des formations initiales et continues, aux modalités de gestion des ressources humaines, au développement de l'innovation et de l'amélioration de la qualité du service rendu.

La notion de compétence est définie de manière générale en première intention, dans cette perspective, comme « *la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation* » (2, 3).

Correspondance :

Email : yves.matillon@sante.gouv.fr
georges.mantion@univ-fcomte.fr

Les enjeux dans le système de santé

De nombreux enjeux de sécurité et de qualité des soins d'une part et de développement professionnel d'autre part guident cette démarche d'évaluation des compétences médicales initiée par ce travail précurseur des collèges de spécialités chirurgicales.

- L'augmentation des actes invasifs de haute technicité, la judiciarisation au sein du système de santé, l'évolution des attentes des patients, la prise en compte des objectifs « assurantiels », nous amènent à une approche de responsabilité médicale en France plus individuelle.
- La mobilité des professionnels de santé en Europe et dans le monde, incite chaque pays à prévoir des systèmes de reconnaissance et de validation de compétences quel que soit le lieu d'obtention du diplôme pour garantir à la population un accès aux soins le meilleur possible, réalisé par des professionnels compétents (4).
- Les attentes de tout individu pour une évolution et un changement tout au long de la vie professionnelle des médecins en fonction de l'expérience acquise et des spécificités d'exercice, invitent les systèmes de formation à penser et mettre en place des passerelles entre spécialités (5).
- Les récentes réformes engagées renforcent la régulation de la qualité des pratiques médicales. Cependant, l'évaluation des compétences des professionnels de santé ne peut être prise en compte dans les dispositifs prévus de formation médicale continue, d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation de la pratique pour les professions à risque même si chacun de ces dispositifs y apportent une contribution potentiellement utile.

Dans ce contexte, la lettre de mission de Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, a mandaté en 2007 la mission ministérielle « évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé » notamment sur les propositions suivantes :

- contribuer, en lien avec les Collèges de spécialités chirurgicales, à l'élaboration de référentiels métiers et de compétences nécessaires pour garantir la qualité de l'exercice de la chirurgie ;
- élargir cette démarche modélisée dans un second temps aux principales spécialités médicales ;
- mettre en lien ces productions avec la maîtrise d'ouvrage que doit assurer le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) dans le cadre de sa mission de « veille à la compétence », telle que décrite dans la loi de mars 2002 ;
- poursuivre le travail de « recherche et développement » avec les organisations qui ont la responsabilité de cette régulation dans leur pays respectif, et notamment au Royaume-Uni, au Canada, en Hollande, compte tenu de l'actualité de ce sujet dans les différents pays de l'Union Européenne ;
- les expériences et évolutions des collèges européens et anglo-saxons confirmer les travaux et réflexions des collèges français sur les dispositifs à mettre en œuvre. L'élaboration de référentiels de compétences est effectuée par les « Boards » de spécialités qui maîtrisent aussi le dispositif d'agrément : autorisation d'exercer des jeunes médecins ayant suivi leur formation (élargissement de cet agrément obligatoire, pour certains pays, aux médecins à diplôme étranger extracommunautaire).

C'est dans ce contexte que...

La démarche d'élaboration de référentiels de « métier et compétences » a été engagée par la Fédération des Collèges de Spécialités Chirurgicales en collaboration avec la mission et présente un intérêt national.

Aujourd'hui, les référentiels de « métier et compétences » élaborés par tous les Collèges de Spécialités Chirurgicales sous

l'égide de la Fédération des Collèges des spécialités chirurgicales sont finalisés.

Alors que les chirurgiens étaient à l'origine les plus nombreux au sein de la profession médicale (6), les besoins en chirurgie ont subi depuis plusieurs années une profonde mutation touchant de plein fouet l'évolution du métier et l'attractivité de la profession. Dès 2003, le rapport sur la chirurgie en France (7) annonçait pour les chirurgiens « *une crise sociétale profonde nécessitant une évolution des modes d'exercice seul moyen pour susciter des vocations. Par qui serons nous opérés demain ? Et comment ? Tels sont les enjeux de la période de mutation dans laquelle nous sommes* ». Ce rapport proposait de « *reconstruire une nouvelle image du chirurgien du 3^e millénaire : c'est un technicien de haut niveau, clinicien responsable de ses actes, humaniste à l'écoute des souffrances, œuvrant dans l'intérêt des malades et gestionnaire du système de soin dans lequel il évolue* ».

Ces préoccupations ont été relayées par les Académies Nationales de Médecine et de Chirurgie (8) qui ont produit en juin 2005 des recommandations « *dans le but de pallier les graves problèmes auxquels la chirurgie française est confrontée* ». L'une des recommandations proposait « *de réaliser une évaluation quinquennale des pratiques et des compétences chirurgicales sous l'égide d'une instance nationale et selon des critères bien définis* ».

La finalité

L'élaboration de référentiels métiers et compétences représente le socle d'un futur dispositif d'évaluation des compétences médicales. « *La validation a priori des compétences reconnues d'un praticien et l'entretien de celles-ci tout au long de l'activité professionnelle sont une condition sine qua non de la qualité de l'exercice médical. La compétence du médecin a des conséquences directes sur la santé et sur la vie de ses patients. Il est donc essentiel de formaliser par des critères prédéfinis que la confiance que l'on accorde à un médecin est justifiée* » (5).

Les référentiels de compétences poursuivent trois objectifs :

- la reconnaissance, la valorisation et l'entretien d'un niveau de professionnalisme au regard de l'utilisateur : « *Dans une société qui se veut toujours plus transparente, tout professionnel doit pouvoir prouver sa compétence (...)* ». Ce thème renvoie à la question de la certification et recertification médicale (dans leur sens anglo-saxon, c'est-à-dire la reconnaissance positive du maintien d'un niveau de compétence au regard de critères prédéterminés par la profession) ;
- une meilleure gestion prévisionnelle des emplois et des compétences tant d'un point de vue individuel que collectif, c'est-à-dire « *des rôles, des positions, des compétences respectives (...) pour accroître l'efficacité du système de soins* ». Ce thème pose la question de la gestion des « carrières » et des trajectoires professionnelles tant à l'hôpital qu'en ville : « *qu'attend-on d'un professionnel ? Quels sont ses missions ?* » ;
- la prise en compte de l'évolution des prises en charge de plus en plus interdisciplinaires nécessite que les rôles de chacun soient mieux définis et donc mieux reconnus et accompagnés si nécessaire dans leurs évolutions, pour favoriser le partage des compétences et de fait améliorer la qualité et la sécurité des soins avant d'envisager la création de nouveaux métiers.

La mise en œuvre d'une procédure de validation des compétences pour les professionnels de santé est donc source de « valorisation » et de « transparence » de la qualité de l'exercice professionnel médical.

Les référentiels métiers et compétences en sont les outils de base indispensables.

L'approche méthodologique utilisée

Les référentiels des spécialités de chirurgie ont été élaborés en utilisant la méthodologie mise au point par Guy le Boterf (2). Les principes directeurs ont été les suivants.

Distinguer « être compétent » et « avoir des compétences »

La méthode retenue est fondée sur la distinction à faire entre « être compétent » et « avoir des compétences » :

- « être compétent » c'est être capable d'agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. C'est donc mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences et contraintes particulières de cette situation, tout en mobilisant une combinatoire appropriée de « ressources » ;
- « avoir des compétences », c'est avoir des ressources (connaissances scientifiques et techniques, gestes opératoires, savoir-faire relationnels avec les patients, savoir-faire de coopération avec les collègues, méthodes de raisonnement clinique...) pour agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. Avoir des ressources est donc une condition nécessaire, mais non suffisante pour être reconnu comme compétent.

Des référentiels reliant les situations de soins et les ressources à posséder

Cette approche a comme conséquence de construire des référentiels qui :

- prennent comme point de départ et mettent en évidence les principales situations de soins que doit savoir gérer un chirurgien, non seulement au moment de l'intervention dans le bloc opératoire, mais dans les phases qui précèdent et qui suivent l'intervention chirurgicale proprement dite ;
- identifient les principales « ressources » (connaissances scientifiques, qualité des gestes chirurgicaux, savoir-faire relationnels, raisonnement clinique...) que doit posséder et savoir mobiliser le chirurgien dans les diverses situations de soins qui se présenteront. Deux types de ressources ont été distingués :
 - les ressources spécifiques à la spécialité concernée (urologie, orthopédie, obstétrique...),
 - les ressources communes à toutes les spécialités chirurgicales.

Aussi bien pour les situations de soins que pour les ressources, il a été décidé de ne pas viser l'exhaustivité, mais de choisir des situations particulièrement significatives et complexes et des ressources essentielles. L'hypothèse retenue a été de considérer que, si un chirurgien savait gérer avec pertinence et compétence les situations retenues, il pourrait très probablement en faire de même pour d'autres qui se présenteront. La gestion de ces situations a été considérée comme significative de sa compétence.

Conclusion

Plusieurs réalités sont à souligner.

- La Fédération des Collèges de spécialités chirurgicales, avec le soutien actif de l'Académie de Chirurgie et du Conseil National de l'Ordre des Médecins, a décrit avec pertinence les métiers et les compétences requises dans chaque spécialité pour garantir un exercice professionnel digne de confiance.
- Ce travail doit être partagé et utilisé lors de la reconnaissance des compétences indispensables lors de la délivrance de l'autorisation d'exercer. Ce mécanisme reste à construire

re officiellement par l'évolution des modalités de travail des commissions de qualification ordinales, l'interface entre la délivrance du diplôme par l'université (avec l'aide des collèges de spécialités) et la reconnaissance par l'autorisation ordinaire doit être constituée dans le respect des rôles et des responsabilités des acteurs : université, état et ordre professionnel. C'est à cette condition que la responsabilité ordinaire établie par la loi de 2002 pourra pleinement et légitimement s'exercer.

- Cette approche, correspondant aux procédures et mécanismes développés dans la plupart des pays anglo-saxons, est par ailleurs porteuse de sens pour la formation médicale continue, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'accréditation des pratiques médicales à risque.

Références

1. Palmarès des hôpitaux. Le Point 2008;(1876).
2. Le Boterf G. Compétence et navigation professionnelle. Paris: éd. Organisation, 2002: 312 pp.
3. Zarifian P. Le modèle de la compétence. Paris: éd. Liaisons, 2004: 115 pp.
4. Comité consultatif pour la formation des praticiens de l'art dentaire. Rapport et recommandations sur les compétences cliniques nécessaires à l'exercice de l'art dentaire dans l'Union européenne. Bruxelles : Commission européenne, XV/E/8316/8/96-FR, 4 juin 1996.
5. Conseil national de l'Ordre des médecins. Qualité de l'exercice professionnel, compétence et déontologie : vers un système intégré de la gestion de la compétence des médecins. Paris, 2000.
6. Hoerni B, Breton S. Réglementation de la pratique médicale clinique : perspectives évolutives. Gestion Hospitalières, avril 2004.
7. Domergue J, Guidicelli H. La chirurgie française en 2003, les raisons de la crise et les propositions. Rapport à l'attention de Jean François Mattei, ministre de la Santé de la Famille et des Personnes handicapées, 2003.
8. Académie de médecine, Académie de chirurgie. La chirurgie en France. Recommandations des Académies Nationales de médecine et de chirurgie. Bull Acad Natle Méd 2005;189.