

Faisant partie intégrante du système de santé, la formation postgraduée médicale se voit confrontée à la pression croissante des coûts et nécessite une plus grande efficacité. Les expériences faites à l'étranger montrent que les instruments d'évaluation permettent de structurer et de promouvoir les processus d'apprentissage. Dans le cadre d'un projet pilote, l'Evaluation en milieu de travail (EMiT) a été utilisée en Suisse dans 18 cliniques

depuis fin 2006. Les résultats du projet pilote et les enseignements qui en ont été tirés montrent que l'EMiT est également applicable en Suisse dans diverses disciplines. Cet outil renforce le poids accordé à la culture de feed-back et de la communication, contribuant ainsi à améliorer la qualité de la formation postgraduée médicale et la sécurité des patients.

Trois années d'expérience avec l'Evaluation en milieu de travail (Mini-CEX et DOPS) dans la formation postgraduée médicale

Stephanie Montagne^a,
Patrick Jucker-Kupper^a,
Christoph Berendonk^a,
Anja Rogausch^a,
Christine Beyeler^a,
Max Giger^b ainsi que
les directeurs et responsables
de projet des établissements
de formation postgraduée
participants^c

a Unité des examens et de l'évaluation (AAE), Institut d'enseignement médical (IML), Université de Berne

b Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue ISFM, Berne

c La liste des participants se trouve à la fin de l'article.

1 Intitulé à l'origine «Feed-back structuré dans la formation postgraduée médicale: Mini-CEX et DOPS».

(Continuation page prochaine)

Correspondance:
Evaluation en milieu de travail
Université de Berne
Institut d'enseignement
médical
Unité des examens et de
l'évaluation
Konsumstrasse 13
CH-3010 Berne
emit@iml.unibe.ch
www.iml.unibe.ch/emit

Introduction

Préparant à l'exercice à titre indépendant de la profession dans une certaine spécialisation, la formation médicale postgraduée s'effectue en général dans les hôpitaux. Ces derniers sont donc à la fois des établissements de formation postgraduée et des entreprises de services. Ce dernier rôle les expose à une pression de plus en plus forte. Prise entre la prestation de soins efficaces aux patients, l'application de la loi sur le travail, la pénurie de personnel et les tâches administratives croissantes, la formation postgraduée médicale n'est pas épargnée. Cette situation limite le nombre de places de formation postgraduée et met en danger sa qualité. Une augmentation de l'efficacité de la formation postgraduée permet de contrer cette tendance.

C'est dans cet objectif que le projet pilote «Evaluation en milieu de travail» (EMiT)¹ a été lancé fin 2006 en Suisse dans plusieurs cliniques de diverses spécialisations [1]. Financé par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), le projet est mis en œuvre et scientifiquement encadré par l'Unité des examens et de l'évaluation (AAE) de l'Institut d'enseignement médical (IML) de l'Université de Berne.

Le présent rapport récapitule les expériences faites jusqu'ici dans les cliniques pilotes et répertorie les constats établis et les adaptations nécessaires. Il s'appuie sur l'analyse des feuilles d'évaluation ainsi que sur une évaluation concomitante sous forme d'une enquête en ligne² ou d'un groupe de discussion³.

Principe de l'Evaluation en milieu de travail

Traditionnellement, la formation postgraduée médicale se base sur le travail pratique effectué sous surveillance auprès du patient et avec le patient ainsi que sur l'enseignement théorique. L'Evaluation en milieu de travail (EMiT) renforce ces éléments éprouvés qu'elle complète par un feed-back structuré. C'est sur la triade «observer – documenter – donner un feed-back» que se fondent deux instruments de l'EMiT répandus dans la

formation postgraduée et continue médicale [2–5], à savoir le Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) [6] et le Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) [7]. Ces deux instruments sont axés sur le travail direct du médecin-assistant⁴ avec le patient. Tandis que le Mini-CEX se concentre sur la communication avec le patient ou l'examen clinique, le DOPS privilégie les aptitudes manuelles techniques. Les deux instruments utilisent le même procédé:

- le formateur⁴ observe le médecin-assistant pendant 10 à 15 minutes lors d'une interaction quotidienne médecin-patient (par ex. anamnèse, entretien d'information, examen, intervention);
- suite à cette observation, le formateur évalue l'activité médicale sur la base de critères définis. Le médecin-assistant fait sa propre évaluation sur la base des mêmes critères;
- un entretien consécutif d'une durée de 5 à 10 minutes permet de comparer ces deux évaluations, de discuter des points faibles et des points forts, et de définir ensemble les objectifs suivants.

Le principe systématique présente l'avantage de formuler de façon explicite les exigences et les attentes, et de vérifier à intervalles réguliers l'état et les objectifs de la formation postgraduée; toute lacune éventuelle peut ainsi être comblée de façon efficace.

Chaque évaluation correspond à un «arrêt sur image» du quotidien clinique. Seuls plusieurs arrêts sur image, à partir de différents angles, permettent d'obtenir une vision globale. Les évaluations doivent donc être renouvelées dans différentes situations et avec différents formateurs.

Premières expériences ...

Fin septembre 2009, 18 cliniques de huit spécialisations (médecine interne, chirurgie, chirurgie vasculaire, gynécologie et obstétrique, ORL, psychiatrie et psychothérapie, rhumatologie et dermatologie) participaient au projet pilote. Jusque là, 443 Mini-CEX et 244 DOPS

de 260 médecins-assistants et 129 formateurs avaient été effectués. L'observation durait en moyenne 15 minutes, le feed-back 5 minutes. Selon l'appréciation des formateurs, le niveau de prestations correspondait en grande partie au niveau de formation postgraduée demandé aux médecins-assistants (valeur moyenne de l'appréciation globale = 6,2 sur une échelle de 1 à 9; écart standard SD = 1,9). En revanche, l'auto-évaluation des médecins-assistants s'est avérée généralement plus critique (valeur moyenne 5,4; SD 1,7). Les médecins-assistants comme les formateurs ont été satisfaits de Mini-CEX et de DOPS (valeur moyenne \pm SD : Mini-CEX / DOPS 6,9 \pm 1,8 / 7,4 \pm 1,8 chez les médecins-assistants ; 7,0 \pm 1,8 / 7,8 \pm 1,5 chez les formateurs sur une échelle de 1 à 10).

Bénéfice

La participation au projet pilote était principalement motivée par le souhait d'une évaluation structurée et la plus objective possible des médecins-assistants ainsi que d'une amélioration de la culture de feed-back et de la communication. L'introduction de l'EMiT a suscité une sensibilisation approfondie pour la formation postgraduée dans les cliniques pilotes et a relancé la discussion à ce sujet. Mini-CEX et DOPS sont perçus comme un précieux complément de l'entretien d'évaluation annuel (ou semestriel)⁵. L'observation structurée permet d'observer de façon plus approfondie le travail des médecins-assistants et de leur donner un feed-back spécifique, concret et immédiat. Il devient ainsi possible d'effectuer un « changement de cap » en cours de formation dans l'établissement de formation postgraduée.

Contrairement à la plupart des activités médicales qui se limitent au rapport du médecin-assistant ou à des informations fournies par des tiers sur le travail de ce dernier, Mini-CEX permet une observation plus directe. Dans les spécialisations invasives, DOPS soutient l'identification d'opérations et d'étapes opératoires que le médecin-assistant est capable d'effectuer de manière autonome. L'EMiT peut ainsi servir d'instrument de délégation d'une responsabilité adéquate.

Obstacles

La réticence et l'irrégularité initiales dans l'application de Mini-CEX et de DOPS est un constat commun à toutes les cliniques pilotes. Au début, les médecins-assistants et les formateurs n'avaient pas suffisamment conscience de l'objectif et de l'utilité de l'EMiT en soi et par rapport à la charge de travail qu'elle impliquait. Pour les médecins-assistants, les principaux obstacles à l'application de l'EMiT dans le quotidien clinique étaient l'importante charge de travail, la difficulté de coordonner des rendez-vous avec les formateurs, les conflits de rôle (scrupules à solliciter le temps des formateurs) ainsi qu'une réticence à l'encontre des évaluations (perçues comme un examen; peur du jugement). Les formateurs, quant à eux, ont mentionné l'insuffisance de leur formation pour assumer le rôle de formateur en général et de leur capa-

cité à donner un feed-back en particulier, la perception de l'EMiT comme un examen et le temps supplémentaire à consacrer. Enfin, les deux groupes ont critiqué notamment la confusion dans la responsabilité concernant la prise de rendez-vous.

... et enseignements tirés

Potentiel

Les participants du groupe de discussion sont d'accord pour dire que l'EMiT présente un potentiel de changement de culture tout en nécessitant elle-même ce changement pour pouvoir être mise en œuvre de manière efficace et performante. L'EMiT aborde de manière concrète et active la formation postgraduée *per se* et sa qualité. L'EMiT permet d'évaluer l'activité médicale et d'affecter ainsi les médecins-assistants à la prise en charge du patient en fonction de leur niveau de compétences. Avec la propagation croissante de l'EMiT, notamment aussi dans la formation prégraduée⁶, la future génération de médecins-assistants sera familiarisée à cet instrument et réclamera un feed-back régulier. La structuration croissante de la formation postgraduée par des évaluations régulières permet aux établissements de formation postgraduée de bénéficier d'un atout compétitif dans le recrutement de médecins-assistants.

Adaptations nécessaires

Afin de faciliter la réalisation de l'EMiT dans le quotidien clinique, les médecins-assistants comme les formateurs plaident pour davantage de structures dans l'organisation des évaluations (définition de fenêtres temps pour la réalisation). Une grande partie des cliniques a pris des mesures correspondantes, d'autres ont fait des évaluations une condition nécessaire à la réalisation des entretiens d'évaluation. Une fréquence élevée des évaluations s'est avérée positive: le caractère d'examen se dissipe de lui-même, l'évaluation et le feed-back deviennent routiniers à la fois pour les médecins-assistants et les formateurs. L'exigence d'un feed-back dépend d'une part des objectifs détaillés et de la motivation du médecin-assistant, d'autre part du type de supervision adoptée par le formateur [8]. Les formateurs doivent être formés à l'évaluation et au feed-back [9]. Plusieurs voix souhaitent l'intégration croissante de l'EMiT à un concept global (concepts de formation postgraduée des cliniques, logbooks, programmes de formation continue). Cette demande a été intégrée au nouveau Programme de formation postgraduée en Médecine interne générale [10]. L'EMiT a également trouvé sa place dans les logbooks des filières de formation postgraduée en psychiatrie et en dermatologie.

Conclusions

Les résultats du projet pilote et les enseignements qui en ont été tirés montrent que l'EMiT est également applicable en Suisse dans diverses disciplines. Cet outil accorde plus de poids à la culture de feed-back et

2 A l'enquête facultative et anonyme de mi-2008 ont participé 21 médecins-assistants et 16 formateurs de 9 cliniques pilotes et 5 spécialisations (médecine interne, chirurgie, chirurgie vasculaire, gynécologie et obstétrique, psychiatrie et psychothérapie, rhumatologie et dermatologie).

3 Le 9 septembre 2009, une rencontre des représentants des cliniques pilotes a eu lieu sur l'invitation de l'ISFM et de l'AAE/IML. La liste des participants se trouve à la fin de l'article.

4 La forme générique du masculin représente aussi bien la forme masculine que la forme féminine.

5 Conformément à l'art. 20 de la Réglementation pour la formation postgraduée (RFP).

6 A la faculté de médecine de Berne, Mini-CEX et DOPS font partie intégrante de la filière réformée du master à partir de 2010.

de la communication, contribuant ainsi à améliorer la qualité de la formation postgraduée médicale et la sécurité des patients [11].

Malgré l'accueil généralement positif fait à l'EMiT par les cliniques, cet outil nécessite une préparation (formation) méticuleuse de l'équipe et – comme toute nouveauté – une certaine période d'adaptation. Les expériences faites dans d'autres pays montrent que le manque de familiarisation avec l'EMiT est l'un des principaux obstacles rencontrés dans sa mise en œuvre, outre des problèmes organisationnels et la charge de temps à consacrer [12,13]. La généralisation de l'EMiT dans la formation postgraduée médicale – comme le prévoit le nouveau programme de formation postgraduée en Médecine interne générale – est sensée tenir compte des expériences faites par les cliniques pilotes. Il faudra donc tenir davantage compte des exigences spécifiques et des particularités des disciplines.

La culture de feed-back et de la communication qui accompagne l'EMiT représente un pilier important d'une formation postgraduée médicale de haute qualité. L'EMiT contribue à pérenniser l'offre d'une formation postgraduée médicale performante et ciblée dans les conditions-cadres actuelles et futures du système de santé.

Remerciements

Nous remercions tous les médecins-assistants et les formateurs des cliniques pilotes pour la réalisation des EMiT. Nous adressons des remerciements particuliers aux participants à l'enquête en ligne ainsi qu'aux représentants des cliniques pilotes ayant assisté à la rencontre du 9/9/2009. Nous remercions par ailleurs le Dr M. Perrig (Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern) et le Dr F. Nohl (Medizinische Klinik, Zieglerspital Bern) pour le compte-rendu d'expérience sur l'EMiT dans la formation prégraduée à l'Université de Berne, le PD Dr E. Bächli (Medizinische Klinik, Spital Uster) qui a représenté l'Association suisse des médecins-chefs de médecine interne, le Dr C. Kim (Klinik für Viszerale Chirurgie, Inselspital Bern) qui a exposé le point de vue du Comité directeur de l'ASMACH et le Prof W. Langewitz (Psychosomatik, Universitätsspital Basel) qui a animé cette rencontre.

Liste des directeurs et responsables de projet des établissements de formation postgraduée dans l'ordre chronologique

Prof. V. Briner et Dr T. Hodel* (Département Innere Medizin, Kantonsspital Luzern); Prof. W. Reinhart, Dr T. Wieland et Dr R. Strub (Département Innere Medizin, Kantonsspital Graubünden); Dr J. Kurmann, Dr M. Kendall et Dr L. Schlegel* (Psychiatrie Luzern); Prof. M. Wolfensberger et PD Dr A. Welge-Lüsse (HNO-Klinik, Universitätsspital Basel); Dr J. Knaus (Chirurgische Klinik, Spital Lachen); Dr M. Widmer* (Klinik für Herz- und Gefässchirurgie, Inselspital Bern); Prof. U. Laffer, Dr H. U. Würsten*, Dr P. M. Sutter (Chirurgie, centre hospitalier Bienne); Prof. M. Müller (Frauenklinik, Inselspital Bern); Prof. M. Röth-

lin* (Chirurgische Klinik, Spital Münsterlingen); Prof. S. Stöckli (HNO-Klinik, Kantonsspital St. Gallen); PD Dr F. Salomon (Medizinische Klinik, Spital Lachen); PD Dr L.T. Heuss (Medizinische Klinik, Spital Zollikerberg); Dr F. Maurer-Marti, Dr G. Zimmermann (Frauenklinik, Bürgerspital Solothurn); Dr N. Zerkibel* (Medizinische Klinik und Rehabilitation, Klinik Susenberg ZH); Dr E. Bonvin, Dr S. Etienne* (Hôpital psychiatrique, Monthey); Prof. P. Villiger et Dr H. Schwarz* (Klinik für Rheumatologie, Inselspital Bern); Prof. P. Itin, Dr P. Häusermann (Dermatologische Klinik, Universitätsspital Basel); PD Dr N. Bürki (Frauenklinik, Kantonsspital Liestal); Dr B. von Castelberg, Dr S. von Orelli (Frauenklinik, Stadtspital Triemli).

Références

- Berendonk C, Beyeler C, Westkämper R, Giger M. Le feed-back structuré dans la formation postgraduée médicale: Mini-CEX et DOPS. Bulletin des médecins suisses. 2008;89(32):1337-40.
- Davies H, Archer J, Southgate L, Norcini J. Initial evaluation of the first year of the Foundation Assessment Programme. Med Educ. 2009 Jan; 43(1):74-81.
- Scheele F, Teunissen P, Van Luijk S, et al. Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands. Med Teach. 2008;30(3):248-53.
- Kogan JR, Hauer KE. Brief report: Use of the mini-clinical evaluation exercise in internal medicine core clerkships. J Gen Intern Med. 2006 May;21(5):501-2.
- Hatala R, Ainslie M, Kassen BO, Mackie I, Roberts JM. Assessing the mini-Clinical Evaluation Exercise in comparison to a national specialty examination. Med Educ. 2006 Oct;40(10):950-6.
- Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. Ann Intern Med. 1995 Nov 15;123(10):795-9.
- Wragg A, Wade W, Fuller G, Cowan G, Mills P. Assessing the performance of specialist registrars. Clin Med. 2003 Mar-Apr;3(2):131-4.
- Teunissen PW, Stapel DA, van der Vleuten C, Scherpbier A, Boor K, Scheele F. Who wants feedback? An investigation of the variables influencing residents' feedback-seeking behavior in relation to night shifts. Acad Med. 2009 Jul;84(7):910-7.
- PMETB. National Training Surveys 2008-2009 – Key findings. www.pmetb.org.uk.Chapter 3: Workplace Based Assessment:37-47.
- Giger M. Le nouveau programme de formation postgraduée en médecine interne générale, un atout pour la médecine de premier recours. Bulletin des médecins suisses.. 2009;90(50):1951-2.
- Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. American journal of surgery. 2009 May;197(5):678-85.
- Johnson G, Barrett J, Jones M, Parry D, Wade W. Feedback from educational supervisors and trainees on the implementation of curricula and the assessment system for core medical training. Clin Med. 2008 Oct;8(5):484-9.
- PMETB. Workplace Based Assessment – A Guide for Implementation. www.pmetb.org.uk. 2009.

* Représentants des cliniques pilotes ayant participé à la rencontre du 9.9.2009.