

**L**e monde de la santé est, comme d'autres secteurs d'ailleurs, contaminé par l'obsession de l'évaluation. Faut-il s'en réjouir ? On reste plutôt perplexe tant cette exigence de l'évaluation est profondément ambiguë.

D'un côté, ne pas évaluer la qualité des soins est éthiquement indéfendable. D'une part, n'importe quel corps de métier doit avoir ce souci de réfléchir son travail, donc de le mesurer afin de le contrôler et surtout de l'améliorer, si du moins il peut l'être. La volonté de bien faire son métier implique le principe de l'évaluation sous quelque forme que ce soit. D'autre part, la relation de soin est une relation de confiance. Un patient n'osera pas s'abandonner entre les mains du médecin ou du soignant s'il n'est pas convaincu qu'ils peuvent le meilleur pour lui. Il a besoin de croire que l'hôpital (ou la maison de repos) est fiable, les techniques efficaces et les prestataires de soins compétents. Une simple déclaration de principe ne suffit pas : il faut que cela ait été vérifié.

D'un autre côté, la culture de l'évaluation peut se révéler rapidement contraire à l'éthique. Relevons deux problèmes en guise d'illustration. On ne peut évaluer que ce qui est mesurable, objectivable : des matériaux, des procédures d'examen, des gestes, des techniques, des durées de séjour, des coûts,... Or la relation de soin ne se réduit en aucune manière à toutes ces données. Soigner, c'est avant tout être une conscience qui va à la rencontre de la souffrance ou de la vulnérabilité d'un autre sujet. C'est avoir une qualité de présence ou d'investissement personnel, c'est se laisser toucher par l'autre, c'est être vraiment là, non point seulement physiquement mais, pour ainsi dire, « compassionnellement ». Des soins sans ce supplément d'âme deviennent rapidement des soins maltraitants, quand bien même ils sont techniquement irréprochables. Or, si les évaluations ne peuvent valoriser que ce qu'elles sont capables d'évaluer – c'est-à-dire ce qui est objectivable –, si ce sont elles qui servent à prendre des décisions stratégiques déterminantes, le risque est grand que tout ce qu'elles ne peuvent mesurer – à savoir cette dimension relationnelle – finisse tout simplement par compter pour rien.

Autre conséquence catastrophique : l'écart institué entre le soin prescrit et le soin réel. Dans le monde de la santé, on ne contrôle pas les soins au chevet du malade au moment où ils sont prestés. Ceux-ci sont évalués sur la base de dossiers (informatisés) que les différents intervenants auprès du patient ont dû remplir (ce qui, soit dit en passant, vole du temps à la relation de soin). Mais ce que l'évaluateur apprécie alors, ce n'est pas le travail réellement fourni (dont il ignore tout, puisqu'il n'y était pas) mais le dossier bien ou mal rempli, dont le contenu correspond ou non aux moyennes statistiques attendues. Ainsi nous a-t-il été rapporté l'histoire suivante : face à une patiente difficile, on se résout à pratiquer une contention. Le désir de bien faire est présent, mais l'on doit improviser et s'adapter à la patiente, de telle sorte qu'on s'écarte du protocole. Puis les soignants passent beaucoup de temps à remplir un formulaire de procédure « qui tient la route », peu importe que ce qui y est mentionné soit fidèle ou non à la réalité : le souci qui domine alors est que le dossier réponde aux exigences de ceux qui pourraient le contrôler. Ce qui est occulté, ce n'est pas une contention scandaleuse, mais une contention justifiée qui, aussi adaptée soit-elle à la situation particulière de la patiente, s'éloigne des protocoles établis. Ainsi se creuse l'écart entre la réalité du terrain et la représentation que s'en font ceux qui, uniquement sur la base des dossiers, doivent prendre des décisions.

On l'a dit, il n'est pas question de remettre en cause le principe de l'évaluation : aucun des auteurs qui contribuent à ce numéro ne l'envisage. Mais il convient d'oser évaluer les évaluations si l'on veut éviter de tomber dans les travers que nous venons d'évoquer. Comment faire pour que les évaluations ne déshumanisent pas les soins et ne rendent pas absurde le travail ? A la lecture de ce numéro d'*Ethica Clinica*, deux pistes au moins peuvent être évoquées.

Tout d'abord, rendre aux évalués, qui connaissent mieux leur métier que quiconque, le pouvoir de fixer les critères à partir desquels leur travail sera jugé. C'est l'occasion de réfléchir sur sa profession, sur ses évolutions, sur ses difficultés, et sur les changements possibles. Certes, tout ce qui peut ou doit être évalué ne nécessite pas une telle démarche : par exemple, l'évaluation de la qualité des analyses en laboratoire est strictement technique. Il n'y a pas lieu de négocier. Mais lorsqu'il s'agit d'évaluer la qualité des soins, l'organisation du travail, etc. qui engagent directement les professionnels, il leur revient de participer à l'ensemble du processus de l'évaluation : déterminer les objectifs visés par l'évaluation, déterminer les critères qui serviront à l'évaluation, définir les informations à recueillir et la stratégie pour les obtenir, confronter ces informations aux critères fixés et enfin prendre des décisions ensemble pour améliorer ce qui peut l'être.

Ensuite, parmi les points à évaluer, il faudrait inclure la réflexion éthique en équipe. On l'a mentionné, le travail sur le terrain est souvent confronté à l'imprévu. Chercher ensemble la solution la meilleure, la plus juste lorsqu'il est impossible de suivre scrupuleusement les protocoles, et vouloir en rendre compte, c'est faire de l'éthique clinique. C'est aussi du travail. L'évaluer, c'est évidemment se donner une chance d'améliorer les outils de prise de décision en situation difficile, mais c'est surtout, d'abord et avant tout, reconnaître institutionnellement, que le travail de soignant ne saurait consister à suivre en permanence des procédures évaluables.

Jean-Michel Longneaux