
**La recertification des médecins en exercice.
Données internationales.**

Le Directeur de la CNAM n'est pas le seul à se préoccuper de la recertification des médecins en exercice. Il s'agit d'une préoccupation internationale comme le montre une série d'articles du British Medical Journal¹ concernant le Royaume Uni (UK), les USA, l'Australie (AUS), la Nouvelle Zélande (NZ), le Canada (CAN), les Pays Bas (NL) ainsi que le colloque international organisé l'an dernier par l'Unaformec² où se retrouvaient les mêmes et la Belgique (BEL). Nombre de médecins français sont inquiets de cette éventualité et sceptiques quant à sa faisabilité et son acceptabilité. Nous tenterons de résumer les points essentiels des expériences.

* **L'opportunité**, voire la nécessité d'une recertification, sont donc reconnues largement. Ceci est le reflet d'un mouvement général, d'une attente des sociétés.

* **Les règles de mise en oeuvre** sont variables selon les pays, reflétées par la variabilité des termes: **recertification** légale, aux USA depuis longtemps, et en NZ depuis une loi de 1995; **revalidation** d'initiative professionnelle imposée pour tous en 2002 (UK), ou volontaire (AUS), complément d'inspections professionnelles obligatoires (CAN); **rerégistration** légale des spécialistes, sur des critères qualitatifs, à partir de 2000 aux NL. La périodicité est en général de 5 ans. En France, les ordonnances Juppé étaient la première manifestation de cette exigence sociale: l'obligation de FMC est en sommeil, l'**accréditation** des hôpitaux est en cours.

* **Les modalités** de la recertification sont le plus souvent doubles: **attestation de FMC** (AUS, NZ, NL, BEL, CAN); **bilan de compétence et de performance** et procédures d'assurance qualité (UK, USA, AUS, CAN, NL)

* **Les attestations de FMC** sont d'ordre quantitatif (40 à 50 heures annuelles). et d'ordre qualitatif, en fonction de critères de qualité et d'efficacité de la FMC. Le choix des modes de formation est toujours laissé libre. Sont incluses par exemple les activités de type audit de pratique, la FMC traditionnelle, les activités d'enseignement et de recherche (AUS). L'accent est mis sur l'évalua-

tion préalable des besoins de FMC, notamment sur l'auto-évaluation (UK). Ailleurs on insiste sur les recommandations de pratique clinique et leur "appropriation" (NL).

* **L'évaluation des compétences** est organisée de façon variable:

- audits de pratique, procédures d'**autoévaluation** (AUS, NZ)

- **évaluation par les pairs**, portant sur les procédures de soins plus que sur les résultats (USA, AUS, CAN, NL), souvent sur le lieu de travail, évoquant les inspections canadiennes.

- **évaluation externe mixte**, par des pairs et intervenants extérieurs (UK)

- **examens** portant sur des situations de pratique clinique (USA, CAN)

* **Les thèmes** sur lesquels portent la formation et l'évaluation sont larges, incluant les soins cliniques, la relation médecin-patient, l'organisation des soins, le dossier médical, les relations entre professionnels, les données éthiques et économiques. Ils sont variables selon le mode d'exercice, mais doivent aussi tenir compte des situations rares, mais dont la méconnaissance peut avoir des conséquences graves. La relation avec le patient est très souvent citée parmi les thèmes prioritaires et plusieurs pays font appel à des questionnaires auprès des patients (AUS, USA, CAN.)

Plusieurs de ces méthodes sont encore expérimentales, et les australiens par exemple se posent des questions sur leur faisabilité. Il paraît cependant peu raisonnable de méconnaître l'intérêt de cette évolution, en phase avec l'évolution de la société. A la lumière de ces expériences et des recherches françaises actuelles, quelques points semblent pouvoir être soulignés:

- l'évaluation doit privilégier les compétences et non les seules connaissances; la notion de compétence doit être élargie au delà de l'aspect purement technique et aborder le savoir être.

- les procédures d'autoévaluation ne font pas recette: les canadiens, pourtant pionniers dans ce domaine, en parlent peu, les anglais ne parlent plus des audits de pratique qu'ils avaient pourtant largement promus il y a quelques années. Cette voie doit cependant être approfondie, voire privilégiée. Les Bilans Professionnels Personnalisés de l'Unaformec (BPP), les bilans de compétence de MG-France sont des orientations prometteuses, bien qu'ambitueuses.

- la responsabilité professionnelle doit être revendiquée, même si, à l'image des anglais, des participations externes peuvent être justifiées. Mais cette responsabilité doit être celle de l'ensemble de la profession, au-delà des clivages actuels.

1 - Buckley G. Revalidation is the answer. To one question - but many more remain. BMJ 1999;319:1145-6 et 1180-92

2 - Collectif. La recertification des médecins. Colloque international. Unaformec. 1998,

Mots clés: recertification, organisation des soins, compétence qualité des soins, FMC, obligation, groupe de pair

Numéro 162 du 25 novembre 1999