

**RECERTIFICATION**  
**DES MEDECINS EN EXERCICE**  
**EXPÉRIENCES, ESSAIS ET ENJEUX**



**COLLOQUE INTERNATIONAL UNAFORMEC**  
**PARIS 21-22 NOVEMBRE 1998**



# SOMMAIRE

<b>LES RAISONS D'UN COLLOQUE</b>	Page 3
<b>LA LISTE DES PARTICIPANTS AU COLLOQUE</b>	Page 4
<b>INTRODUCTION</b>	Page 5
<b>LA PRÉSENTATION DE LA FMC PAR PAYS</b>	
Grande-Bretagne	Page 9
Nouvelle-Zélande	Page 19
Pays-Bas	Page 26
Etats-Unis	Page 34
Canada - Québec	Page 43
Belgique	Page 56
France	Page 64
<b>LA PROBLÉMATIQUE</b>	
Compétence : Vers une évaluation de la performance	Page 72
Accréditation, Recertification, Garantie	Page 76
La recertification comme enjeu dans des rapports de forces	Page 80
<b>LES OUTILS</b>	
Les Bilans Professionnels Personnalisés	Page 84
Le questionnaire de Nouvelle-Zélande	Page 90
<b>CONCLUSION</b>	Page 93

## LES RAISONS D'UN COLLOQUE

Nul ne peut échapper aujourd'hui à la culture de l'évaluation. Le médecin moins que tout autre ne pourra faire longtemps l'économie de la preuve du maintien et de la réactualisation de ses compétences. Les expériences étrangères et le consumérisme mondial l'y obligeraient si d'aventure il espérait y échapper.

Ces réticences compréhensibles si l'on se pose la question des moyens de contrôle et de leur pertinence, expliquent le petit jeu sémantique qui se développe ici et là : contrôle des connaissances, examen de passage, recertification, etc.

Dans ce contexte d'incertitudes l'Unaformec a jugé utile d'approfondir sa réflexion sur ce sujet avec l'aide de représentants de pays étrangers qui ont tenté de mettre en place une procédure souvent qualifiée sans arrière pensée de «recertification».

L'Unaformec a donc réuni autour d'une même table plusieurs de ses responsables à travers la France ainsi que l'Université, le Conseil National de l'Ordre, des représentants des ministères concernés, le directeur d'Essec Santé, et des personnes ressources rapporteurs des expériences étrangères.

Le présent fascicule ne prétend pas à l'exhaustivité sur la question. Il a cependant le mérite, en faisant état des processus utilisés chez nos confrères étrangers, de montrer, au-delà des diversités, des analogies quant aux difficultés rencontrées et aux solutions choisies. Soulignons ici que pour l'ensemble des participants, **c'est à la profession elle-même qu'incombe l'entière responsabilité du choix des moyens et de la mise en place des procédures.**

Le système français, quelle que soit son évolution, pourra, nous l'espérons, bénéficier et s'enrichir des expériences de ceux qui nous ont précédés dans cette démarche.

**Dr Philippe Bonet**

**Président de L'UNAFORMEC**

## LES PARTICIPANTS AU COLLOQUE

ABRAMOVICI Francis	UNAFORMEC	LAGNY SUR MARNE
ACQUAVIVA Jean-Louis	UNAFORMEC	LE CANNET DES MAURES
ARCHIMBAUD Pierre	UNAFORMEC	LE CRES
ARSAN Amine	UNAFORMEC	PARIS
ATLAN Pierre	UNAFORMEC	PARIS
BONET Philippe	UNAFORMEC	MONTBERT
ROMBERG Didier	UNAFORMEC	PARIS
BROUILLOT Alain	FMC CHU	PARIS
BUKIET Victor	MEDECIN GENERALISTE	QUINCY VOISINS
BUNLET Danièle	LABORATOIRE LAFON	FRANCE
CARRIERE Roger	UNAFORMEC	PONTAULT COMBAULT
CHARPENTIER Jean-Marc	UNAFORMEC	MONTBERT
CHABOT Jean-Michel	UNIVERSITÉ	FRANCE
COLOMBIER Pierre	UNAFORMEC	TRAMAYES
CRAPPIER Jean-Jacques	UNAFORMEC	LE MANS
CROSSLEY Catherine	ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS	GRANDE BRETAGNE
DEMEAUX Jean-Louis	UNAFORMEC	BORDEAUX
DORE Michel	UNAFORMEC	CHELLES
DUVAL Jean-Jacques	UNAFORMEC	BEAUJEU
EMERIAUD Patrick	UNAFORMEC	LE BIGNON
GALLOIS Pierre	UNAFORMEC	CHARNAY LES MACON
GALULA Josiane	REVUE TLM	FRANCE
GILLIER Sylvie	UNAFORMEC	ST SEBASTIEN SUR LOIRE
GINOUX Gaston	UNAFORMEC	LA CIOTAT
GLORION Bernard	CONSEIL NAT. ORDRE DES MEDECINS	PARIS
GUILBERT Jean-Jacques	O.M.S.	SUISSE
HONNORAT Charles	UNAFORMEC	SAINT GILLES
JANES Ron	MEDECIN GENERALISTE	NOUVELLE ZELANDE
KAHN Robert	UNAFORMEC	MARSEILLE
KLOTZ Pierre	UNAFORMEC	ALTKIRCH
LEFEBVRE Luc	S.S.M.G.	BELGIQUE
LEMANT Jacqueline	D.G.S.	PARIS
LEQUEUX Yves	UNAFORMEC	ST PERE EN RETZ
LHUILIER Jean-Pierre	UNAFORMEC	LA VARENNE ST HILAIRE
MICOLLE Jean-Pierre	UNAFORMEC	CHAZAY D'AZERGUES
PAQUERIAUD Anne	STAGIAIRE EN MEDECINE GENERALE	MACON
PERDRIAUX Jacques	UNAFORMEC	ST PIERRE DES CORPS
PICOT Roger	UNAFORMEC	TOULOUSE
SEBBAH Didier	UNAFORMEC	LAURIS
TALSMA Jaat	MEDECIN GENERALISTE	PAYS-BAS
THIVIERGE Robert	UNIVERSITE DE MONTREAL	CANADA
TOBELEM Marcel	UNAFORMEC	CRETEIL
VANHALEWYN Michel	S.S.M.G.	BELGIQUE
VIENS Gérard	ESSEC SANTE	FRANCE
WENTZ Dennis K.	CME AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION	USA

COLLOQUE ORGANISE PAR LE DOCTEUR MARCEL TOBELEM  
SECRETARE GENERAL DE L'UNAFORMEC



# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

Les 20 et 21 novembre 1998, à l'initiative de l'Union nationale des associations de formation médicale continue (Unaformec), un colloque réunissait à Paris un certain nombre de médecins de divers pays (Etats-Unis, Pays-Bas, Belgique, Suisse, Québec, Nouvelle-Zélande, Grande-Bretagne), tous impliqués par ailleurs dans des structures d'organisation de FMC, venus débattre de la recertification avec leurs collègues français.

Les questions posées par avance aux intervenants, et autour desquelles leurs exposés s'organisaient, étaient :

- Existe-t-il chez vous une formation médicale continue ?
- Est-elle obligatoire (pour les généralistes ; pour les spécialistes) ?
- Existe-t-il un contrôle des connaissances ?
- Existe-t-il une obligation de résultats avec sanctions ?
- Quelles sont, si elles existent, les modalités du contrôle ou de la recertification ?
- S'il n'y a pas de contrôle, envisage-t-on d'en instituer un et sous quelle forme ?

Les 45 participants que réunissait ce colloque étaient regroupés pendant les 1<sup>ère</sup> et 3<sup>ème</sup> demi-journées en séances plénières. La 2<sup>ème</sup> demi-journée était organisée en ateliers : petits groupes de 7 à 8 participants, qui accueillaient successivement les experts venus d'autres pays —chaque expert circulant dans chacun des 4 ateliers. Ainsi, dans les ateliers, les experts ont pu être questionnés et amener des précisions sur ce qu'ils avaient exposé précédemment. Les ateliers ont permis aussi que soient abordées d'autres questions. Certaines étaient prévues par les organisateurs, et annoncées d'avance aux participants :

- Qui recertifie ?
- Quelles instances ?
- Comment sont-elles constituées ?
- Quelle différence existe-t-il entre le projet et sa réalisation ?
- Eventuellement, quelle politique et quel système de santé ?

**INTRODUCTION**

D'autres questions encore ont été soulevées dans les ateliers, amorcées en plénière par les intervenants ou émergeant spontanément. Elles tendaient à approfondir le débat, et, au-delà des modalités administratives, à aller interroger, comme le Professeur Bernard Glorion, président de l'Ordre des médecins et président du Conseil national de FMC en avait du reste émis le voeu lors de la première plénière, ce que recouvre le terme de « recertification », et de manière plus fondamentale à débattre du problème de la garantie en matière d'exercice de la médecine.

Voici, de manière non exhaustive, quelques uns des thèmes abordés :

- formation initiale ;
- connaissances, compétence et performance : place de la FMC ;
- FMC et santé publique ;
- contrôle et FMC : modalités et enjeux des évaluations ;
- mesure et performance ;
- garants et garantie ;

La plénière suivante prévoyait également des questions :

- l'objectif de la recertification est-il d'apporter une garantie de compétence professionnelle ou une évaluation standardisée des connaissances ?
- la recertification ne pose-t-elle pas le problème de la certification et de sa validité ?
- la recertification doit-elle prendre en compte les problèmes de santé publique et de leur prévention ?
- la recertification prend-elle en compte les capacités de communication ?
- la recertification est-elle une démarche d'évaluation formative ?

Cette séance a essentiellement permis que les questions introduites en petit groupe soient reprises et examinées entre tous les participants.

**INTRODUCTION**

Etant donné la richesse de ces échanges, pour tenter de rendre compte de ce qui a été débattu, nous avons préféré à une présentation linéaire une présentation plus thématique :

- une première partie rend compte de la présentation par l'intervenant du système de garantie propre à son pays, envisagé de la place de l'intervenant, et selon la problématique qui lui est personnelle. Cette présentation ajoute aux communications faites par l'intervenant en plénière les précisions qu'il a pu apporter dans les divers ateliers au gré des questions des participants ;

- une deuxième partie, intitulée « Thèmes et discussions », tente de rendre compte, en l'organisant thématiquement, du foisonnement de remarques et questions que ce colloque a soulevées ; il peut arriver qu'il y soit fait référence à des articles ou ouvrages qui n'ont pas été explicitement cités au cours des discussions, mais qui sont connus de nombre de participants ;

- enfin, on a regroupé dans une troisième partie un certain nombre d'outils d'évaluation présentés au cours du colloque par des intervenants qui en sont souvent également les inventeurs. Ces outils dans leur conception marquent chacun un mode de réponse ou bien d'occultation de la question, à chaque fois spécifique, à nombre de questions débattues.





**RECERTIFICATION  
DES MEDECINS EN EXERCICE**

**I**

**L'ORGANISATION DE LA FMC PAR  
PAYS**

Grande-Bretagne

Nouvelle-Zélande

Pays-Bas

Etats-Unis

Québec

Belgique

France



## GRANDE-BRETAGNE

GRANDE  
BRETAGNE

### Résumé

**En Grande-Bretagne, aucune recertification n'est en vigueur jusqu'ici, ni pour les généralistes ni pour les spécialistes. La FMC ne fait l'objet d'aucune obligation au sens strict mais elle est largement pratiquée.**

**Concernant les généralistes seulement la FMC ouvre droit à un avantage financier. Il s'agit d'un remboursement versé au généraliste par son employeur, le Family Health Service Authorities, d'une somme d'un montant annuel de 2 500 livres (ce qui représente 1/5 environ du salaire annuel) qui lui avait été prélevée en début d'année.**

**Le médecin doit pour l'obtenir avoir suivi trente heures par an de FMC dans des formations agréées. La formation doit avoir porté à parts égales sur trois domaines : maladie et soins curatifs, prévention-éducation pour la santé, et gestion du cabinet.**

**L'ensemble du système d'agrément des formations repose sur les Collèges Royaux. Cet agrément peut être accordé quel que soit l'organisateur du programme de FMC : industrie pharmaceutique, syndicat, petites sociétés de médecine locales (analogues aux associations locales de France), etc. L'agrément est accordé de manière très large —dans un souci de ne pas décourager les bonnes volontés.**

**En février 1999, le General Medical Council a voté pour la « revalidation » de tous les médecins. Les détails des modalités de cette mesure sont en cours d'élaboration. Il n'est pas question de faire passer des examens mais de s'assurer de la qualité des soins médicaux.**

# LA GARANTIE EN GRANDE-BRETAGNE<sup>1</sup>

## ORGANISATION GENERALE

### La sélection initiale

En Grande-Bretagne, tant pour les généralistes que pour les spécialistes, la formation initiale est suivie de trois ans de formation « post-graduate » de 3<sup>ème</sup> cycle. La formation "post-graduate" des généralistes est entièrement gérée par le Collège Royal des médecins généralistes (RCGP), celle des spécialistes, par les divers Collèges de spécialistes.

La formation "post-graduate" des futurs généralistes dite « *Vocational training scheme* », s'effectue pour une part dans le service hospitalier et d'autre part auprès d'un médecin enseignant. Cet apprentissage auprès des malades comporte également des cours et des groupes de discussion qui se tiennent dans le centre de formation "post-graduate" qui existe dans chaque grand hôpital. Ce centre, dans un bâtiment spécifique au sein de l'hôpital, bénéficie d'une bibliothèque et d'un centre de documentation et accueille également sur d'autres horaires, la FMC destinée aux généralistes et spécialistes en exercice. Ce centre de formation "post-graduate" est géré par un administrateur, sous la direction à temps partiel, d'un médecin *Clinical tutor* qui peut être un généraliste mais le plus souvent un médecin hospitalier. Les *Clinical tutors* font partie du personnel du doyen de chaque université qui est responsable de la formation de 3<sup>ème</sup> cycle (*postgraduate dean*) et pour laquelle il reçoit des fonds importants à la fois de l'université et des pouvoirs publics.

Dans certaines régions le médecin généraliste en apprentissage dispose également d'un « mentor » qui est un médecin distinct de celui auprès de qui il travaille et auquel il peut aller parler librement de ses difficultés et questions. Le mentor, contrairement au maître de stage, n'a pas fonction de juger ni noter, mais seulement d'écouter et conseiller.

Après quoi, avec l'accord de son maître de stage, le médecin généraliste est habilité à exercer en ville en tant que « junior practitioner » et peut aller proposer ses services à des confrères. De cette manière, le généraliste débutant travaille

---

<sup>1</sup> A partir de la communication de Madame Catherine Crossley. Catherine Crossley est depuis cinq ans responsable administrative au département de FMC du Collège royal des médecins internistes (Royal College of Physicians) de Londres. Ce texte est publié avec relecture de Mme Crossley qui a rajouté un certain nombre de précisions utiles.

toujours entouré des conseils de confrères plus expérimentés. L'inscription au General Medical Council (GMC) qui est l'équivalent de l'Ordre des médecins, se fait dès la formation initiale effectuée (avant les trois ans de formation "post-graduate").

Pour le spécialiste, la formation "post-graduate" se déroule à l'hôpital. Le poste dans lequel le médecin l'effectue doit être accrédité par le Collège Royal de spécialistes de la spécialité concernée : le Collège vérifie que le travail effectué va être réellement formateur, que le médecin va pouvoir continuer à y apprendre la médecine. Au cours de ces deux ou trois années de formation "post-graduate" consacrées à la médecine générale, le médecin prépare un examen, le Membership of the Royal College of Physicians, qui lui donnera le statut de membre du Collège Royal. L'examen est très sélectif (35% de réussite à la première partie, 38% à la deuxième). On ne peut commencer l'apprentissage en spécialisation qu'une fois devenu membre du Collège Royal.

Les études en spécialisation durent de quatre à six ans selon la spécialité. Elles se déroulent dans des services hospitaliers. A l'issue de ces années, le médecin obtient un certificat de fin de spécialisation et est inscrit sur le registre des spécialistes. Les médecins spécialistes de Grande-Bretagne exercent à peu près toujours comme salariés à plein temps d'une structure hospitalière. Ils sont donc intégrés à de grandes équipes et sont de ce fait supervisés perpétuellement. Il n'est pas besoin d'organiser de sélection ultérieure, elle se fait spontanément : un médecin qui travaillerait mal aurait du mal à trouver un poste.

Aucune recertification (au sens d'une remise en question périodique du droit d'exercice) n'est en vigueur jusqu'ici, ni pour les généralistes ni pour les spécialistes. Pour les médecins généralistes, contrairement à la France, le cabinet de groupe est la règle générale, il est exceptionnel en Grande-Bretagne qu'un médecin généraliste travaille seul —et tout au long de sa carrière le généraliste disposera du recours aux conseils de ses confrères. Quant au spécialiste, la garantie est donnée par les conditions mêmes de son exercice.

## LA FORMATION MEDICALE CONTINUE

La FMC existe depuis fort longtemps en Grande-Bretagne, tout au moins pour les généralistes. Elle ne fait l'objet d'aucune obligation au sens strict. Les spécialistes ne sont soumis qu'à une « obligation professionnelle » de FMC —comprendre : ce n'est pas obligatoire, mais tout le monde le fait.

### A) Les généralistes

Concernant les généralistes, depuis une loi votée en 1990, la FMC ouvre droit à un avantage financier. Il s'agit en fait d'un remboursement versé au généraliste par son employeur, le Family Health Service Authorities, d'une somme d'un montant annuel de 2 500 livres (ce qui représente 1/5 environ du salaire annuel) qui lui avait été prélevée en début d'année. Le médecin doit pour l'obtenir avoir suivi trente heures par an de FMC dans des formations agréées. Il envoie ses attestations de FMC au Family Health Service Authorities, qui lui consent alors le remboursement. La formation doit avoir porté à parts égales sur trois domaines : maladie et soins curatifs, prévention-éducation pour la santé, et gestion du cabinet.

Les instances qui décident de l'agrément des formations, et de l'ensemble de l'organisation de la FMC des généralistes sont : 1) d'une part le Health Service, qui vérifie que le médecin a bien suivi les 30 heures lui ouvrant droit à remboursement; 2) d'autre part (en particulier en ce qui concerne l'agrément des formations) les doyens responsables des unités de formation "post-graduate".

- Les organismes de formation

L'agrément peut être accordé quel que soit l'organisateur du programme de FMC : industrie pharmaceutique, British Medical Association (le syndicat), petites sociétés de médecine locales comme il en existe dans chaque ville (et d'un fonctionnement proche de celui de la vie associative en France), entreprises commerciales ayant fonction d'établir un lien entre les médecins et l'industrie pharmaceutique, etc.

- Méthodes

Sont agréées non seulement des formations collectives classiques, en cours ou ateliers, mais aussi, sous le terme de « *practice based education* » (PBE), des activités formatrices au cabinet (lectures, audits, enseignements par correspondance, contrôle par les pairs).

- Thèmes

Les thèmes sont laissés à l'initiative des organisateurs. Il peut s'agir de thèmes bio-médicaux, mais pas exclusivement. Ce peut être aussi un problème d'éthique, ou « *Que pense le gouvernement de telle question ?* » ou encore le témoignage apporté par un groupe de travail sur son expérience. Ou encore, au chapitre de la relation médecin-malade, « *Comment s'occuper d'un malade asthmatique jeune qui oublie de prendre ses médicaments ?* ». D'une manière générale, on considère que, plutôt qu'une CME/FMC (*Continuing Medical Education*), il s'agit de favoriser un CPD (*Continuing Professional Development*). C'est en Grande-Bretagne ce que recouvre le mot « formation ». Ce sont les généralistes qui ont impulsé la FMC dans cette direction ; à l'heure actuelle elle tend à être imitée aussi par les spécialistes.

- Critères pour l'agrément

Les critères d'évaluation sur lesquels se fonde la décision d'agréer une formation sont assez simples et sont proches des critères édictés aux USA par l'Accreditation Council. Ils tiennent sur une page, la plupart sont d'ordre pédagogique ; un des critères est l'indépendance de cette formation. La décision d'agrément est prise tout aussi bien par une seule personne et relève de l'autorité du doyen. L'agrément est accordé de manière très large —dans un souci de ne pas décourager les bonnes volontés. Il est tenu compte toutefois, de manière à garantir quelque sérieux, de la notoriété en sa partie de l'expert prévu.

Le RCGP, le Collège Royal des médecins généralistes, qui s'occupe de la formation "post-graduate", n'intervient pas directement dans l'organisation matérielle de la FMC des généralistes : il organise des congrès mais ne participe pas à l'agrément des formations proposées pas plus qu'il ne veille à ce que les généralistes suivent une formation continue. Centralisé, il a préféré déléguer la FMC à ses doyens des unités d'enseignement "post-graduate" des différentes régions (on l'a dit, il existe une unité de formation "post-graduate" dans chaque hôpital).

## B) Les spécialistes

La FMC des spécialistes, elle, n'existe que depuis quelques années. Elle ne donne pas lieu à contrepartie financière. Cette FMC est gérée directement par les divers collèges royaux de spécialités : le Collège examine les projets de formation émanant des structures prestataires : industrie pharmaceutique, universitaires, petits groupes organisés en associations, collèges, etc. et délègue la charge —dans certains collèges, à un comité— de les agréer ou pas. Là encore, les critères tiennent en une page et sont plutôt d'ordre pédagogique. La tâche est lourde : le Collège des internistes (Royal College of Physicians) examine ainsi une centaine de dossiers-projets tous les mois. Aussi envisage-t-on dans ce Collège, à partir du début de l'année 1999, de demander une participation financière pour l'examen des projets quand ils émanent d'organismes commerciaux.

Le Collège tient également un registre des formations suivies dans l'année par chacun de ses spécialistes : à cette fin, des feuilles ont été envoyées aux médecins. 77% d'entre eux ont accepté de les remplir et de les retourner. Il semble que tous accomplissent les 50 heures de formation annuelle auxquelles ils sont astreints par obligation professionnelle, et bien au-delà (100 heures et plus). La contrainte à faire état par écrit de sa formation que tente en douceur d'exercer le Collège est en général bien perçue —seuls quelques universitaires qui sont impliqués dans la formation à plein temps rechignent à être soumis à cette obligation déclarative. Le Collège est ainsi en mesure de la fournir à ses spécialistes ayant suivi 50 heures annuelles de formation et l'ayant prouvé par des certificats.

Le Collège délivre son agrément et prend en compte aussi bien la formation « externe » (on désigne par ce nom toutes les FMC organisées en séances classiques, avec ou sans intervenant extérieur) que la formation « interne » (les *staffs* de l'équipe hospitalière sur place) —dont la qualité est d'être très liée à la pratique.

Comme pour la FMC des généralistes, la plus grande liberté règne quant aux thèmes (laissés à l'initiative des prestataires) et quant aux prestataires eux-mêmes. Les activités des petites associations et sociétés médicales locales sont particulièrement bien considérées par les collèges, qui s'emploient, cela fait partie de leurs « recommandations », à développer tout ce qui peut se réaliser en FMC au niveau local, non-centralisé.

L'accent dans l'impulsion donnée à la FMC est mis sur la compétence clinique, la performance et l'environnement, plutôt que sur l'acquisition de connaissances.

On considère généralement que le contrôle des connaissances n'a plus lieu d'être, passée la formation initiale. Il est plus important pour un médecin de savoir là où s'arrêtent ses compétences et de pouvoir gérer sa manière de faire : savoir qu'on ne sait pas et diriger vers un confrère.

Les collèges cherchent par contre, et c'est la fonction des registres et feuilles dont il a été question plus haut, d'une part à pouvoir dresser un paysage de la FMC de manière à organiser celle-ci au mieux, d'autre part à éveiller chez chaque médecin, avec l'habitude de se former, le goût pour l'auto-évaluation de ses connaissances et lacunes. Ils travaillent à mettre au point des outils pour cela : tests dans le journal du Collège, sur Internet, etc.

### GARANTIE ET INSTITUTIONS

On le voit, l'ensemble du système repose sur cette vénérable institution que constituent les Collèges Royaux. Le système des Collèges est anglais à l'origine. Le Collège de médecine interne de Londres date de 1518. Il fonctionne sur un système de *membership*, et bénéficie de ressources importantes. Les autres pays du *Commonwealth* ont calqué leur système sur le système des collèges anglais. Mais ils l'ont adapté aux valeurs en cours dans leur pays. Et le système anglais reste sur le fond très spécifique.

Il existe une douzaine de Collèges dans le pays, un au moins pour chaque discipline : pour le Collège des internistes (*Physicians*), un à Londres, un à Edimbourg, un à Glasgow qui regroupe aussi les chirurgiens. Il y a le Collège des chirurgiens d'Angleterre et deux en Ecosse, un pour les obstétriciens, un pour les généralistes, etc. Les Collèges sont présents dans les régions par l'intermédiaire de leurs *College tutors*, chargés de faire le lien entre les médecins et l'organisme central. C'est là une fonction purement honorifique, contrairement aux *Clinical tutors* des unités de formation "post-graduate" qui leur remboursent l'équivalent d'une journée par semaine.

Le Collège peut éditer des standards. Il fait passer des examens. Il organise des souscriptions. Il s'occupe de la formation "post-graduate". Les *mentors* et les *tutors*, les maîtres de stage, relèvent de sa compétence. Enfin, il s'occupe maintenant de la FMC. Les Collèges travaillent en harmonie les uns avec les autres —en particulier chaque collège met à la disposition des autres l'ensemble des données qu'il peut recueillir. Toutefois, les Collèges et leurs activités ne touchent en rien à l'autorisation d'exercer, laquelle est du strict ressort du General Medical Council.

GRANDE  
BRETAGNE

Ceci est déterminant pour ce qui est de la démarche des Collèges. Le Collège de médecins

généralistes (*General Practitioners*) peut s'appliquer chaque année à fixer en une liste de 40 points ce que serait le médecin idéal et à perfectionner des outils destinés à évaluer compétence et performance : il ne s'agira jamais d'une opération de normalisation sur l'ensemble de la profession (assortie de tous les dispositifs sanctionnants qu'on peut voir se mettre en place dans d'autres pays), mais simplement de l'accès, sélectif par définition, au titre de *fellow* du Collège.

#### QUELQUES SYSTEMES D'EVALUATION ET D'ATTESTATION DE COMPETENCES EN VIGUEUR

1) L'accès au titre de *membre* du RCGP (Royal College of General Practitioners) se fait par examen. Contrairement au spécialiste, qui doit devenir membre du Collège royal de sa spécialité avant de pouvoir entamer sa spécialisation, donc très en amont de son droit d'exercice, la qualité de membre du Collège n'est nullement nécessaire pour exercer comme généraliste —et de fait le pourcentage de généralistes membres du Collège est assez faible.

Depuis 1990 la cooptation qui décidait de l'admission d'un médecin comme *Fellow* a été remplacée par une évaluation portant sur 16 domaines (dont la compétence, la performance et l'organisation du cabinet) en 40 questions. Cette évaluation, du ressort d'une commission spéciale du RCGP se passe au cabinet du médecin. Elle consiste en une inspection d'une journée faite par trois membres du Collège. Pour ce qui est des critères retenus, les inspecteurs s'emploient davantage à vérifier si le médecin a intégré dans sa pratique un certain nombre d'habitudes considérées comme essentielles en médecine générale (conseils préventifs, contraception, surveillance systématique des diabétiques) qu'à évaluer et mesurer une problématique « qualité » en matière de performance ou à vérifier les connaissances. Le nombre de Fellows admis de cette façon (*Fellowship by Assessment -FBA*) dépasse à peine la centaine.

2) A l'autre pôle, le General Medical Council, pour faire face aux cas délicats de médecins alcooliques, drogués ou vieillissants ou d'une manière générale dont les pratiques ont pu entraîner des plaintes de malades ou, pour des spécialistes, des inquiétudes de collègues, a mis en place un appareil de normes minima de la compétence du médecin, dans trois domaines : notes médicales, gestes pratiques

et connaissances de base usuelles en médecine générale. Le GMC a pour cela fait appel à un professeur de pratique de médecine générale, à qui il a été demandé de constituer des groupes de spécialistes qui ont établi ces normes.

On fait en ce cas passer des tests au médecin. Un système de « contrôle par les pairs » au cabinet, sur deux à trois jours, a été également mis en place : pairs de la même spécialité, accompagnés d'un non-médecin chargé de représenter la clientèle. Le but est d'éviter qu'un professionnel formé et diplômé à un niveau si élevé soit mis simplement au rebut sans autre forme de procès.

Depuis l'affaire des médecins de Bristol, en juin 1998, 29 médecins ont été suspendus de leurs fonctions par cette procédure.

3) La Grande-Bretagne va voir se mettre en place dans un proche avenir des systèmes de contrôle d'un ordre un peu différent et possiblement plus normatif que ce qui a été en vigueur jusqu'ici.

a) Les plans de développement personnel

Les pouvoirs publics ont demandé que chaque médecin suive un « plan de développement » (sur le même modèle que celui ayant cours en Nouvelle-Zélande par exemple). Les collègues sont partie prenante de ce projet —notamment dans la mesure où disposer de ces plans pourra être d'une grande utilité pour l'organisation de la FMC.

b) Le "Clinical governance"

Il s'agit d'un système de contrôle clinique qui reposera sur le fait que chaque hôpital ou directeur de cabinet de groupe sera personnellement responsable d'une « qualité clinique des soins » dispensés par son établissement. Des normes qualité seront édictées par un Institut de la qualité clinique, établi à cet effet, le National Institute of Clinical Effectiveness (NICE).

c) La « Revalidation »

En février 1999, le General Medical Council a voté pour la « revalidation » de tous les médecins. Les détails des modalités de cette mesure sont en cours d'élaboration. Il n'est pas question de faire passer des examens mais de s'assurer de la qualité des soins médicaux.

GRANDE  
BRETAGNE

## La garantie en Grande Bretagne

### Les points clés

- En Grande-Bretagne, aucune recertification n'est en vigueur ni pour les généralistes ni pour les spécialistes.
- La FMC est néanmoins largement pratiquée. Concernant les généralistes elle FMC ouvre droit à une indemnisation. Le médecin doit pour l'obtenir avoir suivi trente heures par an de FMC dans des formations agréées.
- L'ensemble du système d'agrément des formations repose sur les Collèges Royaux. Cet agrément est accordé de manière très large.

### *Great Britain*

#### *Key Points on Recertification*

- *There is currently no recertification in Great Britain either for general practitioners or for specialists.*
- *Nevertheless CME is widely practised. There is a financial incentive for generalists to undertake 30 hours a year of accredited education.*
- *CME for specialists is managed by Royal Colleges and accreditation of meetings is awarded fairly generously.*





## NOUVELLE-ZELANDE

NOUVELLE  
ZÉLANDE

### Résumé

Encouragée par le Collège des médecins généralistes de Nouvelle-Zélande depuis plusieurs années, la FMC a acquis en 1995 les cadres légaux d'un programme de recertification —ou réaccréditation. La participation à un programme de réaccréditation est obligatoire. Ce programme comporte obligatoirement un certain nombre d'heures de FMC. Cependant le fait de ne pas réaliser ces heures n'est pas automatiquement sanctionné. Les responsables du Collège réfléchissent encore sur la réponse à apporter à ce genre de cas. Il s'agit pour le Collège de trouver un compromis entre les exigences des autorités et ce que les médecins sont prêts à accepter.

Pour être réaccrédité, le médecin doit accumuler par cycle de cinq ans un total de 250 points. Le point correspond en gros à un équivalent-heure. Le programme distingue trois éléments obligatoires :

- le rapport professionnel : l'objectif est, pour chacun, d'identifier les besoins de la population soignée, ceux de son cabinet ou établissement de soins et les siens propres, et de mettre en place un projet destiné à les satisfaire.

- la FMC proprement dite : elle doit porter sur un besoin identifié dans le rapport professionnel et dans une moindre mesure sur des thèmes librement choisis par le médecin

Les prestataires de FMC recensés par le Collège doivent s'engager à dispenser un enseignement de qualité et à accepter de faire l'objet d'inspections-surprise.

- l'audit médical : il n'est pas conçu comme un outil d'évaluation de la pratique ni comme une mesure de la compétence. C'est un auto-audit qui doit simplement contribuer au développement professionnel. Le Collège a mis au point et commercialise des protocoles pour réaliser des audits, mais on peut également construire ses propres outils sous réserve de les soumettre au Collège pour approbation avant l'audit. Les médecins doivent en conserver les résultats et remettre au Collège un rapport d'une page attestant qu'il a bien été réalisé.

Le médecin ne retire de la réaccréditation aucun avantage financier et il n'y a pas d'assistance financière pour suivre le programme.

Le Collège ne reçoit pas de subvention. La cotisation annuelle pour les membres est de l'ordre de 2000 francs. Aujourd'hui l'immense majorité des médecins adhèrent au Collège.

---

## LA REACCREDITATION EN NOUVELLE-ZELANDE<sup>2</sup>

*« Dans nos discussions sur la recertification ou l'accréditation, nous faisons comme si nous pouvions dire qui est bon ou mauvais médecin, mais je ne suis pas sûr que nous le puissions. La discussion doit être recentrée autour de la question de ce qui est visé dans l'accréditation, qui n'est pas nécessairement le départage entre bons et mauvais médecins. »*

Dr Ron Janes

Encouragée par le Collège des médecins généralistes de Nouvelle-Zélande depuis plusieurs années, la FMC a acquis en 1995 les cadres légaux d'un programme de recertification —ou réaccréditation— à l'intérieur desquels elle se déploie. L'instance détenant le pouvoir d'autoriser l'exercice de la médecine demandait qu'une structure de ce genre soit mise en place.

Voici donc comment se compose aujourd'hui l'ensemble du cursus de formation médicale : six années d'école de médecine suivies de deux années d'internat en milieu hospitalier ; puis pour les généralistes un an d'apprentissage auprès d'un généraliste formé à l'enseignement, suivi de l'examen du Collège dont on peut alors devenir membre. Une nouvelle période de deux ans conçue pour les jeunes médecins en exercice depuis peu débouche sur l'accréditation. Viennent enfin les cycles de réaccréditation d'une durée de cinq ans chacun. Il y a des examens au niveau de l'école de médecine et de ce qui suit immédiatement ; mais ces épreuves ne sont pas conçues pour essayer de s'assurer de la compétence, mais essentiellement pour encourager le développement professionnel.

Le Collège des généralistes de Nouvelle-Zélande était au départ, en 1957, une branche du Collège anglais, et a pris son indépendance en 1967. En 1994, il a mis en place son propre programme de réaccréditation. Cette décision de la part du Collège voulait anticiper une mesure du même ordre que les institutions en charge

---

<sup>2</sup> A partir de la communication du Dr Ron Janes et de R.D. Janes and Nicola Turner, « Reaccreditation in general practice : How New-Zealand approaches the solution », in *Canadian Family Physicians* vol 11, oct. 1995.

NOUVELLE  
ZÉLANDE

de l'autorisation d'exercice allaient prendre. Ainsi le Collège gardait-il l'initiative et ne se voyait pas imposer une décision émanant d'une autre instance. En 1995, la législation concernant la pratique de la médecine a été renouvelée et les institutions en autorisant l'exercice ont demandé aux médecins d'être partie prenante dans la mise sur pied d'un programme de réaccréditation. Le Collège des généralistes était le seul à posséder un tel programme, et les Collèges de spécialistes ont eu à élaborer les leurs. Le Conseil de la médecine (Medical Council) a accepté le programme du Collège des généralistes, l'a jugé conforme aux exigences de la loi, mais, encore une fois, il ne s'agit pas d'une mesure de la compétence. Ce programme manifeste que les généralistes sont partie prenante dans la FMC et le développement professionnel.

Ce programme a fait l'objet de critiques de la part de certains des membres du Collège, qui le jugeaient trop ambitieux, visant trop haut, « *un programme en platine* », disaient-ils. Aussi le Conseil de la médecine a-t-il demandé un programme moins exigeant, plus resserré autour de normes propres à la médecine générale. D'où l'espoir de mettre au point pour 1999 un nouveau programme baptisé MOPS (Maintenance of Professional Standards). Une recherche a été engagée également pour monter un processus d'accréditation non plus du médecin lui-même mais de son cabinet, incluant l'examen de ses installations, de ses équipements, du personnel, etc.

L'accréditation est nécessaire pour obtenir la licence d'exercice de la médecine mais l'appartenance au Collège ne l'est pas. On n'est pas obligé non plus de suivre le programme de réaccréditation du Collège, mais le fait que ce dernier revienne moins cher aux médecins a entraîné nombre d'entre eux à rejoindre le Collège : presque tous les généralistes en sont membres aujourd'hui alors qu'ils étaient autrefois moins d'une moitié à en faire partie.

La participation à un programme de réaccréditation est obligatoire et ce programme comporte obligatoirement un certain nombre d'heures de FMC. Cependant le fait de ne pas réaliser ces heures n'est pas automatiquement sanctionné. Les responsables du Collège réfléchissent encore sur la réponse à apporter à ce genre de cas. Il s'agit pour le Collège de trouver un compromis entre les exigences des autorités et ce que les médecins sont prêts à accepter.

Qu'est-ce qu'un bon généraliste ? On ne sait pas très bien, répondent les membres du Collège, chacun a là-dessus sa propre idée. Mais la mise sur pied

**NOUVELLE  
ZÉLANDE**

d'un programme de réaccréditation implique une réponse au moins implicite à cette question. La réponse est donc pensée sur un mode minimaliste : le programme est élaboré autour de l'idée qu'un bon généraliste est au moins un professionnel qui continue d'améliorer ses connaissances, qui est prêt à examiner des pratiques nouvelles et à améliorer les soins qu'il dispense au regard de recommandations cliniques. Hypothèse supplémentaire, le programme suppose que les médecins sont capables de s'auto-évaluer pour construire un plan de formation, ce qui —les promoteurs du programme en ont vive conscience— n'est pas forcément le cas : il est naturel de préférer approfondir des domaines que l'on possède déjà bien plutôt que de combler des lacunes.

Pour être réaccrédité, le médecin doit accumuler par cycle de cinq ans un total de 250 points de crédit avec un minimum de 10 par an et un maximum de 100. Le point correspond en gros à un équivalent-heure. Le programme distingue trois éléments obligatoires : le rapport professionnel, la FMC proprement dite et l'audit médical. Pour le reste, les activités susceptibles de rapporter des points sont variées : enseignement, recherche, groupes de pairs, etc., ainsi que toute activité liée à une assurance de qualité ou de nature à améliorer les soins dispensés aux patients.

## **LE RAPPORT PROFESSIONNEL**

La charpente du programme est constituée par un rapport professionnel annuel qui met en lumière ce que le médecin a fait et ce qu'il a l'intention de faire. L'objectif est, pour chacun, d'identifier les besoins de la population soignée, ceux de son cabinet ou établissement de soins et les siens propres, et de mettre en place un projet destiné à les satisfaire. Le rapport de la première année de chaque cycle de cinq ans est plus complet et dix points de crédit sont alloués pour sa rédaction. Les années suivantes, le rapport concerne les objectifs de l'année passée et ceux de l'année à venir.

Les médecins disposent d'un questionnaire pour les aider à monter leur projet. Des indications plus précises sur ce questionnaire sont données dans la troisième partie des actes du colloque.

## LA FMC

Cinq points au minimum et quarante-cinq au maximum doivent être accumulés chaque année au titre de la FMC. Les quarante-cinq points peuvent provenir tous d'activités de FMC portant sur un besoin identifié dans le rapport professionnel ; on peut y intégrer les heures correspondant à un approfondissement personnel dans les domaines réputés faibles à condition qu'il en soit gardé trace. La FMC opportuniste, c'est à dire non prévue dans le rapport, mais suivie simplement parce que l'occasion se présentait d'un enseignement intéressant, ne doit pas représenter plus de vingt points pour les enseignements recensés par le Collège, ou plus de cinq pour les autres. Les prestataires de FMC recensés par le Collège doivent s'engager à dispenser un enseignement de qualité et à accepter de faire l'objet d'inspections-surprise par le Collège.

## L'AUDIT MEDICAL

L'audit n'est pas conçu comme un outil d'évaluation de la pratique ni comme une mesure de la compétence. C'est un auto-audit qui doit simplement contribuer au développement professionnel.

Il doit représenter chaque année cinq points au minimum et trente-cinq au maximum dans le cursus de réaccréditation. Le Collège a mis au point et commercialise des protocoles pour réaliser des audits, mais on peut également construire ses propres outils sous réserve de les soumettre au Collège pour approbation avant l'audit. Les médecins doivent en conserver les résultats et remettre au Collège un rapport d'une page attestant qu'il a bien été réalisé.

Le Dr Ron Janes a choisi cette seconde solution. *« J'ai conçu un outil, indique-t-il, pour évaluer mes pratiques concernant l'hépatite B. J'ai ressorti tous les dossiers de mes malades porteurs de cette maladie et j'ai comparé ce que j'avais fait avec les recommandations collectées dans la littérature. Chaque fois qu'une différence apparaissait, les malades ont été rappelés et testés. Je me suis entretenu avec le personnel soignant pour vérifier si les soins étaient conformes aux recommandations, et j'ai examiné dans la même optique l'information donnée aux patients. J'ai étudié avec la réceptionniste comment améliorer le système informatique pour rappeler les patients*

*pour des visites périodiques et comment mettre au point de petites brochures contenant des conseils et destinées aux malades. Après ce premier audit, j'ai ré-audit les résultats pour voir s'il y avait eu une amélioration par rapport à la situation d'avant l'audit de la pratique. »*

La pratique qui consiste à répéter l'audit est encouragée par le programme : davantage de points sont accordés pour un audit lorsqu'il vient compléter un cycle d'audit et de ré-audit. Le Dr Ron Janes s'est vu allouer des points dans l'action racontée également au titre de la formation du personnel.

### **AUTRES ACTIVITÉS**

Les groupes de pairs doivent se réunir au moins quinze heures par an. Leurs objectifs doivent être spécifiés et ils doivent s'être dotés d'un moyen de s'évaluer. Chacun de ses membres doit aussi évaluer brièvement chaque réunion. Cette activité peut obtenir vingt points au maximum. Mais on peut obtenir jusqu'à quarante-cinq points pour des études universitaires longues (un "Master" en médecine générale par exemple) si elles contribuent à la poursuite des objectifs répertoriés dans le rapport professionnel, et à condition d'avoir fait l'objet d'une approbation préalable. Bien d'autres activités encore peuvent entrer dans le cadre de la réaccréditation. Le Collège en donne une liste de quinze mais elle n'est pas limitative.

### **FINANCEMENT**

Le Collège ne reçoit pas de subvention. La cotisation annuelle pour les membres est de l'ordre de 2000 francs. Le médecin ne retire de la réaccréditation aucun avantage financier et il n'y a pas d'assistance financière pour suivre le programme.

## La réaccréditation en Nouvelle-Zélande

### Les points clés

- En Nouvelle-Zélande la FMC a acquis en 1995 les cadres légaux d'un programme de recertification sous forme de réaccréditation obligatoire. Ce programme comporte obligatoirement un certain nombre d'heures de FMC. Cependant le fait de ne pas réaliser ces heures n'est pas automatiquement sanctionné. Le médecin ne retire de la réaccréditation aucun avantage financier et il n'y a pas d'assistance financière pour suivre le programme.
- L'accréditation se déroule par cycle de cinq ans. Le programme distingue trois éléments obligatoires : 1) le « rapport professionnel » dont l'objectif est, pour chaque médecin, de déterminer les besoins de formation ; 2) la FMC proprement dite ; 3) un auto-audit médical.
- La FMC doit porter sur un besoin identifié dans le rapport professionnel et dans une moindre mesure sur des thèmes librement choisis par le médecin.  
Les prestataires de FMC recensés par le Collège des médecins généralistes doivent s'engager à dispenser un enseignement de qualité et à accepter de faire l'objet d'inspections-surprise.

### *New Zealand Key Points on Recertification*

- *In 1995 Continuing Medical Education in New Zealand came under a legal framework with a recertification programme leading to obligatory reaccréditation. A number of hours of CME must be undertaken.*
- *However there is no automatic penalty for the doctor who does not meet the requirement. Reaccréditation brings no financial benefit to medical practitioners and no financial help is available to take part in the programme.*



## PAYS-BAS

PAYS- BAS

### Résumé

**Il existe aux Pays-Bas une recertification obligatoire : tous les cinq ans le médecin est sommé de justifier 1) qu'il est bien enregistré comme médecin professionnel; 2) qu'il a exercé de manière régulière les cinq années précédentes, avec un minimum d'un jour par semaine au cabinet; 3) qu'il a suivi 40 heures par an de FMC accréditée.**

**Les contenus des programmes de formation sont examinés par une commission nationale qui décide de leur accréditation. Cette Commission d'accréditation n'est pas une émanation d'instances gouvernementales : elle est constituée de plusieurs médecins habilités qui sont les porte-parole des comités scientifiques et des généralistes. Au niveau national il est établi un programme, le « Curriculum » qui fixe par année un grand thème.**

**Tout opérateur peut établir des programmes, y compris l'industrie pharmaceutique, bien que l'accréditation en ce cas soit accordée de manière parcimonieuse.**

**Le médecin n'est soumis à aucun contrôle supplémentaire : 1) il n'y a aucun contrôle individuel de l'impact de la formation. ; 2) le médecin est libre de suivre le programme de formation de son choix.**

**Le dispositif mis en place laisse au médecin une certaine latitude et la place pour une large autonomie dans l'exercice de son métier. Le système mis en place n'a pas été conçu pour distribuer des sanctions. Il n'a d'autre propos que de motiver le plus de médecins possible à faire de la FMC et améliorer ainsi de manière progressive le niveau général. Il se veut dispositif d'éducation —et si une sanction venait à devoir intervenir, cela serait perçu comme la marque de l'échec de cette éducation. Néanmoins un contrôle existe : de la part des organismes en position de demander des comptes au médecin : pouvoirs publics, compagnies d'assurance, université, unions professionnelles, syndicats, etc.**

## CONSIDERATIONS SUR LA REACCREDITATION ET L'EVALUATION CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES AUX PAYS-BAS<sup>3</sup>

PAYS-BAS

### ORGANISATION GENERALE

Aux Pays-Bas les études médicales commencent par cinq ans de formation initiale. Suit une période d'enseignement de trois ans (deux ans jusqu'il y a peu), durant lesquels l'étudiant suit une formation tout en travaillant, la première année auprès d'un généraliste, en hôpital et en institution psychiatrique les années suivantes. Il est alors certifié. Cette certification est de la responsabilité d'une commission dans laquelle siège un représentant des pouvoirs publics, un représentant de l'Association médicale (l'équivalent de l'Ordre des médecins) ainsi que des représentants du Collège, de l'Association scientifique des médecins généralistes, et des membres de l'université.

Il existe ensuite aux Pays-Bas une recertification obligatoire : tous les cinq ans le médecin est sommé de justifier 1) qu'il est bien enregistré comme médecin professionnel; 2) qu'il a exercé de manière régulière les cinq années précédentes, avec un minimum d'un jour par semaine au cabinet; 3) qu'il a suivi 40 heures par an de FMC accréditée.

Le but officiel de cette recertification était de maintenir certains standards de compétence et de performance des médecins hollandais. Il existait de manière sous-jacente un deuxième objectif, plus important : stimuler les médecins à s'engager personnellement dans la FMC, de manière à améliorer la qualité de l'ensemble de la profession.

---

<sup>3</sup> A partir de la communication du Dr Jacob Talsma. Jacob Talsma est médecin généraliste. Il exerce dans le nord des Pays-Bas, à Groningen. Il travaille à l'université comme

## PLACE DE LA FMC

### A) Historique

La FMC s'est installée aux Pays-Bas dans les années 1960. Elle était au départ le monopole de l'université, dont les autorités étaient seules à décider des programmes, ordonnant aux médecins ce qu'ils avaient à faire. Les médecins généralistes ont alors pris conscience que c'était à eux de définir ce qu'ils voulaient apprendre et comment ils voulaient l'apprendre. Ceci a constitué une véritable révolution dans la FMC : les cours magistraux ont été abandonnés ; au lieu de se focaliser sur la maladie dans la minutie de ses détails cliniques on s'est mis à faire débiter la démarche formative à partir des symptômes tels qu'ils se présentent.

Dès lors, quand il était question d'accréditation ou de recertification, l'accent était mis non seulement sur les compétences, mais aussi sur les performances. Le *peer-review*, contrôle par les pairs, a occupé de ce fait une importance accrue, en ce qu'il permet de travailler directement sur les pratiques effectives des médecins.

### B) Orientation

Les médecins chargés d'organiser la formation aux Pays-Bas considèrent que l'organisation de la FMC, qui occupe une place centrale dans les critères retenus pour la recertification du médecin, est une responsabilité incombant à la profession médicale et à nulle autre instance.

Voici les points considérés comme importants dans l'orientation de la formation :

- que la formation prenne en compte non seulement les compétences mais aussi les performances des médecins ;
- que la FMC reste du seul ressort de la profession ;
- que la réflexion, l'élaboration des programmes et le choix des sujets soit menés sur un plan national ;
- que les cycles de formation n'excèdent pas cinq ans ;
- que soient prises en compte des considérations de coût ;
- que cette formation soit fondée sur une évaluation validée et fiable.

---

formateur pour les médecins généralistes, et est responsable de programmes de formation

### C) La Commission nationale d'accréditation

Les contenus des programmes de formation sont examinés par une commission nationale qui décide de leur accréditation. Seul un programme de formation accrédité donne lieu à une validation des points de FMC requis dans le cadre de la recertification.

La Commission d'accréditation n'est pas une émanation d'instances gouvernementales : elle est constituée de plusieurs médecins habilités qui sont les porte-parole des comités scientifiques et des généralistes.

Au niveau national il est établi un programme, le « Curriculum » qui fixe par année un grand thème. Cette commission se fonde sur les *guide-lines* diffusés par l'Association scientifique. Les programmes proposés doivent obéir à vingt à trente critères bien précis, établis pour l'année en cours et pour le sujet correspondant par des comités constitués de groupes locaux de praticiens généralistes. Les comités locaux fixent alors pour le thème retenu ce que doit être l'architecture générale des programmes de formation. Telle année, le sujet sera par exemple la cardiologie. Les programmes dans les comités locaux suivront les directives nationales, et seront donc à partir de là établis sur des thèmes de cardiologie.

### D) Organismes de FMC, méthodes et contenus

Les comités peuvent établir des programmes, mais ce peut être aussi des individus, des associations scientifiques ainsi que des responsables de la FMC.

L'industrie pharmaceutique, elle aussi, met en place des programmes bien que l'accréditation en ce cas soit accordée de manière parcimonieuse.

Tout programme, d'où qu'il émane, est visé par la Commission d'accréditation, qui examine s'il répond aux critères établis au niveau national pour l'année en cours et le sujet correspondant.

Tout l'éventail des méthodes pédagogiques est pratiqué aux Pays-Bas : cours magistral, petits groupes, consultations en tête-à-tête, dit « apprentissage actif »... N'importe laquelle de ces méthodes peut recevoir son accréditation. La tendance générale est toutefois à privilégier les petits groupes de pairs et l'apprentissage actif —dans la mesure où ceux-ci sont susceptibles d'assurer une formation qui vise la performance du médecin. A l'heure actuelle les trois-quarts des médecins hollandais se forment ainsi. On considère

---

pour le groupe des médecins de la Hollande du Nord.

aux Pays-Bas que le contrôle par les pairs, où le praticien fait état de sa pratique et manifeste comment il se comporte avec son patient, de quelle façon il s'adresse à lui, constitue le cœur de la FMC et doit être au cœur de la recertification.

Les programmes se doivent d'être construits sur le modèle « sandwich » : une couche connaissance, une couche philosophie, une couche positionnement, une couche communication. Un programme est considéré comme bon lorsqu'il arrive à transmettre l'ensemble de ces éléments dans une session d'une journée, à tenir toutes les couches du sandwich unies.

### **E) Les contrôles individuels**

Toute FMC, une fois prête, et avant d'être mise en œuvre, a donc été présentée à une commission qui l'a examinée en la confrontant à des critères extrêmement précis. Dès lors que les critères sont remplis et la formation reconnue comme accréditée, le médecin qui la suit obtient ses 40 points, comptabilisables pour la recertification.

Le Comité, chargé de comptabiliser tous les ans les points de formation des médecins, fait preuve d'une grande souplesse, et des points manquants peuvent sans difficulté être rattrapés l'année suivante. Il n'est pas accepté par contre de d'accumuler 70 points sur un an et de se contenter de 10 l'année suivante.

Le médecin n'est soumis à aucun contrôle supplémentaire :

- 1) Il n'y a aucun contrôle individuel de l'impact de la formation.
- 2) Le médecin est libre de suivre le programme de formation de son choix.

Les formations comportent certes les désormais traditionnels pré- et post-test. Mais il ne s'agit en aucun cas d'un contrôle portant sur le médecin lui-même, ses connaissances ou ses capacités d'assimilation du contenu de la formation. Ces tests sont là pour permettre au médecin d'établir son propre niveau. C'est à la même préoccupation pédagogique que correspond la pratique de faire suivre une formation d'une autre, à six mois ou un an d'écart, plus brève et portant sur le même sujet, destinée à rappeler les informations contenues dans la première et à ancrer les comportements.

## **F) L'organisation de sa formation par le médecin**

Les médecins, aux Pays-Bas comme ailleurs, tendent, dans les limites que leur laisse l'organisation nationale des thèmes annuels de FMC, à préférer se former dans des domaines qui leurs sont chers et familiers —et à laisser perdurer ailleurs d'importantes lacunes. Ce qui constitue une préoccupation pour les responsables de l'organisation de la FMC du pays.

L'Association scientifique des médecins généralistes, qui est l'organisme éditant les *guide-lines*, a mis en place un examen, pour l'instant réservé aux formateurs, mais qui pourrait être étendu à tous les médecins, destiné à évaluer quels sont les points forts et faibles. Il est élaboré à partir des *guide-lines*, se déroule de manière scolaire et porte uniquement sur les connaissances. Les résultats à cet examen établiront par exemple que vous êtes excellent en cardiologie, mais peut-être moins bon en pneumologie. L'Association vous suggérera alors de faire une formation en ce domaine. L'examen n'est pas obligatoire et les résultats n'en sont pas contraignants.

Comme on le voit, malgré l'obligation de recertification, on pourrait presque dire « avec la recertification », le dispositif mis en place laisse au médecin une certaine latitude et la place pour une large autonomie dans l'exercice de son métier. Le système mis en place n'a pas été conçu pour distribuer des sanctions ni tracer des limites permettant de mettre hors jeu un certain pourcentage de médecins tous les ans —toutes choses contraires à la culture des Pays-Bas. Il n'a d'autre propos que de motiver le plus de médecins possible à faire de la FMC et améliorer ainsi de manière progressive le niveau général. Il se veut dispositif d'éducation —et si une sanction venait à devoir intervenir, cela serait perçu comme la marque de l'échec de cette éducation.

Toutefois absence de sanctions ne signifie pas absence de contrôle : nombreux sont autour du médecin les organismes en position de lui demander des comptes et de lui demander de suivre une voie, chacun la sienne : gouvernement, compagnies d'assurance —en ce cas, la demande est directe - université, unions

professionnelles, syndicats, communauté scientifique, comités également, de manière plus indirecte.

## INCIDENCES DE LA RECERTIFICATION EN MATIERE D'ADMINISTRATION NATIONALE DE LA SANTÉ

Certes, les pouvoirs publics aux Pays-Bas escomptaient une incidence au niveau national de la mise en place du système de recertification : amélioration de la compétence de chaque médecin donc du niveau global de la médecine dans tout le pays.

Ils en attendaient vraisemblablement également une diminution des dépenses de santé. C'est à cette fin que les pouvoirs publics ont demandé à ce que soient introduits dans les programmes de formation des considérations concernant l'incidence budgétaire des soins (critère n° 5 de la liste des six critères retenus par la commission d'accréditation des programmes de FMC).

Il a été mis en place dans ce cadre un programme de formation, l'« examen pharmaco-thérapeutique », qui consiste en un petit groupe de 8-10 médecins qui se réunissent avec le pharmacien local pour discuter, selon différentes pathologies, des ordonnances, des meilleurs médicaments à prescrire et de l'incidence budgétaire que cela peut avoir.

Les organisateurs de la FMC sont sceptiques en ce domaine : l'efficacité de la FMC en matière d'abaissement des coûts, aux Pays-Bas comme ailleurs, leur semble problématique ; l'effet obtenu aurait même quelques raisons d'être inverse, puisqu'une information sur un nouveau traitement amènera à prescrire celui-ci, qui sera forcément plus cher, puisqu'il est nouveau.

## La Réaccréditation et l'Evaluation chez les médecins généralistes aux Pays-Bas

### Les points clés

- Il existe aux Pays-Bas une recertification obligatoire : tous les cinq ans le médecin est sommé de justifier 1) qu'il est bien enregistré comme médecin professionnel; 2) qu'il a exercé de manière régulière les cinq années précédentes, avec un minimum d'un jour par semaine au cabinet; 3) qu'il a suivi 40 heures par an de FMC accréditée.
- Les contenus des programmes de formation sont examinés par une commission nationale qui décide de leur accréditation. Au niveau national il est établi un programme, le « Curriculum » qui fixe par année un grand thème.
- Le système mis en place n'a pas été conçu pour distribuer des sanctions. Il n'a d'autre propos que de motiver le plus de médecins possible à faire de la FMC et améliorer ainsi de manière progressive le niveau général.
- Néanmoins un contrôle existe : de la part des organismes en position de demander des comptes au médecin : pouvoirs publics, compagnies d'assurance, université, unions professionnelles, syndicats, etc.

### *The Netherlands*

#### *Key Points on Recertification*

- *The Netherlands have compulsory recertification: every five years, medical practitioners are required to give evidence that: 1) they are registered for medical practice; 2) they have practised medicine regularly over the past five years with contacts with patients for at least a day a week; 3) they have taken part in at least 40 hours of accredited CME.*
- *The content of CME meetings are considered by a national commission before accreditation. A "curriculum" or national programme is set up each year on a special broad topic.*
- *The system was not set up with a view to reward or penalise medical practitioners but to motivate the largest possible number to undertake continuing education and progressively improve the general level of medical care.*
- *Nevertheless controls are in place on the part of the organisations which can call doctors to account: government, insurance companies, universities and medical unions.*



## ETATS-UNIS

### Résumé

**Le terme de recertification aux Etats-Unis existe au moins dans quatre domaines distincts à l'intérieur desquels un dispositif mérite d'être ainsi qualifié.**

**Le premier concerne les pouvoirs publics qui accordent ou non l'autorisation d'exercer la médecine sur un territoire donné. C'est la licence. Comme elle n'est accordée que pour une durée limitée, son renouvellement donne lieu à une procédure comparable à une recertification.**

**Un deuxième dispositif périodique est imposé à ceux qui travaillent dans les hôpitaux et dans la plupart des établissements de santé. Il conditionne « le privilège », reconduite de cet exercice. Cette épreuve s'appelle le *recredentialing*. Elle est gérée par la profession et, bien qu'elle soit présentée comme une vérification de la performance des médecins, elle s'apparente manifestement à une procédure de cooptation à l'intérieur des établissements. Il s'agit plutôt d'un label qui confère un certain nombre d'avantages directs. De plus, en dehors de la volonté d'améliorer ses compétences, ce sont aussi les lois du marché qui poussent les médecins évoluant dans un contexte de concurrence à se soumettre à ces épreuves.**

**Deux autres dispositifs : l'accréditation et la ré-accréditation (*reaccreditation*). Il s'agit d'un programme de formation, d'évaluation et d'auto-évaluation proposé par l'AMA (American Medical Association) auquel on adhère volontairement pour être accrédité par cette association. Ce programme —payant— ressemble à d'autres programmes de « développement professionnel » en usage dans d'autres pays anglo-saxons.**

## LA RECERTIFICATION

### AUX ETATS-UNIS<sup>4</sup>

ETATS-UNIS

Lorsque l'on se pose la question de la recertification, sans autre précision, à propos du système de santé des Etats-Unis, l'on s'expose à de nombreuses confusions : il existe au moins quatre domaines distincts à l'intérieur desquels un dispositif mérite d'être qualifié de ce terme.

Le premier concerne les pouvoirs politiques qui accordent ou non l'autorisation d'exercer la médecine sur un territoire donné. C'est la licence. Comme elle n'est accordée que pour une durée limitée, son renouvellement donne lieu à une procédure comparable à une recertification. Le terme américain consacré est *reregistration*, « ré-enregistrement » en quelque sorte. Elle est administrée par les états et conditionne l'exercice.

Un deuxième dispositif périodique est imposé à ceux qui travaillent dans les hôpitaux et dans la plupart des établissements de santé. Il conditionne la reconduite de ce « privilège » (c'est le terme consacré). Cette épreuve s'appelle le *recredentialing*. Elle est gérée par la profession et, bien qu'elle soit présentée comme une vérification de la performance des médecins, elle s'apparente manifestement à une procédure de cooptation à l'intérieur des établissements.

Ce dernier dispositif, ainsi que ceux dont il va être question maintenant, émanent de la profession. Mais cette fois, il s'agirait plutôt de labels : ils n'ont pas la force légale d'interdire directement l'exercice —fût-ce sur un secteur déterminé— à celui qui ne peut s'en prévaloir, mais ils confèrent un certain nombre d'avantages directs. De plus, en dehors de la volonté d'améliorer ses compétences, ce sont

---

<sup>4</sup>Sources :

- Communications et interventions du Docteur Dennis K. Wentz. Dennis K. Wentz supervise le département chargé de la FMC à l'AMA à Chicago.
- Docteur Pierre Klotz, « Comparaisons internationales » in *La formation médicale continue* dirigé par le Docteur Pierre Gallois, Médecine-Sciences Flammarion Paris 1997.
- Jérôme P. Kassirer, « The New Surrogates for Board Certification » in *The New England Journal of Medicine*, volume 337 Number 1, 3 juillet 1997
- Philip G. Bshook et John Parboosingh, « Recertification and maintenance of competence » in *BMJ* volume 316, 14 février 1998.

aussi les lois du marché qui poussent les médecins évoluant dans un contexte de concurrence à se soumettre à ces épreuves.

Le premier de ces dispositifs est la certification et la recertification au sens propre, si l'on suit le lexique américain (*recertification*). Elle concerne le label de spécialiste accordé pour une durée limitée par les 24 *boards* (bureaux) de spécialistes de l'ABMS (American Boards of Medical Specialities). Ne pas confondre avec l'exercice comme spécialiste qui ne suppose pas obligatoirement ce label.

Il nous faudra traiter enfin de l'accréditation et de la ré-accréditation (*reaccreditation*). Il s'agit d'un programme de formation, d'évaluation et d'auto-évaluation proposé par l'AMA (American Medical Association) auquel on adhère volontairement pour être accrédité par cette association. Ce programme ressemble à d'autres programmes de « développement professionnel » en usage dans d'autres pays anglo-saxons.

### 1) Questions concernant la licence

-Territorialité

La licence est l'autorisation d'exercer la médecine. Il n'y a pas de licence fédérale, c'est-à-dire un certificat qui autoriserait le médecin à exercer indifféremment sur tout le territoire des Etats-Unis. La responsabilité politique attachée à la protection de la population par rapport à l'exercice de la médecine relève de chacun des 50 états. Chaque état délivre donc sa propre licence. Un état peut toutefois accorder une licence à un médecin qui change de lieu d'exercice sans autre formalité que la présentation de la licence d'un autre état, mais il n'y est pas contraint.

-Cursus

Quatre années d'école de médecine qui suivent quatre années d'enseignement supérieur dans un *college* débouchent sur l'obtention du titre de Docteur en Médecine (M.D.). Il existe un accord de réciprocité qui donne accès au titre aussi bien au sortir des écoles du Canada que de celles des Etats-Unis. Un internat ou résidanat de deux ou trois ans selon les états (*graduate* ou *residency training*) complète le cursus et ouvre le droit à la licence après un examen, le United States Medical Licence Exam (USMLE). Cet examen est unifié sur le plan fédéral depuis quatre ans, mais l'autorisation ne concerne toujours que le seul état qui

l'a dispensée. Il est organisé conjointement par le Conseil national des examinateurs

## ETATS-UNIS

médicaux, et la Fédération des conseils médicaux des états. On peut cependant posséder plusieurs licences d'états différents.

-Périodicité

La licence doit être renouvelée tous les deux ans. Pour cela, on procède à un certain nombre de vérifications : dans certains états, on demande au postulant s'il s'est vu retirer sa licence dans un autre état, s'il a perdu son « privilège hospitalier » (autorisation de traiter ses malades à l'hôpital), s'il s'est rendu coupable d'un délit; on vérifie qu'il n'y a pas de « problèmes de drogue » ou qu'il n'y a pas eu de plaintes à son encontre, et le postulant verse 300 dollars. Il peut arriver que certains soient en difficulté et que leur licence soit suspendue. En ce cas, le Conseil peut ordonner le passage d'un examen.

Dans 35 des 50 états, on doit aussi montrer, pour obtenir le renouvellement, que l'on a suivi 50 heures de FMC par an, 20 à 25 heures de cours ou autres, et le reste sous forme d'activités personnelles plus ou moins informelles. Si cette exigence n'est pas remplie, la licence n'est pas renouvelée et le médecin doit repasser l'USMLE pour l'obtenir de nouveau, ce qui constitue une réelle épreuve pour un médecin en exercice.

Il s'agit donc, pour les 35 états qui en ont retenu le principe, d'une obligation de formation continue. Cette institution s'inscrit probablement dans la ligne de ce que l'AMA (American Medical Association)<sup>5</sup> avait inauguré dès 1968 : cette association professionnelle délivre depuis cette date un certificat appelé Physician's Recognition Award (PRA) attestant que tel médecin a suivi 50 heures de FMC par an dont la moitié au moins correspondent à des actions de formation validées par elle (ne pas confondre avec l'AMAP, American Medical Accreditation Program que cette même association a mis en place récemment). Les critères retenus par les états pour le renouvellement de la licence sont sensiblement les mêmes. Cependant, dans les intentions déclarées de l'AMA, il ne s'agissait avec le PRA que de donner matérialité concrète et évaluable à l'obligation de formation continue déjà présente dans le serment d'Hippocrate : la démarche devait être volontaire car, comme le rappellera le Professeur Glorion au cours du colloque, il n'y a pas de motivation plus pure ni plus radicale que celle qui s'origine de la reconnaissance de l'éthique professionnelle.

---

<sup>5</sup>L'American Medical Association a été fondée en 1847 pour fixer des normes en matière de formation médicale et pour rédiger un code de déontologie. Elle continue depuis lors cette tradition en accréditant les écoles médicales des États-Unis et du Canada. Elle participe également depuis le début à l'accréditation des programmes de la *Graduate Medical Education* qui constitue la deuxième partie des études proprement médicales. Elle se charge également d'évaluer les actions de FMC. La formation continue se transformant rapidement, un nouveau système d'évaluation vient d'être adopté pour certaines actions, surtout pour celles qui enseignent de nouveaux procédés médicaux.

ETATS-UNIS

## 2) Questions concernant la certification et la recertification des *boards* de spécialistes.

### -Cursus

Une fois la licence d'exercice obtenue, on peut poursuivre sa formation initiale pour devenir spécialiste certifié par les *boards*. Il y a 24 spécialités reconnues, donc 24 *boards*. La certification s'obtient en passant l'examen qui couronne trois à sept ans de *speciality graduate training* ; trois ans pour les médecins de famille, qui sont depuis 1947 aux Etats-Unis, contrairement aux simples « GPs » (General Practitioners), des spécialistes ; sept ans pour les chirurgiens thoraciques ou les neuro-chirurgiens.

### -Territorialité

Le titre de spécialiste certifié par le *board* est délivré par le Conseil des spécialistes au niveau fédéral. Il présuppose la licence d'un état, mais contrairement à elle, il ouvre le droit d'exercer dans n'importe quel état.

### -Périodicité

Autrefois, la certification de spécialiste était obtenue une fois pour toutes. Ainsi beaucoup de spécialistes certifiés encore en exercice n'ont pas à se soumettre à la recertification.

Lorsque la médecine de famille s'est érigée en spécialité, il y a eu concurrence, entre la médecine interne, en particulier et la médecine de famille. Aussi les médecins de famille ont-ils décidé de mettre en place un processus de recertification : examen tous les sept ans. Celui qui n'a pas son examen n'est pas recertifié, ne peut donc plus se prévaloir de la qualité de « médecin de famille ». Il s'agissait de montrer que les médecins de famille prenaient leur pratique plus au sérieux que les autres spécialistes. Par la suite, 14 autres spécialités ont fait de même, avec plutôt cependant une périodicité de 10 ans.

Mais petit à petit, il est devenu manifeste que la recertification apparaissait comme une prise de responsabilité appréciée et demandée par le public. C'est pourquoi en 1999, la recertification concernera l'ensemble des spécialités.

## ETATS-UNIS

**-Examens et autres formes de contrôle**

Pour la recertification, la plupart des *boards* tentent de réaliser des évaluations ponctuelles des connaissances, des compétences techniques et de la performance des spécialistes. Ils ont tous recours à des examens écrits, généralement sous forme de QCM. Onze spécialités demandent des heures de FMC, par exemple, 50 heures par an au cours des trois années qui précèdent la recertification. Vérifications administratives, lettres de recommandation de responsables d'établissements de santé, ou témoignage de pairs ou autre personnel de santé sont censés mesurer la performance par des voies indirectes.

**-Coûts**

Il est demandé entre 533 et 1255\$ au médecin pour passer un examen et jusqu'à 10 500\$ pour une visite de deux jours sur les lieux d'exercice. On a ainsi abandonné ou renoncé à utiliser toute une série de procédures d'évaluation, soit pour des raisons de coût, soit qu'elles se soient révélées inapplicables sur une base suffisamment large : visites sur place, examens utilisant des patients standardisés ou le réexamen commenté de dossiers-patient du médecin. La question des coûts et de la faisabilité se poserait d'ailleurs à une échelle encore bien plus grande si l'on devait réaliser l'étude jamais faite qui prouverait la pertinence et le lien des résultats obtenus par de telles méthodes avec la santé des gens.

**-L'American Board of Medical Specialities et les autres**

Les 24 boards dont il a été question jusqu'à présent sont ceux de l'ABMS. Il s'agissait au départ de réunir des médecins prêts à se conformer volontairement à des normes consensuellement définies par une élite de spécialistes et à élever le niveau de leurs compétences et de la qualité de leurs prestations au fur et à mesure des cycles de recertification. Les avantages que le médecin en retirait se sont, bien sûr, rapidement multipliés : tarifs, réduction des primes d'assurance responsabilité professionnelle, accès aux pratiques hospitalières, admission aux sociétés savantes, au statut d'expert reconnu et au remboursement des honoraires pour les patients admis au *medicare* ou au *medicaid*. Au point qu'aujourd'hui, un médecin qui pratique à l'hôpital et échoue à l'épreuve de recertification a toutes les chances de se voir congédié. Pas de son cabinet de groupe en ville, si c'est un bon praticien, mais c'est une marque qu'aucune collectivité n'aime à assumer.

La recertification des *boards* est devenu un critère si avantageux sur le marché de la prestation médicale que les *certifying boards* auto-proclamés se sont mis à se multiplier :

## ETATS-UNIS

150 aux dernières nouvelles et dont les critères pour la recertification sont extrêmement variables. Ils sont montés par des sociétés de spécialistes ou par des entrepreneurs. Leurs dénominations sont très proches de celles des *boards* de l'American Board of Medical Specialities, induisant évidemment bien des confusions. Certains reprochent même à l'AMA d'augmenter encore la confusion en rendant possible, avec son récent programme, à des spécialistes qui ne sont ni certifiés, ni recertifiés de se revendiquer comme spécialiste accrédité.

### **3) Questions concernant le « privilège » de traiter ses malades à l'hôpital.**

Il est très habituel aux Etats-Unis que les médecins généralistes et les médecins de famille travaillent aussi à l'hôpital. Pour cela il est nécessaire qu'un « privilège » leur ait été octroyé et chacun tentera de l'obtenir. Ainsi, lorsqu'un de leurs patients a besoin d'être hospitalisé, ils l'enregistrent eux-mêmes à l'hôpital : c'est *leur* malade. Le privilège s'obtient après une évaluation pratiquée par d'autres médecins et le personnel médical de l'établissement visé qui jugent de la formation du candidat pour l'admettre dans le *staff*. Il doit être renouvelé tous les deux ans. Pour cela, un certain nombre de vérifications ont lieu. Par exemple, on prend en compte ce que les pairs du candidat au renouvellement (*recredentialing*) disent de lui, on observe la tenue de ses dossiers médicaux, le nombre d'heures suivies en FMC, en général, 25 heures par an sont obligatoires. Toute faute professionnelle peut être retenue contre lui. Les *managed care plans* et la plupart des cliniques font également usage de systèmes de ce genre.

### **4) Questions concernant la réaccréditation de l'AMA.**

Nous avons vu dans tout ce qui précède comment le médecin des Etats-Unis est encadré et régulièrement revisité. Le seul système de la licence renouvelable ne constitue cependant pas assez, aux yeux de l'AMA, une vérification de la compétence pas plus qu'une vérification de l'attitude éthique des médecins. Par ailleurs, les soins en ambulatoire tendant à se développer de plus en plus, la garantie liée au *recredentialing* du privilège hospitalier risque de concerner une fraction de moins en moins grande de la population médicale.

De plus, il paraissait souhaitable d'éviter au médecin d'avoir à fournir de manière répétitive des données professionnelles le concernant à de multiples organismes. D'où l'idée de mettre en place l'AMAP (American Medical Accreditation Program) qui fonctionne depuis un an dans déjà cinq états.

## ETATS-UNIS

C'est un programme d'accréditation uniforme dans lequel on entre volontairement au prix d'une cotisation de 300\$, sous réserve de remplir les conditions suivantes : sortir d'une école de médecine accréditée (c'est l'AMA qui accrédite les écoles pour les USA et le Canada) ; être en possession d'une licence d'exercice en cours de validité ; être inscrit sans restriction à la Drug Enforcement Administration ; ne pas être sous le coup d'actions disciplinaires.

Le programme présente une série d'items qui rapportent chacun un certain nombre de points : avoir accompli son *residency training* dans un programme approuvé par l'AMA, être certifié et recertifié par un *board* de l'ABMS, ne pas avoir été ou avoir été le moins possible confronté à des litiges pour faute professionnelle, ne pas être l'objet d'une action intentée contre soi et enregistrée à la National Practitioner Data Bank, être membre d'une association médicale qui souscrit aux « principes d'éthique médicale » de l'AMA, suivre des séances de FMC, s'auto-évaluer, se soumettre à des *peer-reviews* (examen de la pratique par des pairs), participer à un projet d'« amélioration clinique continue » et enfin soumettre son lieu d'exercice à une inspection (qualification du personnel, tenue des dossiers). Une rubrique évaluation de la performance clinique sera opérationnelle en 2001 (conduite des soins, respect des *guide-lines* y compris dans le domaine préventif, opportunité des services rendus, détection précoce des maladies) ainsi qu'une rubrique « résultats thérapeutiques » (mesure des résultats, coûts, satisfaction du patient).

Pour chacun de ces items donc, un certain nombre de points est accordé, et le candidat sera accrédité s'il réunit la moitié du maximum des points.

## 5) La formation médicale de rattrapage

En plus des nombreuses procédures de recertification que nous venons de passer en revue, on peut noter qu'il existe aussi aux Etats-Unis un système de surveillance capable d'identifier les médecins jugés incompetents. Ceci concerne 3 à 4% des médecins. Il leur est possible de se rendre dans l'un des six centres dont les Etats-Unis disposent pour se recycler en suivant une formation de rattrapage que l'on désigne aussi du pudique euphémisme « formation personnalisée ». Il s'agit avant tout d'opérer un « diagnostic pédagogique » sur leurs lacunes. Les outils auquel on fait appel à cette fin sont multiples : patients standardisés (acteurs au chômage ou ex-vrais malades), dossiers-malade du médecin concerné discutés et commentés aux côté d'experts, etc.

## La recertification aux Etats-Unis

### Les points clés

#### Différents renouvellements concernant les médecins des Etats-Unis

Objet du renouvellement	Périodicité	Nom usuel	Enjeu	Épreuve
Licence	2 ans	Re-registratiion	Autorisation d'exercer la médecine	Dans 35 des 50 états, preuve de la FMC
Certification des spécialistes	7 à 10 ans	Recertification du titre	Se prévaloir du titre	Examen et / ou FMC
Privilège	2 ans	Recredentialing	Exercer à l'hôpital	Vérification sur tenue des dossiers, FMC, opinion des pairs
Accréditation pour l'AMA		Réaccréditation	Se prévaloir du titre	Totaliser des points sur différents items

### *The United States Key Points on Recertification*

What is to be renewed	Renewing Cycle	Usual term	What is at stake	Requirement
Licence	2 years	Re-registration	Authorisation to practise medicine	Evidence of CME (in 35 of the 50 States)
Specialist Certification	7 to 10 years	Board Recertification	The title "Board certified"	CME and formal examination
Hospital privilege	2 years	Recredentialing	To practise in hospital	Control of medical records, CME, opinion of peers
AMA accreditation		Réaccréditation	The title "AMA accredited"	CME credits on a variety of items

- *In the case of a minor difficulty, a medical practitioner will be offered small group training in the topic or area in question. The doctor will be asked to supply a certificate of participation.*
- *In the case of a major difficulty, it will be important for the doctor to acknowledge the weakness identified. This step is key to any learning programme that can be set up.*
- *When a doctor refuses to acknowledge that there is a problem, the College has put into place a procedure lasting two days for an objective examination. Any doctor failing this examination may be stopped from practising medicine. This decision can be for 3, 6, 12 months or indefinitely. It can bear on the whole practice, or only the field of practice in which the individual showed deficiency, especially if this deficiency was not acknowledged.*





# CANADA

## Résumé

CANADA / QUÉBEC

- Au **Canada**, c'est au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) pour les généralistes, et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour les spécialistes qu'incombe la fonction d'élaborer des moyens de maintien de la compétence des médecins. Le Collège des médecins de famille du Canada demande de plus à ses membres de justifier de 100 heures/24 mois de FMC, faute de quoi le médecin généraliste perd sa qualité de membre certifié du Collège. Ce qui ne touche en rien à son autorisation d'exercice. Pour les spécialistes, il n'y a pas pour l'instant d'obligation de FMC.

- Au **Québec** il n'y a aucune obligation de FMC qui remettrait en cause la qualité de médecin certifié. Le Collège des médecins du Québec exerce toutefois une surveillance au long cours de la performance. Son Comité d'inspection professionnelle surveille l'exercice de la profession des 15 000 membres du Collège, et il procède notamment à la vérification de leurs dossiers, livres, registres, etc. Certaines des visites du Service d'inspection sont effectuées sur plainte des malades, mais le Collège visite de plus annuellement à des fins d'évaluation 5 à 8% des cabinets, centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins longue durée et centres locaux de service communautaire.

Les dossiers sont examinés selon un certain nombre de critères qui constituent une sorte de référentiel établis par le Collège et qui sont à la disposition de tous les médecins.

En cas de difficulté mineure, il sera proposé au médecin de suivre une formation en petit groupe dans le domaine de sa difficulté. On demande au médecin d'envoyer une attestation de participation.

En cas de difficulté majeure, et pour le cas où le médecin refuse de reconnaître sa « difficulté », le Collège a mis en place une procédure d' « examen objectif », à partir de 110 vignettes cliniques, choisies dans les domaines courants de la pratique du médecin concerné. L'examen dure deux jours. Trente à trente-cinq médecins environ par an, soit 10% des visités, sont chaque année, suspendus d'exercice, à la suite des contrôles exercés par le Service d'inspection professionnelle. L'arrêt peut être de 3, 6, 12 mois voire définitif. Il peut porter sur toute la pratique, ou concerner certains champs seulement, où le médecin se sera montré déficient, en particulier s'il a refusé de reconnaître sa déficience. La reconnaissance par le médecin de sa faiblesse est un point important, car c'est à partir de ce besoin identifié que s'établit la démarche pédagogique qui reste la clé de ce système.

## CERTIFICATION ET RECERTIFICATION AU CANADA<sup>6</sup>

CANADA / QUÉBEC

### I. ORGANISATION GÉNÉRALE AU CANADA. LE CAS PARTICULIER DU QUÉBEC

#### Le Canada

Le Canada compte 68 000 médecins, 34 000 généralistes et 34 000 spécialistes, pour 29 millions d'habitants. Il existe deux collèges, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) pour les généralistes, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour les spécialistes. La fonction de ces instances est d'élaborer des moyens de maintien de la compétence des médecins. Ce ne sont pas les collèges, mais les ordres de médecins de chaque province (*licencing authorities*) qui délivrent au médecin en fin de formation initiale son autorisation d'exercice, la licence de pratique. Ces autorités vont exercer ensuite une fonction de surveillance sur les soins délivrés aux malades —et se réservent le droit de suspendre l'autorisation d'exercice d'un médecin.

Les collèges délivrent pour leur part au médecin en fin de formation initiale, après examen, un certificat de compétence. Le Collège des médecins de famille du Canada demande de plus à ses membres de justifier de 100 heures/24 mois de FMC, faute de quoi le médecin généraliste perd sa qualité de membre certifié du Collège. Ce qui ne touche en rien à son autorisation d'exercice, bien entendu.

Pour les spécialistes, il n'y a pas pour l'instant d'obligation de FMC. Le Collège Royal a développé un programme de maintien de la compétence, le MOCOMP. Il cherche à mettre en place un système de maintien de la certification, qui fonctionnerait d'ici un à deux ans, et qui serait obligatoire, contrairement au MOCOMP, pour conserver son statut de certifié. Là encore, l'autorisation d'exercice n'est pas concernée.

---

<sup>6</sup> A partir de la communication du Professeur Robert Thievierge. Robert Thievierge est québécois. Il est directeur du bureau de FMC de l'université de Montréal. Il est également l'un des membres fondateurs de la section de FMC du Collège royal des médecins du Canada. Il est enfin président du Conseil de FMC de la province de Québec.

## **Le Québec.**

En ce qui concerne les 15 000 médecins du Québec, par contre : pour les généralistes comme pour les spécialistes, l'autorisation d'exercice est délivrée par la même instance que celle qui délivre en fin de formation initiale, sur examen, les certificats de compétence, en médecine de famille pour les généralistes, en médecine spécialisée pour les spécialistes. Cette unique instance, le Collège des médecins du Québec, bénéficie donc des prérogatives de l'Ordre des médecins pour la province de Québec, tout en fonctionnant comme un Collège ordinaire regroupant généralistes et spécialistes.

Il n'y a par contre au Québec aucune obligation de FMC qui remettrait en cause la qualité de médecin certifié, ni pour les généralistes ni pour les spécialistes.

Les médecins du Québec peuvent demander à être également certifiés par le Collège des médecins de famille du Canada ou, pour les spécialistes, par le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada. 20% des généralistes et 60% des spécialistes du Québec ont cette double appartenance. En ce cas, ils se soumettent en ce qui concerne la FMC aux conditions posées par ces collèges.

## **II. LA DOUBLE FONCTION DU COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC.**

Le Collège des médecins du Québec a développé, du fait de la position institutionnelle de cumul des mandats qui lui est propre, une orientation théorique tout à fait particulière en matière d'évaluation et de rôle de la formation. Le Collège réunit en effet et tente d'articuler deux fonctions ailleurs distinctes : ce qui relève d'une surveillance (fonction des Ordres), surveillance ici « de la performance du médecin » et ce qui relève de l'élaboration de moyens destinés au maintien de la compétence (fonction des Collèges).

## **La surveillance : modalités. Le Service d'inspection professionnelle du Collège.**

Le Collège exerce, comme le font sur les 15 autres provinces du Canada les *licencing authorities*, une surveillance au long cours de la performance pouvant entraîner une suspension ou une restriction de l'autorisation d'exercice. Mais ici cette surveillance concerne, du moins quant à son principe, tous les médecins que le Collège a certifiés, autrement dit les 15 000 médecins du Québec.

Le Code des professions définit le mandat du Collège, en matière de surveillance, et au titre de l'inspection professionnelle, en ces termes : «*Le Comité d'inspection professionnelle surveille l'exercice de la profession par les membres du Collège, et il procède notamment à la vérification de leurs dossiers, livres, registres, médicaments, poisons, produits, substances, appareils et équipements relatifs à cet exercice.*»<sup>7</sup>, «*surveillance de l'exercice professionnel au Canada et maintien de la compétence .*»<sup>8</sup>

## **Organisation du service d'inspection professionnelle du Collège.**

Le Service d'inspection professionnelle comptait, en 1997, sept membres à temps plein. Les médecins-inspecteurs sont des médecins, généralistes et spécialistes, qui ont proposé leurs services au Collège, ou que ce dernier a sollicités pour cette fonction ; ils peuvent aussi avoir été proposés par un groupe ou l'un des deux syndicats du Québec. Tous ont reçu une formation spécifique à l'«*évaluation objective*». Les équipes d'inspection sont spécialisées selon qu'il s'agit de l'inspection d'un centre ou d'un cabinet.

## **Motifs d'une visite.**

Certaines des visites du Service d'inspection sont effectuées sur plainte des malades, recueillies par un «*bureau des plaintes*» du Collège affecté à cet usage, auquel les patients téléphonent s'ils estiment avoir été mal soignés, l'Ordre des médecins étant responsable de la qualité des soins prodigués à la population. Mais le Collège visite de plus annuellement à des fins d'évaluation 5 à 8% des cabinets, centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins longue durée et

---

<sup>7</sup> Texte de loi donné par A. Jacques

<sup>8</sup> In Pierre Gallois, *La formation médicale continue, principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation*, Médecine-Sciences Flammarion Paris 1997, p. 253

centres locaux de service communautaire. Un centre hospitalier sera visité en moyenne tous les quatre ans, et 350 médecins seront visités chaque année. « *Comme les douaniers qui ouvrent les valises* », le choix du professionnel visité est supposé aléatoire. Il peut parfois, en particulier en cas de soupçon de fraude, être motivé par des données transmises très exceptionnellement par les caisses (profil de facturation, de prescription).

### **Déroulement de la visite.**

La visite d'un centre hospitalier dure une semaine, celle d'un cabinet privé deux jours. Durant cette visite, qui est annoncée à l'intéressé une semaine à un mois à l'avance (délai intentionnellement court, de manière à ce que le médecin n'ait pas le temps de refaire ses dossiers), les deux médecins-inspecteurs demandent au médecin de montrer divers dossiers de malades, 12 par médecin, dans diverses catégories : obstétrique, pédiatrie, gériatrie, etc. Ils peuvent également choisir eux-mêmes des dossiers au hasard. Ces médecins examinent aussi bien le contenu des dossiers que la manière dont ceux-ci sont tenus. Ils examineront également l'environnement du médecin.

### **Critères.**

Les dossiers sont examinés selon un certain nombre de critères, qui ont été enseignés aux inspecteurs durant leur formation à l'évaluation objective, et qui constituent une sorte de référentiel. Ils ont été établis, dans chaque domaine (asthme, par exemple), par un groupe de onze médecins du Collège à partir de 108 problèmes courants rencontrés dans la pratique, et sont à la disposition de tous les médecins. Ils sont révisés tous les deux à quatre ans. La bibliographie est établie par le secrétariat du Collège.

Par ailleurs, les caisses d'Assurance-maladie peuvent avoir expressément demandé au Collège que soit évaluée la pratique sur quelque problème précis, comme la prescription en cabinet d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Auquel cas ce sera pris en compte.

## Suites de l'inspection.

L'inspection, indépendamment des vertus qu'elle peut avoir en tant que simple menace, car, dit le Service d'inspection professionnelle, les médecins savent, dans cet environnement, qu'il faut surveiller leurs connaissances, va également permettre de mettre en évidence deux types de difficultés, que les inspecteurs classent en difficultés majeures, et difficultés mineures.

En cas de difficulté mineure, il sera proposé au médecin de suivre une formation en petit groupe dans le domaine de sa difficulté. Exemple : un atelier de deux ans organisé par l'Université de Montréal avec pour sujet « La tenue du dossier ». On demande au médecin d'envoyer une attestation de participation. Et une contre-visite, neuf mois ou un an après, permettra de vérifier s'il a convenablement modifié sa manière de faire.

En cas de difficulté majeure, et pour le cas où le médecin refuse de reconnaître sa « difficulté », le Collège a mis en place une procédure d' « examen objectif », à partir de 110 vignettes cliniques, choisies dans les domaines courants de la pratique du médecin concerné. L'examen dure deux jours, en compagnie de deux médecins, et a lieu sous vidéo, de manière à éviter toute contestation. Au bout de ces deux jours il a été observé —c'est ce qui est appelé « *écart entre le besoin exprimé et le besoin démontré* »— que la plupart des médecins avouent leur faiblesse. Cette procédure est également utilisée dans le cas de dossiers elliptiques, et où le médecin met en avant l'écart qui existe entre dossier écrit et dossier parlé.

## III. LA FMC COMME THERAPEUTIQUE.

### A. La FMC curative.

Trente à trente-cinq médecins environ par an, soit 10% des visités, sont ainsi « identifiés » chaque année, ce qui veut dire qu'ils sont suspendus d'exercice, à la suite des contrôles exercés par le Service d'inspection professionnelle, qui a considéré qu'il y avait là difficulté majeure, et qu'ils n'étaient plus capables de prescrire. Le chiffre semble faible au Collège, compte-tenu que 15% des médecins en exercice depuis plus de 15 ans, en particulier les généralistes, sont en-deça des standards mis en place comme référentiels.

Cette suspension peut avoir un caractère définitif. Toutefois : le souci du Collège, comme de tout Collège, reste pédagogique. De là le mode particulier sur lequel

s'exerce la plupart du temps la sanction : le médecin, « identifié », et suspendu ou limité dans sa pratique sur un diagnostic d'incompétence ou difficulté, est identifié comme « souffrant dans sa pratique ». La suspension d'autorisation d'exercice est en fait un arrêt-maladie. Il va alors être entrepris un traitement : le médecin sera adressé au bureau de FMC de l'Université, qui commencera par établir un diagnostic. Puis, le médecin se verra administrer une « prescription pédagogique » individualisée, adaptée à son cas, qui fixera 1) les formations qu'il devra suivre, et leurs modalités (lectures et études dirigées, tutorat, stage clinique de ressourcement, travail en petit groupe... ); 2) le temps de la suspension de son exercice.

L'arrêt peut être de 3, 6, 12 mois. Il peut porter sur toute la pratique, ou concerner certains champs seulement, où le médecin se sera montré déficient, en particulier s'il a refusé de reconnaître sa déficience. La reconnaissance par le médecin de sa faiblesse est un point important, car la prescription pédagogique ne peut opérer qu'à partir de là.

Le coût de l'intégration à cette formation « re-formative » est de 550 F par jour, à la charge du médecin « déformé ». Il n'existe pas d'indemnité permettant de suppléer aux honoraires du médecin suspendu de pratique, ni de couvrir les frais de sa formation. Le médecin peut voir la suspension de son autorisation d'exercice levée avant la fin de sa formation.

### ***Le Collège et la FMC.***

La même loi de 1973 par laquelle le gouvernement du Québec fixait le mandat du Collège en matière d'inspection professionnelle confiait aussi à ce même Collège des responsabilités et des pouvoirs dans le domaine de la FMC en ces termes : « *Le Bureau d'une corporation peut, sur recommandation du Comité d'inspection professionnelle ou du Comité de discipline, ou dans les cas prévus par un règlement adopté en vertu du paragraphe J de l'article 94, obliger tout membre de cette corporation à faire un stage ou à suivre un cours de perfectionnement ou l'obliger aux deux à la fois. [Le Bureau peut également par règlement] déterminer les cas où les professionnels peuvent être tenus de faire un stage ou de suivre un cours de perfectionnement ou d'être tenus aux deux à la fois.* » Le même Bureau a toute

latitude également d'«organiser des cours ou des stages de formation continue pour les membres de la corporation.»<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Texte de loi cité par A. Jacques, « Surveillance de l'exercice professionnel au Canada et maintien de la compétence », in Pierre Gallois opus cité p. 254.

***Le bureau de FMC de l'Université de Montréal.***

Une question se pose dès lors : pourquoi est-ce à un bureau de FMC situé dans l'Université que le Collège adresse ses médecins « souffrants » ? Les faiblesses diagnostiquées chez les médecins « identifiés » seraient-elles perçues par le Collège comme défaut de connaissances, manque qu'un savoir universitaire viendrait recombler ? C'est improbable. Selon l'avis des membres du bureau de FMC de l'Université, c'est le plus souvent la manière d'appliquer ces connaissances qui est en défaut chez le médecin que les connaissances elles-mêmes.

A cela, deux remarques : « *Le médecin qui nous est envoyé, dit-on au bureau de FMC de l'Université, n'est pas renvoyé chez des pères, mais chez des pairs.* » L'université au Québec est une université « hors les murs », et le bureau de FMC de l'Université comprend, en sus des vingt médecins universitaires qui travaillent à élaborer des programmes de formation, un exécutif de sept médecins dont trois, généralistes, n'ont aucun rapport avec l'université.

De plus, le service de FMC du Collège a toujours développé une politique de collaboration avec les autres organismes de FMC. Et le cas des médecins « identifiés », des médecins en souffrance ne saurait être traité, estiment les responsables de leur formation, sans toutes les personnes-ressource en matière de pédagogie qui gravitent autour des unités de médecine familiale de l'Université. Telle est du reste la valeur thérapeutique prêtée à un tel environnement pédagogique, qu'il arrive que les médecins à « re-former » soient intégrés directement pour leurs quelques mois de cure à ces unités (un ou deux médecins en re-formation par an et par bureau, avec répartition entre les quatre universités, de manière à ne pas perturber la marche du service).

**B : La FMC non-obligatoire.**

La formation-orthopédie des médecins « dé-formés » et suspendus, la FMC comme thérapeutique curative, n'est pas la seule activité développée par le bureau de FMC de l'Université de Montréal en matière de formation. Ce bureau gère aussi depuis 30 ans une formation non obligatoire.

Les programmes de formation sont élaborés en comités, avec la participation de praticiens, depuis l'analyse des besoins jusqu'à la mise en œuvre. Les programmes sont organisés de manière à ce que les séances de formation puissent constituer une reproduction ou simulation, de ce qui peut se produire dans la réalité des soins. C'est pourquoi les comités où sont mis en place les programmes comprennent une « équipe de développement des programmes » qui intègre des patients ou des représentants de ceux-ci. Ainsi, le comité chargé de réaliser un programme sur l'asthme comprenait trois à quatre généralistes, deux à trois experts, et un à deux patients.

***Orientation générale : la FMC comme thérapeutique préventive.***

« Maintien et développement professionnel », plutôt que « formation » : c'est ce à quoi vise le bureau de FMC de l'Université de Montréal. Le problème n'est jamais pour le médecin la quantité de connaissances, mais la manière de les gérer : le médecin est submergé sous un afflux de connaissances sans cesse renouvelées, sans cesse en mouvement. La tâche du bureau de FMC sera de lui fournir des outils lui permettant d'intégrer ces connaissances (compétence) et de les reverser à sa pratique (performance). Un *life-long learning process*, que le bureau qui élabore des programmes de FMC a pour fonction d'organiser et de graduer.

Le Bureau s'attache à mettre en place et gérer non seulement une FMC classique (colloques, congrès) mais, plus fondamentalement, une FMC dite « FMC en temps réel » : Internet, la télémédecine, le développement d'ateliers en petits groupes locaux sur toute la province de Québec —dans tous les cas, il s'agit de constituer des outils propres à aider le médecin au moment où il a une décision à prendre. On parlera là encore de FMC thérapeutique, mais dans ce cas, il s'agira d'une thérapeutique préventive.

Ainsi, les petits groupes : ces groupes, qui se réunissent une fois par semaine, sont constitués de sept à huit médecins, dont un animateur omnipraticien formé

à cette fonction. L'expert spécialiste sera recruté par l'animateur parmi les consultants naturels des médecins du groupe, et ne sera là que pour aider les médecins du groupe à organiser et intégrer leurs connaissances. On va chercher à mettre en place et renforcer ce qu'au Québec on appelle la « ligne d'empouvoirement », ligne qui, passant par le généraliste, va du spécialiste au patient : le spécialiste enseigne au généraliste, lequel soigne un patient en lui enseignant à son tour. Le spécialiste est là comme simple agent : sa fonction est d'habiliter le généraliste auprès du patient. Le travail en petits groupes permet au généraliste de se retrouver porteur d'un savoir délégué par le spécialiste, savoir qu'il déléguera à son tour au patient, et qui permettra à celui-ci, c'est le résultat cherché, de gérer son problème (asthme, diabète). animateurs et spécialistes sont formés, ensemble, par le bureau de FMC.

#### **IV. QUELQUES OUTILS D'ÉVALUATION UTILISÉS PAR LE BUREAU DE FMC DE L'UNIVERSITÉ DE MONTREAL EN MATIÈRE DE FMC « PREVENTIVE ».**

Le contre modèle en matière d'évaluation est fourni par le Collège des médecins de famille du Canada, et, jusqu'à un certain point, le Collège Royal : minutieux collectage et thésaurisation d'attestations de présence et d'enregistrements réunis en un « portfolio », c'est le terme retenu, et étendu aux plans d'auto-formation, conception de l'évaluation visant à promouvoir une image de la FMC sous la figure du développement d'un plan d'épargne-retraite déductible de ses impôts.

Au Bureau de FMC de l'Université de Montréal, la FMC met le cap directement sur la performance. Aussi est-elle supposée amener 1) un changement dans les soins, 2) un changement en matière de santé publique. Le Bureau a forgé quelques outils destinés à « boucler la boucle » en donnant à ces changements un statut mesurable et en opérant des mesures. Cette opération constitue la visée dernière de la FMC ainsi entendue, et c'est ce que désigne ici le terme d'évaluation.

***Les patients simulés.***

Ainsi, après que des formateurs auront été sollicités à travailler autour d'un problème comme l'asthme, avec ce que ce problème comporte d'éducation du patient par le médecin, on pourra envoyer dans les cabinets des médecins ayant suivi six mois ou un an auparavant cette formation, des « patients simulés », asthmatiques ou bons acteurs, qui pourront attester si le médecin a convenablement appliqué toutes les recommandations préconisées dans la formation en matière de technique d'inhalation, nettoyage de l'environnement, etc. —recommandations dont on sait par ailleurs par des statistiques que 95% des médecins négligent de les faire.

Le médecin est prévenu à l'avance qu'il recevra dans l'année la visite de trois patients simulés. Il est volontaire, et volontiers coopérant, dans la mesure où de tels outils ne sont employés que dans le cadre d'une FMC non obligatoire, et que les résultats obtenus sont partie intégrante de la formation, puisqu'ils sont destinés à améliorer les programmes de formation. Il est remis au médecin trois cartes postales, à renvoyer au bureau de FMC chaque fois qu'il pensera avoir reçu l'un des patients envoyés. On considère au bureau de FMC comme une preuve de la validité de cet outil le fait que la plupart du temps les cartes sont renvoyées à mauvais escient, le médecin ayant pris un patient véritable pour un faux.

***Le Journal de bord informatisé.***

Le Bureau a également mis en place un outil d'évaluation-formation sur ordinateur, le JBI (Journal de bord informatisé), destiné à recueillir chaque semaine auprès du médecin (ou d'un groupe de médecins) une question clinique concernant un patient particulier qui lui a particulièrement posé problème dans sa pratique —de la catégorie de ces questions importunes, qui peuvent surgir auprès d'un patient, à la lecture d'un article ou en discutant avec un collègue, et qui sont susceptibles de venir hanter les pensées du médecin même en dehors de ses heures de cabinet. Lorsque le médecin a inscrit sa question, l'écran lui demande ce qu'il a fait. Selon sa réponse, il lui sera dit « Tu dois modifier ta pratique », « Tu peux continuer », ou encore « Continue ta recherche pour savoir si tu devrais modifier ta pratique ».

Un médecin peut inscrire ainsi 50 questions tous les ans. Il peut également les envoyer sur Internet, anonymement ou pas, dans une « banque de questions » du Collège royal qui en contient déjà 14 000, envoyées par 1 200 médecins. Ces questions ont l'avantage d'être directement reliées à la pratique, et cette banque est de ce fait particulièrement propre à être utilisée, dans ce même trajet qui s'effectue sur la « ligne d'empouvoirement », pour en constituer des voyants destinés en retour aux médecins.

### ***Evaluation et santé publique.***

Le bureau de FMC utilise des données de santé publique à divers titres : ainsi, il a établi une cartographie du Québec où sont déterminées les zones de haute et basse morbidité. Un travail est en cours, destiné à analyser à partir de cette cartographie le différentiel de comportement clinique des médecins dans chacune de ces deux zones, de manière à établir ce qui pourrait dans la pratique des médecins déterminer cette différence. On y verra apparaître des profils de pratique.

Il peut aussi utiliser des données de santé publique pour aider les médecins, connaître leurs profils et définir leurs besoins. Toutefois, on cherchera encore bien davantage qu'à utiliser ces données, à contribuer à les faire évoluer et à forger des outils destinés à mesurer cette évolution.

Car, là encore, l'évaluation n'a pas pour fonction de mesurer un écart avec une norme établie statistiquement, mais bien plutôt d'établir qu'une différence mesurable a été induite, dans un champ donné, de par l'impact d'une formation.

## Certification et recertification au Canada

### Les points clés

- Au Québec il n'y a aucune obligation de FMC qui remettrait en cause la qualité de médecin certifié. Le Collège des médecins du Québec exerce toutefois une surveillance au long cours de la performance du médecin.
- En cas de difficulté mineure lors de cette surveillance, il sera proposé au médecin de suivre une formation en petit groupe dans le domaine de sa difficulté. On demande au médecin d'envoyer une attestation de participation.
- En cas de difficulté majeure, la reconnaissance par le médecin de sa faiblesse est un point important, car c'est à partir de ce besoin identifié que s'établit la démarche pédagogique qui reste la clé de ce système.
- Pour le cas où le médecin refuse de reconnaître sa « difficulté », le Collège a mis en place une procédure d'« examen objectif » qui dure deux jours. A la suite de ces contrôles le médecin peut être arrêté d'exercice. L'arrêt peut être de 3, 6, 12 mois voire définitif. Il peut porter sur toute la pratique, ou concerner certains champs seulement, où le médecin se sera montré déficient, en particulier s'il a refusé de reconnaître sa déficience.

### *Certification and re-certification in Canada*

#### *Key Points on Recertification*

- *In Quebec, there are no requirements for continuing medical education which might be used to question a doctor's ability to practise. However the College of General Practitioners of Quebec supervises doctors performance throughout their careers.*
- *In the case of a minor difficulty, a medical practitioner will be offered small group training in the topic or area in question. The doctor will be asked to supply a certificate of participation.*
- *In the case of a major difficulty, it will be important for the doctor to acknowledge the weakness identified. This step is key to any learning programme that can be set up.*
- *When a doctor refuses to acknowledge that there is a problem, the College has put into place a procedure lasting two days for an objective examination. Any doctor failing this examination may be stopped from practising medicine. This decision can be for 3, 6, 12 months or indefinitely. It can bear on the whole practice, or only the field of practice in which the individual showed deficiency, especially if this deficiency was not acknowledged.*



# BELGIQUE

BELGIQUE

## Résumé

En Belgique il n'existe pas de système de recertification. Il existe en revanche, tant pour les généralistes que pour les spécialistes, une accréditation personnelle du médecin, délivrée par l'organisme payeur, la caisse d'Assurance-maladie, et qui est valable pour trois ans. Cette accréditation, qui concerne aujourd'hui environ 80% des praticiens, n'est pas obligatoire, elle donne simplement lieu au statut particulier de « médecin accrédité » qui, même s'il n'est pas affiché dans la salle d'attente, est notoire et assure une reconnaissance de la part du public, qui ressent ce statut comme une garantie. Ce statut lui accorde aussi un certain avantage financier : le médecin accrédité reçoit de l'organisme payeur une somme annuelle de 20 000 francs belges (3 000 francs français) destinée à couvrir ses frais de formation et perçoit un supplément d'honoraires de 20 francs belges (3,20 francs) par consultation. Il ne donne lieu à aucune différence de prise en charge du remboursement par l'organisme payeur.

Les règles de l'accréditation sont le résultat d'un accord passé entre la profession, les organismes payeurs, les pouvoirs publics.

Le médecin généraliste pour être accrédité doit remplir quatre conditions :

- tenir un dossier médical de ses patients et transmettre les données médicales aux autres médecins et organismes de soins qui le demanderaient ;
- pratiquer la médecine comme activité principale, avec un minimum de 1 250 actes par an, soit cinq par jour ;
- réunir chaque années 200 unités de FMC, ce qui représente 20 heures en moyenne ;
- pratiquer l'évaluation, en s'inscrivant dans le Groupe local d'évaluation médicale

La FMC est aux mains des universités, de la Société scientifique de médecine générale, ainsi que d'un certain nombre d'associations locales. Ce sont ces mêmes structures qui se chargent de déterminer les besoins, d'élaborer les programmes et d'organiser la formation. Toute liberté leur est laissée en ce qui concerne la détermination de la pertinence des sujets de formation.

Les fonds alloués à la FMC sont d'une part l'allocation de 20 000 francs belges que reçoivent les médecins et d'autre part les investissements de l'industrie pharmaceutique. Le large recours à ces derniers n'apparaît pas comme absolument satisfaisant.



BELGIQUE

## L'ACCREDITATION EN BELGIQUE<sup>10</sup>

En Belgique il n'existe pas de système de recertification. Il existe en revanche, tant pour les généralistes que pour les spécialistes, une accréditation personnelle du médecin. Cette accréditation n'est pas obligatoire, elle donne simplement lieu au statut particulier de « médecin accrédité » qui, même s'il n'est pas affiché dans la salle d'attente, est notoire et assure une reconnaissance de la part du public, qui ressent ce statut comme une garantie. Ce statut lui accorde aussi un certain avantage financier.

### L'ACCREDITATION

#### Les procédures

Les règles de l'accréditation sont le résultat d'un accord passé entre la profession, les organismes payeurs, les pouvoirs publics.

Le médecin généraliste pour être accrédité doit remplir quatre conditions :

- tenir un dossier médical de ses patients et transmettre les données médicales aux autres médecins et organismes de soins qui le demanderaient ;
- pratiquer la médecine comme activité principale, avec un minimum de 1 250 actes par an, soit cinq par jour (des dérogations peuvent être accordées aux jeunes médecins) ;
- réunir chaque années 200 unités de FMC, ce qui représente 20 heures en moyenne dont 20 unités —comme y ont tenu les pouvoirs publics—en éthique et économie de la santé;
- pratiquer l'évaluation, en s'inscrivant dans le Groupe local d'évaluation médicale (Glem). Les Glems sont des groupes monodisciplinaires, de préférence locaux-régionaux, créés par les praticiens et qui en regroupent chacun 8 à 25. Reconnu pour une année, le Glem organise quatre réunions par an : il transmet

---

<sup>10</sup> A partir des communications des Drs. Michel Vanhalewyn et Luc Lefebvre. Ce texte a été relu par ces intervenants.

Le Dr. Vanhalewyn, médecin généraliste à temps plein, est responsable pour la région de Bruxelles de la Société scientifique de médecine générale (l'un des partenaires de l'accréditation) ; il est responsable du comité de lecture des rapports des Glems des régions Bruxelles et Brabant-Wallon.

Le Dr. Lefebvre est responsable de la formation des animateurs de FMC.

un rapport d'activité à un Comité de lecture provincial qui, lui-même, le transmet à un Comité d'évaluation national.

Le médecin peut s'inscrire dans le Glem de son choix, ou peut librement en constituer avec des confrères de la même spécialité. Mais il ne peut être inscrit qu'à un seul Glem à la fois et n'en changer au maximum qu'une fois par an. Il est tenu d'assister chaque année à une ou deux des séances du Glem où il s'est inscrit.

Le médecin accrédité reçoit de l'organisme payeur une somme annuelle de 20 000 francs belges (3 000 francs français),<sup>11</sup> destinée à couvrir ses frais de formation et perçoit un supplément d'honoraires de 20 francs belges (3,20 francs)<sup>12</sup> par consultation —le principe n'a pas été étendu aux visites à domicile. Il ne donne lieu à aucune différence de prise en charge du remboursement par l'organisme payeur.

La moitié des médecins ont été accrédités dès la mise en place de ce régime, 70 à 80% le sont aujourd'hui.

Cette accréditation délivrée par l'organisme payeur, la caisse d'Assurance-maladie, est valable pour trois ans.

## Historique

Les organismes payeurs, dans un souci d'économie, cherchaient à imposer aux médecins un régime de « fidélisation », à savoir l'inscription du patient chez un généraliste et un seul. De leur côté, les pouvoirs publics, à la recherche d'une garantie, parlaient de recertification : contrôle des connaissances et remise en question du diplôme. Les syndicats ont préféré, en bonne entente avec les sociétés scientifiques et les universités, éviter ces deux menaces en proposant eux-mêmes, avec l'accréditation, une alternative.

Ce régime d'accréditation a donc été mis en place paritairement comme émanant d'une réflexion des praticiens eux-mêmes, en collaboration avec les sociétés scientifiques, les universités et les syndicats. Ceux-ci sont arrivés à trouver avec les représentants des caisses d'Assurance-maladie et avec les pouvoirs publics un compromis sur lequel tous les partenaires puissent s'accorder et susceptible de garantir la compétence des médecins. C'était sur bien des points non pas une acceptation partielle de la contrainte imposée, mais un véritable retournement.

---

<sup>11</sup> 455, 028 Euro.

## FORMATION ET EVALUATION

### **Une évaluation ni individuelle ni sanctionnante**

L'évaluation, on l'a vu, repose sur les Glems. Et il ne s'agit pas là d'une évaluation individuelle —d'un fichage en quelque sorte— mais plutôt, dans le petit groupe de pairs qui s'est constitué, de confronter sa pratique avec celle de confrères sur un sujet donné. Les informations recueillies et transmises par le rapporteur du Glem au Comité de lecture régional ne portent pas sur les pratiques individuelles, elles constituent des données globales. En aucun cas ce qui s'échange dans le cadre d'un Glem ne peut prendre un caractère sanctionnant. Les médecins belges considèrent que c'est là une condition nécessaire pour que les praticiens puissent échanger leurs savoirs, pour que le Glem puisse être formateur pour tous.

Ce qui n'empêche pas sa fonction régulatrice : un médecin qui, confrontant dans le cadre du Glem ses habitudes de prescription avec d'autres, s'apercevrait qu'il a sur un médicament un écart de dix pour un par rapport à eux sera amené à s'interroger, à modifier éventuellement sa pratique ou à la justifier.

Le Glem peut s'il le souhaite s'adjoindre un expert : un spécialiste dans un Glem de généralistes ; dans un Glem de spécialistes, un généraliste ou un spécialiste d'une autre spécialité. Il ne règne à l'intérieur du groupe aucune relation de hiérarchie. Un membre du Glem fait fonction d'animateur.

### **Une complète liberté de choix**

Ces petits groupes de pairs jouissent d'une complète autonomie. Sous réserve qu'il s'agisse bien d'une activité d'évaluation des pratiques, ou plutôt d'une confrontation portant sur les pratiques, la liberté est totale concernant le choix des thèmes —ainsi pourra-t-on trouver un thème tel que « Comment répondre au téléphone ».

La même liberté règne quant aux méthodes de travail. Ainsi, le Comité de lecture peut-il dresser une liste où figurent profil (peu utilisé), cercle de qualité (très fréquent), consensus, visite de cabinet (jamais utilisé ou presque), groupe de lecture, incidents critiques, avis d'expert... La liste n'est pas limitative.

Le Glem —et c'est la seule obligation à laquelle il soit soumis avec celle de tenir quatre séances dans l'année— établit en fin d'année un rapport de ses réunions, qu'il transmet au Comité de lecture provincial, instance constituée de représentants des sociétés savantes, des syndicats et des universités. Ce comité se réunit une fois par an pour recueillir les informations (recensement des sujets, des méthodes et des résultats), en faire une synthèse et en tirer des conclusions. Il transmet à son tour son rapport de synthèse à un Comité de lecture national.

L'évaluation ainsi entendue, avec le Glem pour support

1) se veut un outil d'identification des carences, ce qui peut servir tant individuellement pour le médecin, qu'au niveau national pour les organismes, à identifier les besoins en FMC et orienter celle-ci;

2) le Glem opère la mise en commun des pratiques autrement que sous la figure de l'alignement sur une norme. La majorité, dit-on en Belgique, n'a pas toujours raison et des pratiques considérées comme déviantes peuvent venir de médecins beaucoup plus compétents que ceux qui sont normatifs et dans la norme statistique. Les Glems ont été l'occasion pour les participants au colloque de discuter des profils (les médecins belges disposent de leurs profils fournis par l'organisme payeur ) et de comparer la procédure des RMO avec ces référentiels s'établissant de manière spontanée et automatique dans les Glems. Chacun de ces derniers tendant à se constituer un référentiel à son usage propre, les RMO restent-elles nécessaires comme il semble qu'elles le soient en France ?

### **Accréditation et obligation**

Avant 1994, la FMC ne faisait l'objet d'aucune obligation, si ce n'est sur le plan déontologique. Elle était simplement encouragée. L'obligation de FMC a pris place dans le cadre de l'accréditation —elle a été le premier point mis en avant lors de la mise en place du système. Il n'existe aucune obligation de FMC pour les médecins non accrédités.

## L'ORGANISATION DE LA FMC

### Les organismes

Les syndicats en Belgique ne font pas de FMC, ce qui simplifie un peu les choses. La FMC est aux mains des universités, de la Société scientifique de médecine générale, ainsi que d'un certain nombre d'associations locales. Ce sont ces mêmes structures qui se chargent de déterminer les besoins, d'élaborer les programmes et d'organiser la formation. Toute liberté leur est laissée en ce qui concerne la détermination de la pertinence des sujets de formation. La Société scientifique mène une réflexion également sur les questions de pédagogie et sur les enjeux de la médecine générale de demain. Il existe une formation, non obligatoire, pour les animateurs de Glems. D'autres formations de formateurs se mettent en place.

Ici, la démarche n'est pas de commencer par apprécier ce que doivent être les compétences du médecin et d'organiser ensuite des formations pour amener chacun au niveau pré-estimé. D'une manière générale, on part en Belgique du constat qu'il est indispensable pour un formateur de savoir à quelles tâches il va former son apprenant et qu'il est impossible de définir a priori les tâches spécifiques du médecin. « L'évaluation » est à entendre en ce contexte.

### Méthodes

En Belgique, la réunion de petits groupes de pairs, réunis de façon longitudinale, a toujours été privilégiée. Il existait depuis 1985 les dodécagroupes, groupes de pairs de 12 à 20 médecins qui se réunissent une fois par mois chez un animateur pour faire de la FMC ; sur les 6 000 médecins généralistes que compte la Belgique francophone, 2 000 sont inscrits dans ces dodécagroupes. Les Glems se sont du reste constitués souvent à partir de ces dodécagroupes. C'est le petit groupe qui sert de base pour la formation. Quelques exemples :

- Il y a trois ou quatre ans, la Société scientifique (où sont inscrits la moitié des médecins) a établi le constat que 6 000 toxicomanes ne pouvaient être traités faute de place dans les centres de soins. La Société scientifique a alors décidé de former des groupes de généralistes décidés à s'impliquer dans le traitement de substitution à la méthadone. La Société a constitué un réseau de formation, de contacts et de discussion à l'échelle du canton.
- Concernant les soins palliatifs une question se posait : comment y donner au généraliste une place centrale. La Société scientifique a initié une formation par petits groupes de 12, dans lesquels sont maintenant inscrits 600 médecins.

Ce programme a été conçu sur une durée de trois ans. Tout un réseau est actuellement en place avec une vingtaine de groupes, et quatre ateliers par an. La philosophie du projet est d'intégrer cette formation dans la dynamique locale et régionale et d'améliorer l'interface hôpital/domicile.

### **Financement**

Les fonds alloués à la FMC sont d'une part l'allocation de 20 000 francs belges que reçoivent les médecins et d'autre part les investissements de l'industrie pharmaceutique. Le large recours à ces derniers n'apparaît pas comme absolument satisfaisant.

### **FMC et maîtrise des dépenses de santé**

Les caisses d'Assurance-maladie ont joué un grand rôle, on l'a vu, dans la mise en place de l'accréditation. Des études avaient montré que la fidélisation envisagée au départ permettait de réaliser de substantielles économies.

Du système d'accréditation avec FMC obligatoire, on n'a aucune raison d'attendre un effet —en Belgique pas plus qu'ailleurs—, en matière de réduction des coûts. Les médecins belges considèrent que ce problème regarde les caisses exclusivement, mais ni le médecin ni la responsable de programmes de FMC. Du reste tous les membres du Comité scientifique de FMC sont en dépassement de profil ! Les caisses jusqu'ici ont respecté cette indépendance.

### **Procédures de contrôle et de sanction**

Lorsqu'un médecin apparaît sur son profil comme particulièrement « marginal » en matière de prescription, acte ou demande d'examen ou dans sa prestation elle-même (ainsi, quand il fait montre d'une « suspecte » suractivité), les médecins contrôleurs des caisses d'Assurance maladie viennent sur un mode quasi policier le surprendre à son cabinet, au cours de sa consultation, observent ce que les patients présents viennent y faire et demandent à voir les dossiers. La police et le fisc peuvent également opérer des contrôles.

Dans tous ces cas il s'agit de procédures indépendantes, auxquelles la profession médicale n'est pas mêlée, et dans lesquelles aucune de ses instances représentatives n'est sollicitée pour intervenir. Ces démarches sont conduites dans le but de rechercher des « infractions » et n'entretiennent aucun rapport avec les procédures d'accréditation.

## L'organisation de la FMC en Belgique

### Les points clés

- En Belgique il n'existe pas de système de recertification.
- Il existe en revanche une accréditation non obligatoire du médecin, délivrée par l'organisme payeur, la caisse d'Assurance-maladie, et qui est valable trois ans.
- Cette accréditation donne lieu au statut particulier de « médecin accrédité ». Ce statut lui accorde un avantage financier annuel destiné à couvrir les frais de formation et supplément d'honoraires par consultation.
- Le médecin généraliste pour être accrédité doit remplir quatre conditions : 1) tenir un dossier médical de ses patients et transmettre les données médicales ; 2) pratiquer la médecine comme activité principale ; 3) réunir chaque année 200 unités de FMC (20 heures en moyenne) ; 4) pratiquer l'évaluation, en s'inscrivant dans le Groupe local d'évaluation médicale
- La FMC est aux mains des universités, de la Société scientifique de médecine générale, ainsi que d'un certain nombre d'associations locales. Toute liberté leur est laissée en ce qui concerne la détermination de la pertinence des sujets de formation.

### *Belgium*

#### *Key Points on Recertification*

- *There is no system of recertification in Belgium. However, the Caisse d'Assurance-maladie, the paying body, can accredit doctors for three years. This is not compulsory but there is a financial incentive where accredited medical practitioners have their continuing medical education expenses paid and they can also charge higher consultation fees.*
- *There are four requirements to be met for accreditation in general practice:*
  - *Keep patients medical record and pass on medical data as appropriate;*
  - *Practise medicine as a principal activity;*
  - *Obtain 200 CME credits a year (20 hours on average);*
  - *Evaluate one's practice (by taking part in a local group of medical evaluation).*
- *CME is in the hands of universities, the Society of General Medicine and a number of local medical associations. They have complete freedom to select relevant CME topics.*



## LA FRANCE

### Résumé

Depuis 1996 la formation médicale continue est légalement obligatoire en France. Et ce, dans le cadre d'un plan de réforme —le plan Juppé— axé sur la maîtrise des coûts du système de santé. Ce plan a légalisé une structure, qui existait déjà auparavant sous un statut d'association, le Conseil national de la formation médicale continue (CNFMC) des médecins libéraux. Il a été également créé un Conseil national de la FMC pour les médecins hospitaliers.

Au plan régional ont été mis en place des conseils régionaux de FMC. Ces nouvelles structures avaient pour mission première de définir 1) des critères de qualité de la FMC ; 2) des thèmes prioritaires pour tous les médecins en exercice sur le territoire. Tel qu'il était défini par ses textes légaux et ses décrets d'application, ce plan a été salué par la majeure partie des professionnels médecins, engagés de longue date dans la FMC, comme structuration véritablement efficace de la FMC. Les syndicats devaient gérer le financement des mesures et des structures ainsi créées. Mais à ce jour ce financement n'existe pas.

Le Conseil national, mandaté par la loi, a émis des propositions concernant les procédures de validation des actions de formation, d'agrément des structures et des outils de formation. Malheureusement, au mois de mars 1999, les pouvoirs publics n'ont pas donné leur aval, et ce plan, depuis 1996, n'a pas pu être appliqué, pour des raisons tenant essentiellement à des considérations de rivalité syndicale. De nouvelles lois devraient être rédigées et votées au printemps 1999.

Alors que la FMC, rendue obligatoire par les ordonnances de 1996, traverse une période délicate une coordination se met en place entre médecins libéraux et médecins hospitaliers et salariés, pour faire entendre que la FMC est l'affaire des médecins, et qu'il incombe aux médecins d'être les responsables de la qualité des soins.



## LA SITUATION EN FRANCE

FRANCE

### A

#### POSITIONNEMENT HISTORIQUE <sup>13</sup>

Depuis des années s'est instaurée une scission entre médecins spécialistes et généralistes. A la fin des années 70, les pouvoirs publics, conscients que les généralistes n'avaient pas réellement de référent dans le monde hospitalier —il n'y avait pas à l'époque en France de service hospitalier de médecine de famille— ont suscité l'émergence d'un mouvement associatif, avec pour propos de structurer les initiatives se déroulant sur l'ensemble du territoire, de regrouper les généralistes qui s'organisaient et prenaient en main leur FMC. Ces médecins étant conscients que les enseignements post-universitaires —les Epu— ne répondaient pas réellement au besoin qu'ils éprouvaient d'entretien concret de leurs compétences et connaissances. Ce mouvement s'est concrétisé par la création de l'Unaformec.

En 1989, la convention médicale, un contrat privé liant les médecins d'exercice libéral avec les caisses d'assurance maladie, a introduit la notion d'une formation médicale continue subventionnée par les caisses d'assurance maladie. Cette FMC dite « conventionnelle » a fait évoluer le paysage de la formation continue. Elle a apporté la possibilité d'une FMC indemnisée, réalisée sur des jours ouvrables, donc intégrée au temps de travail du médecin.

Nous évoluons depuis 1996 dans le cadre d'un plan de réforme qui a été axé sur la maîtrise des coûts du système de santé. Ce plan légal s'est appelé le plan Juppé, du nom du premier ministre de l'époque. Il y avait dans ce plan de maîtrise comptable un versant qui concernait la FMC, posée comme un outil au service de la maîtrise des coûts. Cette mesure a légalisé une structure, qui existait déjà auparavant sous un statut d'association, le Conseil national de la formation médicale continue (Cnfmcc) des médecins libéraux. Il a été également créé un Conseil national de la FMC pour les médecins hospitaliers. Et il a été envisagé de s'intéresser également aux médecins salariés non hospitaliers.

---

<sup>13</sup> D'après l'intervention du Docteur Philippe Bonet. Philippe Bonet, médecin généraliste, est président de l'Union nationale des associations de formation médicale continue (UNAFORMEC).

Ces nouvelles structures avaient pour mission première de définir 1) des critères de qualité de la FMC ; 2) des thèmes prioritaires pour tous les médecins en exercice sur le territoire. Autrement dit, il était en train de se mettre en place une structuration véritablement efficace de la FMC. Les syndicats devaient gérer le financement des mesures et des structures ainsi créées.

Ce plan, rédigé en 1996 n'a pas pu prendre son envol, pour des raisons tenant essentiellement à des considérations de rivalité syndicale. De nouvelles lois devraient être rédigées et votées au printemps 1999.

## **B**

### **PRESENT ET PERSPECTIVES D'AVENIR**<sup>14</sup>

#### **L'obligation de FMC**

La FMC est devenue en France depuis 1996 une obligation légale.

Mais on oublie souvent que la FMC n'a pas attendu cette loi pour être obligatoire : l'engagement en est inscrit dans le code de déontologie, auquel le médecin s'engage sur l'honneur quand il s'inscrit au tableau de l'Ordre. Et c'est la justification la plus pure, la plus expressive, qu'un médecin puisse donner de la FMC, que de savoir qu'il s'est engagé sur l'honneur à perfectionner ses connaissances pendant toute la durée de sa carrière.

#### **Les instances**

Alors que la FMC, rendue obligatoire par les ordonnances de 1996, traverse une période délicate une coordination se met en place entre médecins libéraux et médecins hospitaliers et salariés, pour faire entendre que la FMC est l'affaire des médecins, et qu'il incombe aux médecins d'être les responsables de la qualité des soins. On peut considérer qu'il en est de l'honneur de la médecine que d'organiser elle-même sa FMC.

---

<sup>14</sup> Intervention du Professeur Bernard Glorion. Bernard Glorion, chirurgien, est président de l'Ordre national des médecins et président du Conseil national de formation médicale continue.

## Le contrôle

FRANCE

La commission du Conseil national de FMC chargée de cette question a choisi de privilégier plutôt que la méthode des points celle des équivalents-heure.

Sitôt qu'il est question de contrôle, un risque de dérive existe : que cherche-t-on exactement à contrôler ? D'aucuns prétendent qu'un décompte des heures de formation effectuées n'a aucune valeur, puisqu'il n'existe aucun contrôle de ce que le médecin a fait ou retenu de sa formation continue. La méthode des points a droit aux mêmes critiques : « Quel est le sens du dispositif s'il n'y a ni contrôle ni validation et si les actions de FMC ne sont pas vraiment interactives ? »

Il convient d'éviter de laisser le débat s'engager dans des impasses et de considérer que les médecins sont généralement conscients que la FMC est nécessaire ; le contrôle porte sur le fait qu'ils ont satisfait à l'obligation, mais le contenu de leur formation ne doit pas être mis en doute.

On aurait pu s'en tenir à une obligation déclarative : ce type d'engagement —par exemple les impôts— est tel que l'on a pas à produire forcément la preuve de ce qui est déclaré, mais que les instances concernées, en l'occurrence les instances de la FMC, soient autorisées à le vérifier. En résumé, nous avons le choix entre deux solutions opposées : 1) points et équivalents-heure ; et 2) obligation déclarative sur l'honneur, avec possibilité de contrôle.

Il existe en matière de contrôle une méthode, qui peut-être sera proposée en France dans le cadre de la DMOS : le bilan de compétences.

## La garantie

La soutenance de thèse n'est pas une autorisation d'exercer. Celle-ci s'obtient en s'inscrivant à la fois au Conseil de l'Ordre. Il est bien évident qu'il n'y a là nulle garantie de compétence.

A prendre le problème de la sorte, la recertification, en toute rigueur devrait être quotidienne car chaque fois que le médecin est face à un patient, il est amené à se poser de nouvelles questions. Là encore, le débat peut s'engager sur de fausses pistes. Car pour le médecin le critère est à situer ailleurs que dans l'autorisation délivrée par une instance : il est à situer par rapport à la demande des patients. Il faut que le médecin sache que s'il n'est pas en mesure de répondre à cette demande, il doit s'abstenir et se former.

**Pour un dénominateur commun**

Il est bon que les médecins se dotent d'un dénominateur commun. Certains pensent même que c'est là le rôle de l'Ordre. Car la diversité, la pluralité qui font en France notre qualité, constituent aussi un handicap, une faiblesse considérable, notamment lors de négociations avec les pouvoirs publics.

A partir de la mission confiée aux médecins, qui est de soigner les malades le mieux possible, ce dénominateur commun peut être situé du côté de la recherche d'une certaine qualité de la médecine —même si, bien que tous en parlent, il serait difficile de dire ce qu'il en est de cette « qualité ».

**La formation initiale : pour une nouvelle organisation**

Une partie de ce dénominateur commun repose sur les connaissances. C'est ce qui constitue le 1er et 2ème cycle des études médicales, qui débouchent sur un diplôme de sciences médicales. Ce diplôme n'est pas un diplôme d'exercice ; il mène aussi bien au monde du journalisme, qu'à celui du droit ou de l'industrie.

Mais ensuite, l'organisation de l'actuel 3ème cycle, tant pour les généralistes que pour les spécialistes, pourrait être envisagée comme une véritable école professionnelle. Il n'y aurait plus là de professeurs mais des enseignants. On y travaillerait non plus sur les connaissances mais sur leur application.

Les universitaires sont à l'heure actuelle peu favorables à cette solution, qui les déposséderait du 3ème cycle. L'organisation du 3ème cycle comme cycle professionnel offrirait pourtant de nombreux avantages, et permettrait de retrouver la qualité formatrice de l'époque où c'était, au niveau de l'internat, l'hôpital qui recrutait et non pas l'université qui délivrait un diplôme.

Et c'est dans le cadre de cette formation professionnelle que toutes les techniques d'évaluation et de contrôle portant sur les comportements trouveraient leur véritable application. Ces écoles professionnelles constitueraient une solution de continuité avec la FMC.

## Généralistes et spécialistes

Depuis environ 15 ans les chirurgiens ont créé des collèges d'enseignement. Au nombre de sept ils se sont fédérés et partagent la même philosophie. Les membres en sont des chirurgiens libéraux, des chirurgiens hospitaliers et hospitalo-universitaires des établissements publics et privés, donc la totalité de la profession de la spécialité.

Il est probablement plus facile d'organiser une telle structure d'enseignement pour des spécialistes, qui se focalisent sur un organe, un appareil ou des techniques, que pour la médecine générale, qui appréhende la totalité de la médecine, l'approche globale du malade, avec cette dimension de la rencontre... Même si bien évidemment, les spécialistes se doivent eux aussi d'avoir un comportement adapté à chaque patient, beaucoup de temps se passe en salle d'opération, et les préoccupations techniques tiennent une grande place.

Un spécialiste est donc sans cesse obligé d'acquérir des techniques. De ce fait, la problématique concernant l'organisation de la FMC peut, pour les spécialistes, être sensiblement différente : acquérir des techniques ne demande pas de mettre en place des outils raffinés d'évaluation des comportements...

Il n'en est pas moins indispensable que tous les médecins développent une nouvelle philosophie vis-à-vis de l'approche du malade. Il faudrait également penser à associer à nos discussions les associations de patients, ce qui se pratique peu mais commence toutefois, ce qui marque que nous sommes sur la bonne voie.

## La situation en France

### Les points clés

- Depuis le plan Juppé en 1996 la formation médicale continue est légalement obligatoire. Dans ce cadre un dispositif a été mis en place avec à sa tête, au plan national, un Conseil national de la formation médicale continue (CNFMC) des médecins libéraux, et au plan régional, des conseils régionaux de FMC. Il a été également créé un Conseil national de la FMC pour les médecins hospitaliers. Ces nouvelles structures avaient pour mission première de définir 1) des critères de qualité de la FMC ; 2) des thèmes prioritaires pour tous les médecins en exercice sur le territoire.
- Le Conseil national, mandaté par la loi, a émis des propositions. Mais au mois de mars 1999 les pouvoirs publics, n'avaient pas donné leur aval, et ce plan, depuis 1996 n'a pas pu être appliqué.
- Les acteurs de la FMC en France soulignent que cette dernière est l'affaire des médecins, et qu'il incombe aux médecins d'être les responsables de la qualité des soins.

### *France*

#### *Key Points on Recertification*

- *Since the 1996 "Juppé" plan, continuing medical education has been a legal requirement in France. To implement the system, a framework was created with a National Council for Continuing Medical Education (CNFMC) of medical practitioners in the private (non salaried) sector and Regional Councils. A National Council for the CME of hospital doctors has also been created.*
- *The mission of the National Councils was to define: quality criteria for continuing medical education priority topics for all doctors practising in France*
- *The National Council published its proposals but, as of March 1999, the plan has not been approved by the Government and therefore not implemented.*
- *CME specialists in France believe that continuing medical education is a matter for the medical profession and it is incumbent on doctors to be responsible for the quality of medical care.*



# **RECERTIFICATION DES MEDECINS EN EXERCICE**

## **II LA PROBLÉMATIQUE**

Compétence

Accréditation

Rapport de forces



# VERS UNE EVALUATION DE LA PERFORMANCE

## COMPÉTENCE

D'entrée de jeu le terme de "recertification" apparaît comme provocateur. Le Dr Philippe Bonet, président de l'Unaformec, l'affirme dès l'introduction du colloque : « *Ce terme, les organisateurs de cette rencontre l'ont choisi parce qu'il est provocateur.* » Et ceci ne vaut pas que pour la France. L'un des experts belges invités le confirmera en atelier : « *"Recertification" est un terme qu'aucun professionnel, en Belgique, ne peut prononcer. Apparue il y a quelques mois dans la presse sous la plume d'un syndicaliste flamand il a suscité un tollé!* »

Le Pr Bernard Glorion, président du Conseil de l'Ordre, note lui aussi dans son introduction au colloque que le terme est « *quelque peu administratif et mal accepté. Qui dit recertification dit attestation, vérification, contrôle peut-être...* ». Et pourtant, pour l'ensemble des participants il s'agissait, au-delà des modalités administratives, de définir, selon les mots du Pr Glorion « *ce que dissimule ce terme choquant pour de nombreux médecins, alors qu'il constitue probablement l'objectif essentiel de la formation médicale continue.* »

### **Contrôle en effet, mais contrôle de quoi ?**

Se contenter de contrôler la mémorisation des connaissances ne sert à rien. C'est ce qu'affirme avec force le Dr Jean-Jacques Guilbert, expert invité pour la Suisse et expert de l'OMS, ajoutant aussitôt que « *c'est leur utilisation qu'il faut contrôler* ». Une telle affirmation revêt une force particulière dans la bouche de celui qui est le responsable initial, il le rappellera, de l'introduction des QCM dans les études médicales en France. Il saisira d'ailleurs pendant le colloque l'occasion de faire amende honorable à ce sujet. « *La certification des étudiants qui entrent dans la profession a été effectuée avec des instruments dont la validité est nulle* » insiste de son côté le Dr Marcel Tobelem, secrétaire général de L'Unaformec.

## L'hypothèse universitaire

Pendant des années il a été admis, notamment en France, qu'un bon niveau de connaissances impliquait à terme un bon niveau de compétence. Une hypothèse contre laquelle s'inscrivent en faux aujourd'hui tous les acteurs de la formation médicale continue. S'il est vrai qu'il n'y a pas de compétence sans connaissances ces dernières ne suffisent pas à créer de la compétence. Et ce serait un premier travers de la recertification que de l'oublier. Le Dr Guilbert le souligne : « *Il ne faudra pas répéter dans les procédures de recertification les erreurs qui persistent hélas dans la certification. C'est bien la compétence, et non la mémorisation des connaissances, qu'il faut mesurer.* » Les QCM elles-mêmes pourraient être engagées dans une telle démarche, selon le Dr Guilbert : non pas les QCM de niveau 1, qui ne concernent que la mémorisation des connaissances, mais bien celles de niveau 2, qui testent la capacité à interpréter des données, et 3, celle de résoudre des problèmes.

## Trois aspects de la compétence

Cependant il n'est question, avec de tels procédés, que de compétence du domaine intellectuel, comme par exemple de prescrire "de façon appropriée". Le Dr Guilbert distingue deux autres domaines de compétences, le domaine « *sensori-moteur* » —capacité de pratiquer des actes, comme une trachéotomie par exemple—, et le domaine psycho-affectif qui concerne la relation interpersonnelle.

Lorsque les contrôles canadiens s'effectuent —dans 102 cabinets et sur dossiers-patient— et que les praticiens sont sommés, sous peine de suspension, de justifier telle conduite de soins on n'en est plus, certes, à mesurer la mémorisation des connaissances. Mais on ne fait que juger l'aspect intellectuel de la compétence. Et ce serait aller vite en besogne que de penser que l'on mesure ainsi la performance dans la pratique de tous les jours.

On conçoit bien comment une évaluation et une formation en matière « *sensori-motrice* » est possible, les habitués des ateliers de gestes pratiques pensent aborder là un sol bien ferme. Mais pour ce qui concerne le psycho-affectif, « *pas facile, certes !* » confesse le Dr Guilbert, « *mais pas impossible non plus* ».

## Une irréductible réalité

Comment prendre en compte dans l'évaluation cet élément permettant au médecin de mieux gérer, au bout d'années de pratique, l'impact émotionnel qu'a sur lui la confrontation à la difficulté du patient ? Un impact qui pèse bien lourd, et en termes d'inhibition, dans les premières années de la pratique. « *Qui peut définir, s'interroge ainsi le Dr Francis Abramovici (Unaformec), la réalité d'un médecin expert dans sa pratique parce qu'ayant dix, quinze, vingt ans d'exercice ? [...] Comment faire partager, mettre en évidence cette réalité pour que le processus de recertification soit valide pour un praticien qui a 20 ans d'exercice et non pas pour un étudiant qu'on prépare à une fonction déterminée par des besoins de santé publique ?* ».

On voit bien par cette question que l'évaluation des compétences envisagée dans le domaine des relations interpersonnelles remet en cause l'ensemble du dispositif de l'évaluation des compétences : quelle garantie peut apporter une évaluation limitée aux deux premiers domaines. Il est manifeste que 1) l'aspect psycho-affectif joue un rôle très important. D'autre part, ce domaine n'est pas encore, dans l'état actuel des choses, accessible à l'évaluation. L'utilisation du « patient simulé » ou du « patient standardisé » qui a cours aux Etats-Unis et au Canada à des fins de contrôle ne peut fournir dans ce domaine qu'une évaluation dont la validité reste à améliorer.

## L'hypothèse de l'évaluation de la compétence

Dès lors, après l'hypothèse universitaire qui supposait que connaissance implique compétence, une nouvelle hypothèse est portée au jour, celle des tenants de l'évaluation des compétences. Elle consiste à prendre le pari qu'à une compétence intellectuelle et sensori-motrice évaluée avec des instruments ayant un niveau élevé de validité correspond nécessairement une performance de plus haut niveau.

La conclusion s'impose, c'est bel et bien au niveau de la performance qu'il faut tenter de faire porter l'évaluation, au niveau des pratiques effectives du médecin dans son véritable exercice observé sans artefact.

Le tout récent programme d'accréditation de l'American Medical Association prévoit d'ailleurs explicitement une « *évaluation de la performance clinique* ». « *Si vous avez un ordinateur avec un logiciel de contrôle des connaissances, cela peut leur suffire* » soutient le Dr Dennis K. Wentz, l'expert américain invité. D'où cette question : « *Comment évalue-t-on la performance clinique ?* » Réponse du Dr Wentz : « *Nous en sommes à une phase expérimentale, je vous en dirai plus en 2002.* »

### **Encore un doute**

« *Réaliser un audit, ajoute un des participants<sup>15</sup>, et dire qu'on a pu améliorer les soins apportés au malades est une chose, dire que les malades se portent mieux, c'est autre chose !* ». Autrement dit, aurait-on démontré l'excellence de la performance des médecins, il resterait à montrer que, corrélativement, les malades se portent mieux. Et ce participant de poursuivre : « *On parle de la structure, de la politique de la formation, des systèmes d'évaluation, de la qualité des médecins, mais à aucun moment on n'a prouvé que la mise en place de ces outils améliorerait réellement la qualité de vie, la morbidité et la mortalité ! Est-il licite de mettre en place tous ces outils, malgré leur coût en argent et en disponibilité en se fondant sur ce simple a priori que cela devrait améliorer la santé ?* »

---

<sup>15</sup> Propos tenu en atelier



# ACCREDITATION RECERTIFICATION GARANTIE

## ACCREDITATION

Imprononçable en Belgique, le mot « recertification » est en France à tout le moins provocateur. Mais l'enchaînement des questions posées aux experts internationaux a été ordonné avec prudence. La première question n'a pas été, comme on aurait pu s'y attendre : « *La recertification a-t-elle cours dans votre pays ?* », mais plus modestement : « *Existe-t-il chez vous une FMC ?* » La première question mentionnant le terme de « recertification » n'apparaît qu'assez tardivement, et pas en séance plénière.

Prudence en effet à un double titre : stratégique sans doute, mais sémantique surtout.

### **Faire crédit à quelqu'un n'est pas s'instituer son garant**

La certification, pour un médecin français, correspond intuitivement à l'autorisation d'exercer à la fin de ses études. Le menacer d'un processus de recertification est naturellement compris comme la volonté de lier cycliquement la reconduction de son autorisation d'exercer à des vérifications imposées par un tiers. La menace est certainement à prendre au sérieux : c'est un mouvement de fond, d'échelle historique, qui impose le terme dans les discussions, un remaniement présenté comme inéluctable dans le partage des pouvoirs. Et si beaucoup s'accordent à penser que la mutation en cours profitera à la médecine, on ne peut pas douter que la souveraineté des médecins libéraux pris individuellement s'en trouvera affectée.

Néanmoins il est remarquable que, dans l'état actuel des choses, pour aucun pays dans lequel le terme est en usage, une absence de recertification du médecin ne conduise automatiquement à une interdiction d'exercice. Les instances qui administrent la recertification sont toujours distinctes de celles qui délivrent le permis d'exercice. Dans la plupart des cas, la recertification conditionne l'appartenance à un sous-ensemble du corps médical (Collège anglo-

## ACCREDITATION

saxon par exemple), qui dispense à ses membres des avantages mais ne détient pas le pouvoir d'accorder ou non à un médecin le droit d'exercer. Partout le corps médical, et les discussions du colloque s'en font largement l'écho, met fortement l'accent sur la nécessité d'une recertification (ou d'une réaccréditation) formative et non pas sanctionnante. Au point que la différence de contenu entre « réaccréditation » et « recertification » disparaît. Comme le note le Dr Pierre Gallois (Unaformec), on est bien en peine de trouver dans les faits une différence constante : « *L'accréditation peut prendre la forme d'une certification ou d'une recertification, acte officiel dépendant d'une autorité et donnant des droits.* » Car qu'est-ce qu'être certifié si ce n'est être en possession d'un certificat ? Certifiant quoi, c'est une autre affaire. Une seule différence demeure, de charge sémantique entre les deux termes : faire crédit à quelqu'un n'est pas s'instituer son garant. Aux Etats-Unis, de nombreux médecins ne se présentaient pas à l'épreuve de recertification, car la chose était considérée à l'époque de la fin de leurs études comme essentiellement honorifique. Les organismes de santé américains font d'ailleurs grand usage de cette dénomination pour attirer vers eux les clients sur un marché des soins organisé de manière concurrentielle, tout cela bien que le taux de réussite des candidats aux épreuves de recertification soit de l'ordre de 90%, donc d'une sélectivité très faible. On conçoit qu'il puisse paraître important de rejeter précisément ces 10% d'échec du point de vue de la sécurité des patients, reste que la pertinence de l'examen de recertification n'atteint certainement pas une valeur prédictive inférieure à + ou - 10% au niveau de la performance des médecins. La garantie réellement apportée par la recertification est donc probablement assez faible dans ce cas. Si on rapproche de cela le fait que, selon l'expert américain invité, le Dr Dennis K. Wentz, la meilleure méthode d'évaluation de la performance d'un médecin reste l'enquête d'opinion auprès des pairs avec lesquels il collabore —ce qui ne teste rien d'autre que sa plus ou moins bonne intégration à un sous-ensemble du corps médical— on a quelques raisons de penser que la question de la recertification se polarise souvent beaucoup plus autour des enjeux de pouvoirs concernant la place du garant qu'autour de la sécurité des malades.

Le terme « accréditation » est utilisé aussi aux Etats-Unis mais on le réservait jusqu'à cette année aux structures ou aux actions de FMC, alors que « certification » ou « recertification » vise toujours une personne. De même en Grande-Bretagne, à cette différence près que l'accréditation anglaise concerne les établissements de soins et non la FMC. En Belgique, un médecin accrédité est un médecin valorisé par les institutions. En France, le terme « accrédité » désigne le plus souvent les structures de FMC reconnues par les instances de la FMC

obligatoire, mais parfois aussi le médecin ayant rempli ses obligations légales de FMC, à moins qu'on ne le dise recertifié, puisqu'il n'est pas censé avoir la liberté de s'y soustraire... On pourrait poursuivre, on cherchera la règle en vain.

Reste le processus qui, lui, met régulièrement en scène un certain nombre d'acteurs identifiables : il faut bien que quelqu'un, en position de garant, assure un tiers de quelque chose. Voici comment le Dr Ron Janes, expert néo-zélandais, expose la situation : « *Plusieurs points de vue peuvent être adoptés pour envisager l'accréditation ou la recertification* ». Et c'est le point de vue du garant qui va varier : « *Si nous cherchons à mettre la procédure en place pour le compte des autorités qui détiennent le pouvoir d'autoriser l'exercice de la médecine on adoptera comme son représentant le point de vue du patient pour rechercher qui est un praticien sûr. Si l'on travaille pour le compte d'un "Collège", nous aurons à définir puis à sélectionner ceux que le Collège désire comme membres, et ceux qu'il souhaite rejeter. Si enfin nous désirons travailler pour l'ensemble des médecins généralistes la question devient alors : comment aider les généralistes à s'améliorer toujours dans le processus d'apprentissage sans fin qu'est leur vie professionnelle ? Et c'est ce dernier point de vue qui a été adopté chez nous dans le programme de recertification.* »

L'option retenue en Nouvelle-Zélande consiste apparemment à tenter de mettre en œuvre un programme de recertification dont les promoteurs échappent à la position de garant. On peut se demander si ce pari est tenable, quelles que soient les bonnes intentions qui le sous-tendent.

En Nouvelle-Zélande, comme en France, la FMC est une obligation. Les autorités qui dispensent les autorisations d'exercer demandent donc au médecin de fournir une attestation d'inscription à un programme de FMC qu'elles laissent à d'autres, au Collège des généralistes par exemple, le soin de gérer. Et le Dr Ron Janes confiait, dans les ateliers, la grande perplexité des responsables de son Collège face à l'attitude d'un groupe de médecins qui, quoiqu'inscrits et dûment attestés, donc en règle vis-à-vis des autorités, boycotte systématiquement toute activité ayant trait à ce programme de FMC. « *La question de ce que nous devons faire*, disait-il, *est encore en suspens.* »

La position de l'expert néo-zélandais est, à tous les niveaux, un pragmatisme : faire ce qu'il est possible de faire, même si l'on est très éloigné d'un idéal. « *J'ai réalisé par exemple, rappelait-il, dans le cadre du programme de réaccréditation, un audit sur mes propres pratiques concernant l'hépatite B, et j'ai été amené à les modifier quelque peu. Mais il m'est impossible à l'échelle de temps où je travaille, de*

## ACCREDITATION

*mesurer une différence de mortalité ou de morbidité. Si, autre exemple, on pense à un programme de frottis, il faudra des études très lourdes pour démontrer que ce programme peut abaisser fût-ce d'une fraction la morbidité ou la mortalité. Mais si par contre, il existe des "recommandations fondées sur des preuves", je peux au moins prouver que je les suis. »* La question de l'accréditation doit être, selon lui, envisagée dans une optique du même genre : *« Lorsqu'on constate qu'un problème est abordé de diverses manières, cela signifie généralement que personne ne possède la réponse. Différents pays, différentes approches. Beaucoup semblent souhaiter une mesure de la compétence, mais pour notre part, en Nouvelle-Zélande, nous nous sommes éloignés d'une telle exigence, et avons pris le chemin du "développement professionnel" . Pas seulement parce qu'il n'y a pas d'outils valides pour mesurer la compétence, mais parce que nous ne voulions pas être des policiers, et que nous voulions faire quelque chose que nous pouvions faire, et que nos confrères puissent accepter. »*

Entre le peu de pertinence d'une évaluation standardisée des connaissances, et la problématique garantie de la compétence des médecins, une conception plus ambitieuse de la recertification risque d'être bien difficile à mettre en place sur une base suffisamment consensuelle de la part des médecins. D'autant plus que, comme le rappelait le Dr Jean-Jacques Guilbert, *« c'est pour nous un devoir déontologique de protéger les patients contre des comportements médicaux de qualité insuffisante. »*



# La recertification comme enjeu dans des rapports de force

RAPPORT DES FORCES

Un programme de recertification ne se bâtit pas comme une utopie. Il se construit dans un contexte historico-politique déterminé, au milieu d'un champ de forces en exercice. Les systèmes de recertification ne sont jamais en réalité le produit d'une volonté situable : ils sont la résultante de rapports de force. C'est pourquoi ils sont en perpétuelle évolution, selon l'équilibre mouvant de ces rapports. C'est pourquoi aussi il serait bien surprenant que quiconque y trouve pleinement son compte dans la durée. En dehors des prestataires du système bien sûr, qui sont les seuls à en vivre, mais à qui il n'est pas destiné. C'est certainement sous cette rubrique qu'il faut ranger les craintes du Professeur Glorion concernant la possible enflure bureaucratique d'un dispositif de recertification.

La vision de la médecine n'est plus celle d'un art exercé libéralement par des personnes autonomes liées par d'indissolubles liens de confraternité coiffés par un Ordre tout-puissant. Sous la pression, entre autres, de la socialisation de l'Assurance maladie et de la montée en puissance de la bio-politique (épidémiologie - santé publique) la médecine est envisagée aujourd'hui à l'intérieur d'un système de santé. Et il a bien fallu que le corps médical, bon gré mal gré, en vienne à partager cette vision.

Dans ce contexte, l'ensemble FMC-accréditation-recertification n'est rien d'autre qu'un sous-système à l'intérieur du système de santé. Mais ce système n'a pas de nature en soi : c'est le point de vue sur le système qui en détermine la nature.

Du point de vue de l'agent payeur, l'ensemble du système, et par conséquent le sous-système FMC-recertification sera envisagé dans une problématique comptable. D'où l'étonnement de l'expert néerlandais lorsque la question s'est vue abordée sous cet angle : *« Je ne peux voir, dans la description que vous en donnez, comment les activités autour de la recertification pourraient influencer sur les coûts. »* C'est que, lorsqu'on élabore un projet de recertification du point de vue de la profession, il peut paraître judicieux de donner des gages à l'agent payeur, de lui montrer par où il est gagnant dans l'affaire.

## RAPPORT DES FORCES

« *Nous avons fait ce que nous avons pu pour parer à cette menace de "fidélisation" », disait l'un des experts belges. Il s'agissait pour l'agent payeur d'obtenir que les assurés sociaux soit inscrits chez un généraliste et un seul. « Le propos de la fidélisation, poursuivait l'expert, était de diminuer les coûts et d'éliminer les prescripteurs incompetents. Nous avons eu beaucoup de chance dans notre malchance, puisque nous sommes parvenus à nous en tirer avec les choses qui nous étaient imposées : nous les avons retournées pour les utiliser convenablement. » Reste pour lui, dans une position devenue celle d'un intermédiaire, à convaincre les médecins de son groupe du bien-fondé du système qu'il a lutté pour mettre en place : « Si, dans mon dodécagroupe, où nous avons des activités d'évaluation, j'arrive à donner aux médecins un goût pour ces activités, si j'arrive à ce qu'ils se disent que grâce à l'évaluation, on pointe toute une série de difficultés susceptibles de faire l'objet d'une formation et que c'est un volet qui appartient de plein droit à la FMC, alors, j'estime que j'ai gagné mon année. » Ce qui n'empêche pas d'éprouver quelques craintes sur le devenir normatif du système : « Le rôle du Comité national d'évaluation et d'accréditation est de travailler à partir des matériaux réunis par les comités de lecture des rapports des groupes locaux d'évaluation médicale. Il pointe les manques et donne des directives qui vont peut-être devenir plus contraignantes avec les années. »*

« *Retourner les choses qui nous étaient imposées* », c'était, dans l'exemple belge, passer du point de vue comptable de l'agent payeur sur le système de santé à un point de vue de santé publique. On connaît bien en France cette problématique : les nombreuses passes d'arme autour de la maîtrise comptable ou de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé sont présentes à la mémoire de chacun.

C'est aussi une position d'intermédiaire que le Docteur Ron Janes se trouve contraint d'habiter. Avec le Collège des médecins généralistes de Nouvelle Zélande auquel il appartient, il a jugé qu'il était de bonne politique de mettre en place un programme d'accréditation avant que les pouvoirs publics n'imposent quoi que ce soit, comme ils menaçaient de le faire. A la question : « Que fait le Collège pour que les médecins s'évaluent mieux ? », la réponse est nette : « *Rien. Nous essayons déjà de vaincre les résistances à l'audit annuel. Il faut éviter de faire peur, de mettre les médecins sous stress.* »

Un autre point de vue encore sur le système de santé est celui de l'assuré. Voici à ce sujet les propos de Gérard Viens, invité au colloque en tant que directeur de l'école Essec-Santé et professeur d'économie :

## RAPPORT DES FORCES

*« Il y a un élément à prendre en compte dans le débat, c'est l'énorme succès du numéro de la revue Science et Avenir consacré à l'évaluation d'un certain nombre d'établissements de santé. Ce succès a montré une fois de plus l'immense appétence de la population à pouvoir identifier les "bons" professionnels et les "bons" établissements ? »*

Et, bien entendu, la demande supposée de la population joue d'un poids d'autant plus lourd et d'autant plus flou qu'elle est manipulable et que la plupart des acteurs du système de santé sont tentés à tout moment de l'instrumenter à leurs fins propres. Dans ce qui se profile comme un bien inquiétant combat, pour ne pas dire une foire d'empoigne, quelque chose au moins comme une régulation pourrait paraître nécessaire : *« Les caisses ont leur mot à dire, concédait le Docteur Philippe Bonet, président de l'Unaformec, concernant la recertification, elles ont un rôle à jouer dans l'assurance de la compétence des médecins, mais au même titre que d'autres instances représentatives soit de la profession, soit de la société française. »*

De son côté Gérard Viens poursuivait : *« Autre élément d'actualité, depuis le mois d'octobre et pour la première fois en France, ont eu lieu les premières accréditations d'établissements de santé par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé. On ne s'intéresse pour l'instant qu'à évaluer les structures, mais au bout d'un certain temps, la population va dire que la qualité des structures a quelque chose à voir avec les personnes qui y travaillent, et on peut imaginer que l'on va se diriger vers l'évaluation des professionnels. Tout naturellement, au début, et on l'a vu au Canada, aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, on s'intéresse aux conditions nécessaires pour penser a priori qu'il y aura une bonne prise en charge des patients —organisation de la distribution des soins, procédures, protocoles— plutôt que de s'orienter tout de suite vers une attestation des compétences réelles qui suppose une mesure des résultats, chose très difficile à appréhender dans notre secteur. »* Après quoi, tout aussi « naturellement », sous la pression de l'assureur ou de l'assuré, on en vient à l'accréditation des personnes. Et comme ce domaine d'évaluation, Gérard Viens y insiste, est hautement problématique, tous les labels d'assurance-compétence que l'on met en place sont contestables, donc contestés. Les effets indésirables de cette logique sont particulièrement patents aux Etats-Unis où les consommateurs et leurs associations se sont emparés, comme il est juste, de la certification des *boards* de spécialistes. Les effets de concurrence donnent lieu à une multiplication des systèmes et des instances accréditantes, ainsi qu'à un développement considérable de programmes de FMC destinés à préparer les médecins aux épreuves de certification, la question de la pertinence de la formation quant à la pratique passant largement au second plan.



# **RECERTIFICATION DES MEDECINS EN EXERCICE**

## **III OUTILS**

Nous présentons dans cette partie avec quelques détails, d'une part un outil d'auto-évaluation, les Bilans professionnels personnalisés (BPP), conçu par l'Unaformec, et d'autre part, un outil d'aide à l'évaluation : il s'agit d'un questionnaire destiné à aider le médecin dans la rédaction de son rapport professionnel ; il émane du Collège des médecins généralistes de Nouvelle-Zélande.



## LES BILANS

# PROFESSIONNELS PERSONNALISES (BPP)<sup>16</sup>

LES BPP

### UN PEU D'HISTOIRE

Depuis la signature de la première convention l'Unaformec a organisé un nombre considérable d'heures de formation : entre un et deux millions d'heures-médecin par an auxquelles s'ajoutent dix-sept à vingt mille heures-médecin annuelles de formation conventionnelle —financée par des fonds publics— au niveau national, et à peu près autant, toujours en formation conventionnelle, au niveau des 22 régions françaises.

Les responsables de l'Unaformec ont alors constaté, sur une durée de quatre à cinq ans, qu'un certain nombre de médecins revenaient régulièrement quels que soient les sujets. Après enquête auprès des participants à ces formations, on s'est aperçu qu'il s'agissait de formations qualifiées d'« opportunistes », plus que de formations utiles dans le cadre du travail professionnel.

Autre constatation : les analyses de la loi Soisson sur les bilans de compétence et la formation professionnelle faisaient apparaître que dans la très grande majorité des cas, les bilans de compétence destinés aux employés des entreprises n'étaient pas suivis d'une formation. Au contraire la profession médicale assurait un grand nombre d'heures de formation qui n'étaient précédées d'aucun bilan.

---

<sup>16</sup> A partir de la communication des Ds Pierre Colombier, Jean-Jacques Crappier, Roger Picot. Pierre Colombier est médecin généraliste dans la région du Beaujolais. Il est trésorier de l'Unaformec. Roger Picot est médecin généraliste à Toulouse. Il est le concepteur de la valise « Qui suis-je ? ». Jean-Jacques Crappier est médecin généraliste au Mans.

Donc, double questionnement : d'un côté des bilans de compétence, prévus par la loi, suivis d'aucune formation ; de l'autre, une formation quantitativement importante, et pas de bilan préalable.

Dès 1995 l'Unaformec a la certitude qu'il faut créer des instruments identiques à ceux qui pourraient être utilisés dans la recertification, que ces instruments devraient être hautement personnalisés, et que cette évaluation devait être formative.

Pendant trois ans, 150 à 200 médecins de l'Unaformec travaillent alors à la mise en place d'un tel outil. Ce fut un long voyage commencé au Canada où le projet s'est du reste vu complètement remanié. C'est d'ailleurs le thème du voyage que les concepteurs ont retenu pour ce projet pédagogique : « Nous tenions à garder l'idée d'un voyage, voyage du médecin dans son activité professionnelle ». Les modules pédagogiques s'appellent ainsi « valises ».

### PRESENTATION

Les concepteurs posent dès le départ que les BPP n'étaient pas une finalité, mais un outil pour que la formation, qui était en passe de devenir obligatoire, avec les lois Juppé de 1996, « *soit administrée de manière intelligente* ». Le principe était de permettre au médecin d'optimiser sa formation professionnelle, c'est-à-dire « *de la rendre utile dans son exercice professionnel* ».

Les valises, au nombre de trois, sont intitulées « Que fais-je ? », « Que suis-je ? », « Que sais-je ? ».

1) « Que fais-je ? »

Il s'agit là d'un outil de détection des besoins de formation ressentis par le médecin au cours de son activité quotidienne. C'est un journal de bord composé d'un carnet intégrant un « bipeur » signalant au médecin plusieurs fois par jour qu'il doit faire état de son activité en cours. Cet outil permet de faire cent observations sur une semaine à dix jours d'activité. Les pages du carnet comportent toutes les mêmes items : sur le recto le praticien a la possibilité de signaler son type d'activité au moment où le bipeur l'alerte : est-il en activité de soins ou bien en activité professionnelle hors soins (activité de gestion) ou encore engagé dans une activité concernant la vie professionnelle —formation, syndicalisme, etc.

Le praticien a la possibilité d'indiquer sur cette page le niveau de problème auquel il fait face au moment où le bipeur l'alerte : trois figurines lui permettent d'exprimer s'il se sent bien ou pas, s'il sait bien faire face à la situation —avec une confusion volontaire entre le savoir répondre et le ressenti. Si au moment où intervient le bipeur le médecin est en activité de soins, il peut, sur le verso, préciser cette activité. La page est bicolore : sur la partie du haut, qui est le domaine du savoir, les activités purement liées au domaine professionnel ; sur celle du bas, les activités elles-mêmes : est-il en train d'écouter, de rédiger une prescription, etc. Il a là aussi la possibilité d'indiquer si l'activité du moment lui pose un problème ou pas.

Une fois ce carnet d'activité rempli, le médecin dispose dans le BPP d'un fascicule qui lui permet de réaliser un *debriefing*. Il a rempli un premier questionnaire portant sur la représentation qu'il a de son activité. Il dispose d'un deuxième questionnaire comparable qui permet de définir l'image observée en une centaine de points. Il compare alors sa réalité objectivée avec celle qu'il supposait. Il pourra alors établir la différence entre ce qu'il pensait faire et ce qu'il fait réellement. Et il peut également faire la somme des difficultés rencontrées. Il a fait ainsi un premier pas vers la mise en évidence de ses besoins de formation.

## 2) “ Qui suis-je ? ”.

Cette valise « *fait peur à un certain nombre de médecins* ». En effet la question posée est la suivante : s'agit-il de savoir qui l'on est pour se changer et acquérir un profil qui serait un profil idéal, ou bien s'agit-il de savoir qui l'on est simplement pour le savoir, et utiliser dans sa pratique professionnelle ses capacités telles qu'elles sont. Cette valise a été conçue dans ce dernier sens : essayer de savoir comment le praticien fonctionne en tant que personne dans la relation à l'autre et à lui-même, de manière à pouvoir utiliser ces données dans sa pratique.

Pour dessiner ce profil personnel il a été fait appel à des outils simples, à savoir des tests psycho-comportementaux déjà existants et validés dans le monde de l'entreprise. Ces tests définissent une typologie des personnalités. A chaque test est couplé un commentaire explicatif, afin que le praticien puisse se définir et se situer dans une série de types. Cette valise n'est pas couplée avec une formation. Même si l'on peut, dans les commentaires, conseiller une formation qui permette un développement personnel, « *il n'est pas question de s'engager dans une démarche de formation visant obligatoirement un changement des comportements* ».

3) « Que sais-je ? »

Cette valise est celle « *qui peut paraître la plus proche de notre conception de l'évaluation* ». Il s'agit de sortir du monde des QCM de la formation initiale, pour orienter plutôt sur des comportements —qui néanmoins sont chaque fois validés. C'est donc une auto-évaluation des connaissances thème par thème. Le plus important a été d'identifier les thèmes.

Quatre axes ont été établis au départ :

- les motifs de recours aux soins identifiés comme étant les plus importants par le Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES). Vingt-cinq ont été traités jusqu'à présent, certains sont encore en construction : cinquante-six sont prévus pour la fin de l'année 1999. « *Mais par définition cette valise est destinée à n'être jamais finie* » ;
- les thèmes de santé publique reconnus comme prioritaires par le Conseil national de FMC ;
- les thèmes jugés prioritaires par l'Unaformec et qui sont orientés sur la décision médicale, l'analyse critique de l'information médicale, la relation, les sujets « *border-line* » encore peu traités en France, comme les maltraitances envers les enfants ;
- enfin, dernier axe, ajouté récemment, réseaux et filières de soins.

L'important se situe au niveau des questions. Celles-ci ne sont pas orientées pour répondre d'une connaissance, mais de son utilisation.

Ces questions ont été élaborés dans le cadre de pentagroupes. Ces groupes, de quatre à dix personnes, sont toujours multidisciplinaires : ainsi, celui constitué récemment par l'Unaformec sur l'asthme comprend des médecins généralistes, des allergologues, des pneumologues, et des pédiatres. « *Nous recueillons, indiquent les responsables de l'Unaformec, aussi des éléments auprès de personnes pouvant avoir des relations avec le thème traité, universitaires, ou éventuellement pour certains thèmes associations de malades.* » Sur les questions recueillies une vingtaine sont sélectionnées, permettant de faire le tour du thème.

Est ensuite abordée la réponse à la question, toujours en termes d'utilité de la connaissance, et en s'appuyant sur la qualité de la réponse apportée par rapport à la qualité de la preuve scientifique.

De cette auto-évaluation réalisée par le médecin, il faut ensuite dégager les moyens pour lui de se former. L'Unaformec met actuellement en place des manuels d'auto-formation avec un dossier documentaire, des possibilités d'EAO et, d'ici peu, une formation en ligne.

Chaque feuille a demandé de 250 à 300 heures de travail-médecin pour les plus simples —celle consacrée à l'hypercholestérolémie a demandé le double, si l'on inclut la recherche et la documentation bibliographique.

## **ROLE ET USAGE DES BPP :**

### **LES PLANS DE FORMATION PERSONNALISES**

Ces trois valises constituent pour le médecin une évaluation formative : 1) sur la connaissance de sa pratique et sur la manière dont il la répartit ; 2) sur la connaissance de lui-même et de l'usage qu'il en fait ; 3) sur les connaissances médicales et scientifiques qu'il a et l'usage là encore qu'il en fait —puisque la valise « Que sais-je » est construite à partir de problèmes de pratique.

L'objectif est ici que la formation du médecin s'accolle d'une part à son exercice, d'autre part aux besoins de la population. Ce qui permettrait d'atteindre à une formation personnalisée, et finalisée a priori : le médecin construira un plan de formation où il cherchera à organiser celle-ci de manière à répondre à ses lacunes. Se pose alors la question de la FMC qui va pouvoir ensuite s'organiser. *« Jusqu'à présent, soulignent les responsables de l'Unaformec, la FMC a fonctionné sur un mode opportuniste, ou bien encore sur les désirs. Or, comme on le sait, on tend à se former dans les domaines où l'on est déjà bon, où l'on a acquis une compétence, parce que c'est un domaine où l'on se plaît. Il faut donc orienter le médecin pour qu'il bâtisse lui-même un plan de formation mieux adapté à sa pratique réelle, ou à celle qu'il souhaiterait avoir. »* Pour cela, il faut être deux : le médecin qui va se former, et le conseiller régional en formation, nommé, à partir du canadien, « facilitateur », qui va l'aider à construire son plan de formation. Dans chaque région de France, il existe maintenant des facilitateurs formés à la méthodologie du BPP,

ainsi qu'à la relation avec le futur formé, dans l'objectif d'établir son plan.

*« C'est donc là un processus individuel, adapté à chacun, et qui nécessite une logistique d'organisation, et notamment la mise en route d'un plan de formation pertinent par rapport à la pratique et par rapport aux besoins exprimés par l'individu. »*

## **PERSPECTIVES D'AVENIR**

Les BPP et les plans de formation ne rentrent pas dans les termes de la recertification au sens où nous en avons parlé ici, avec toutes les connotations qu'on peut donner à ce terme, puisque cette démarche est fondée sur le volontariat.

Les BPP et plans de formation quittent aujourd'hui la phase d'expérimentation et d'évaluation. L'Unaformec se prépare à une diffusion à plus grande échelle, après avoir intégré les résultats d'une évaluation déjà réalisée de cet outil.

L'Unaformec souhaite que ce bilan puisse s'inclure dans la démarche que *« les médecins vont devoir faire pour travailler au sein d'une nouvelle organisation du système de santé telle que nous la voyons se profiler actuellement. Et c'est l'objet de la réflexion autour de laquelle nous sommes ici réunis que de voir comment les BPP pourront s'intégrer au processus de recertification. »*



# LE RAPPORT PROFESSIONNEL EN NOUVELLE-ZELANDE

LE RAPPORT PROFESSIONNEL  
EN NOUVELLE-ZELANDE

*Questionnaire envoyé par le Collège des médecins généralistes de Nouvelle-Zélande aux médecins qui suivent son programme de réaccréditation.*

Ce questionnaire est destiné à aider les médecins à rédiger le rapport professionnel qu'il doivent remettre obligatoirement dans le cadre du programme de réaccréditation. On remarquera que le dépouillement de ces questionnaires peut également fournir au Collège des indications précieuses sur les conditions de la pratique de la médecine générale. Cependant, dans le programme néo-zélandais, c'est l'audit qui constitue à proprement parler l'outil d'auto-évaluation, et non pas le rapport professionnel.

Le questionnaire comprend six rubriques différentes :

## **1) Population**

Description et perception de la population que vous soignez :

- avez-vous un registre par sexe et âge ? (si c'est le cas, joindre la répartition par sexe et âge de votre clientèle ; si ce n'est pas le cas, quand avez-vous l'intention d'établir un tel registre ?);
- la population que vous soignez diffère-t-elle en quelque façon de l'ensemble de la communauté ? ;
- faites-vous usage d'un système de rappel des patients ? (si c'est le cas, donnez la liste des conditions qui détermine un rappel, et expliquez le fonctionnement de votre système) ;
- avez-vous fait un audit pour l'évaluer ? (si oui, donnez les résultats) ;
- dispensez-vous à vos patients des services particuliers ?

## **2) Soutien professionnel**

Identifiez vos soutiens professionnels (par exemple groupe de pairs, groupe par téléphone) :

- éprouvez-vous des difficultés à obtenir un soutien ?
- aimeriez-vous être aidé davantage ?

## **3) Besoins personnels en matière de santé et d'épanouissement**

Identifiez vos besoins personnels (si vous ne souhaitez pas commenter, veuillez au moins y réfléchir) :

- quelles dispositions prenez-vous pour vous et votre famille concernant la santé ?
- consultez-vous votre généraliste ?
- comment maîtrisez-vous le stress ?
- avez-vous vécu ou vous préparez-vous à vivre des événements importants de nature à perturber votre capacité à faire face à tous vos engagements cette année ? (par ex. déménagement vers une autre ville, naissance de jumeaux).

## **4) Besoins éducatifs**

Dressez la liste de vos activités de FMC de l'année dernière. Dressez la liste des domaines dans lesquels vous avez besoin ou dans lesquels vous souhaitez apprendre davantage :

- avez-vous appris quelque chose de ces activités ?
- si oui, quoi ?

## 5) Développement du cabinet médical

Décrivez votre cabinet (par ex. nombre de médecins et autre personnel, relations à l'intérieur du groupe) :

- êtes-vous en réseau avec d'autres professionnels de santé ? (par ex. sage-femme, infirmière, phytothérapeute) Explicitez vos relations à l'intérieur de ces groupes ;
- votre cabinet est-il pourvu d'un planning organisationnel ? (si c'est le cas, décrivez ses modes d'élaboration) ;
- avez-vous des projets de développement pour cette année ? (si oui, faites-en la liste) ;
- quelles dispositions prenez-vous pour l'éducation et l'évaluation du personnel ?
- avez-vous des projets d'audit sur un secteur ? (si oui, lequel ?).

## 6) Objectifs

Ils doivent être possibles à atteindre, compréhensibles et spécifiques. Vous aurez peut-être à les classer entre court, moyen et long terme (incluez les objectifs intermédiaires).

