



Conférence ministérielle européenne
de l'OMS sur les systèmes de santé :
«**SYSTÈMES DE SANTÉ,
SANTÉ ET PROSPÉRITÉ**»
Tallinn (Estonie), 25-27 juin 2008

ANALYSE DES SYSTÈMES ET DES POLITIQUES DE SANTÉ

SYNTHÈSE

Est-ce qu'un apprentissage permanent et la revalidation des compétences garantissent la capacité d'exercer des médecins ?

Sherry Merkur, Philipa Mladovsky,
Elias Mossialos et Martin McKee



Mots Clés:

PHYSICIANS

EDUCATION, MEDICAL,
CONTINUING

CLINICAL COMPETENCE -
standards

CERTIFICATION

DELIVERY OF HEALTH CARE

QUALITY OF CARE

HEALTH POLICY

EUROPE

La présente synthèse, rédigée pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé qui aura lieu à Tallinn (Estonie) du 25 au 27 juin 2008, est l'une des premières d'une nouvelle série qui sera destinée à répondre aux besoins des décideurs politiques et des administrateurs de systèmes de santé.

L'objectif est de rédiger des messages clés grâce auxquels les politiques pourront être élaborées en connaissance de cause. Les éditeurs continueront à étoffer la série en travaillant avec les auteurs pour que les options stratégiques et les problématiques de mise en œuvre bénéficient d'un examen plus attentif.

© Organisation mondiale de la santé, 2008 et Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Table des matières

	Page
Messages clés	
Résumé	
Synthèse	
Position du problème : apprentissage permanent et revalidation des médecins	1
L'apprentissage permanent dans la pratique	4
Stratégies potentielles pour promouvoir l'apprentissage continu	16
Conclusions et considérations relatives à la mise en œuvre des politiques	19
Références	22

Auteurs

Sherry Merkur, LSE Health, Département de politiques sociales, London School of Economics and Political Science, Royaume-Uni et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Philipa Mladovsky, LSE Health, Département de politiques sociales, London School of Economics and Political Science, Royaume-Uni et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Elias Mossialos, LSE Health, Département de politiques sociales, London School of Economics and Political Science, Royaume-Uni et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Martin McKee, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Publié par

le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Rédacteur

Govin Permanand

Rédacteurs adjoints

Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Assistants de rédaction

Kate Willows
Jonathan North

Les auteurs et éditeurs remercient les réviseurs qui ont émis des commentaires sur la présente publication et apporté leur expertise.

ISSN 1998-4065

Messages clés

Enjeu et contexte des politiques

- Dans certains pays, les médecins sont soumis à une pression croissante pour qu'ils adhèrent aux normes acceptables en matière de pratique médicale. Ces exigences sont en partie motivées par la crainte que les connaissances acquises durant leur formation de base risquent de ne plus être à jour. Il s'agit aussi d'un moyen de plus en plus utilisé pour responsabiliser les médecins.
- Les médecins peuvent être encouragés à suivre une formation permanente afin de mettre à jour leurs connaissances et compétences. Celle-ci peut impliquer évaluation de la pratique médicale, définition des objectifs de l'apprentissage, acquisition des compétences et du savoir, et mise en œuvre d'une évaluation.
- L'analyse de la situation rencontrée dans plusieurs pays d'Europe, en Australie, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande révèle une diversité des démarches utilisées pour garantir la compétence professionnelle des médecins. Ces processus peuvent aboutir à une recertification ou à un renouvellement des autorisations et des agréments.
- Le terme « revalidation » est assez général et englobe toutes les méthodes utilisées pour préserver les compétences du médecin. Dans son expression la plus simple, la revalidation garantit l'aptitude à exercer et, dans ses formes les plus complexes, elle peut aussi porter sur les interventions visant à sanctionner les médecins ne répondant pas à ces critères. Dès lors, il peut aussi s'agir d'un moyen d'améliorer leur performance.

Mesures à prendre

- Une formation médicale et un développement professionnel continu sont les méthodes les plus communément utilisées, et peuvent s'avérer efficaces dans l'amélioration des pratiques cliniques et des bilans sanitaires. Néanmoins, elles ne permettent pas de recenser les médecins présentant des lacunes au niveau de leurs performances.
- La recertification peut constituer un moyen de recenser les médecins peu performants. Il a été prouvé aux États-Unis que l'on pouvait ainsi améliorer les bilans cliniques et la qualité des soins.
- L'évaluation continue de la performance de tous les médecins et dans tous les domaines de compétence reste irréalisable. Les données factuelles relatives aux différents outils et méthodes employés pour évaluer les médecins n'ont généralement abouti à aucune conclusion, notamment en

ce qui concerne les résultats pour les patients. Les données relatives au rapport coût-efficacité sont aussi largement absentes.

- Lorsque le processus de revalidation est entrepris par les pouvoirs publics, il peut s'agir d'un mécanisme de surveillance de la qualité et de la responsabilité des services. Dans le cadre de l'autoréglementation et de la coréglementation (entre les fédérations professionnelles et les organismes de droit public), il porte sur une reformulation de l'autonomie professionnelle.

Considérations concernant la mise en œuvre des mesures

- La meilleure solution pour chaque pays est probablement la mise en œuvre d'un ensemble varié et équilibré d'incitants et de sanctions. À l'heure actuelle, la sanction la plus sévère est l'annulation de l'autorisation d'exercer.
 - La mise en œuvre et l'évaluation de la revalidation nécessitent des systèmes d'information sophistiqués.
 - Un grand nombre de pays peinent à mobiliser les ressources nécessaires même pour appliquer les politiques les plus élémentaires sur la performance des médecins. Lorsque l'industrie pharmaceutique constitue l'une des principales sources de financement de la revalidation, les pouvoirs publics devraient envisager la création d'un organe de réglementation indépendant afin d'en définir la procédure.
-

Résumé

Dans certains pays, il est de plus en plus exigé que les médecins prouvent leur adhésion aux normes acceptables en matière de pratique médicale. Ces exigences sont en partie motivées par la crainte que les connaissances acquises durant leur formation de base risquent de ne plus être à jour. Elles se concrétisent de manière diverse, allant de simples demandes de participation du médecin à un programme de formation et de développement professionnel continu (donnant parfois lieu à plusieurs types de sanctions), jusqu'à l'obligation de démontrer que leurs compétences sont actuelles et mises à jour pour pouvoir continuer à exercer. Les propositions de mise en place d'un système de revalidation au Royaume-Uni constituent un exemple illustrant cette dernière démarche.

La formation permanente est un processus qui implique évaluation des capacités d'exercer, définition des objectifs de l'apprentissage, acquisition des compétences et du savoir, et mise en œuvre d'une évaluation. L'actualisation des connaissances par la formation médicale et le développement professionnel continu, suivie par un sondage des connaissances ainsi acquises par le biais de divers mécanismes d'évaluation, en sont les deux principales composantes. Si la formation médicale et le développement professionnel continu peuvent améliorer le savoir, les attitudes et les compétences des médecins, la qualité peut aussi varier. L'audit et l'information en retour peuvent avoir des effets bénéfiques sur la pratique professionnelle dans un cadre de collaboration. La recertification peut être effectuée lorsque les composantes requises ont été menées à bien, les quelques médecins particulièrement peu performants pouvant ainsi être recensés (expérience limitée aux États-Unis). Le terme « revalidation » est assez général et englobe toutes les méthodes utilisées pour garantir la compétence des médecins.

Les différents pays doivent aussi décider quel organe doit se charger de la réglementation de la pratique médicale, et baser cette décision sur leurs propres contextes et conditions. Il est généralement convenu que l'autoréglementation est plus facilement acceptable que celle exercée par les pouvoirs publics, car elle incite moins les comportements opportunistes et la non-conformité. En effet, et selon certains observateurs, une réglementation trop zélée peut en fait diminuer plutôt qu'accroître la confiance portée aux professionnels de santé et aux services publics. Telle est sans doute la raison pour laquelle actuellement, l'on explore de plus en plus les possibilités de coréglementation ou de réglementation en partenariat entre les fédérations professionnelles et les organismes de droit public ou payeurs.

En ce qui concerne la mise en œuvre des politiques, les exigences posées aux médecins ainsi que les probabilités d'application du processus de revalidation et les méthodes employées varient de manière significative. Ces différences

s'expliquent par la diversité des cultures et traditions, telles que les notions de profession libérale, les normes relatives au rôle de l'État, le niveau de décentralisation aux institutions régionales ainsi que le rôle des organismes payeurs tels que les caisses d'assurance sociale. Néanmoins, on s'accorde généralement à dire que la revalidation doit être transparente et non punitive. Les efforts déployés à cet égard doivent se concentrer sur le développement professionnel et identifier les quelques médecins qui, de par leur manque de compétences, peuvent représenter un risque. Si l'on ne peut préciser la méthode la plus efficace pour évaluer les professionnels de santé, la meilleure solution pour chaque pays est probablement la mise en œuvre d'un ensemble varié et équilibré d'incitants et de sanctions, la plus sévère étant d'ailleurs l'annulation de l'autorisation d'exercer. Le retrait de la certification constitue une sanction moins grave, comme aux États-Unis où, pour pratiquer la médecine, l'obtention de ce type d'autorisation ne constitue pas une obligation légale. Dans ce pays, le système de recertification a été mis en place seulement après une expertise progressive des méthodes d'évaluation, ce qui laisse supposer que les pays envisageant son application devraient procéder pas à pas.

L'application de cette méthode se heurte à un problème important, à savoir la disponibilité de l'information. En effet, des systèmes d'information doivent être mis en place afin d'évaluer l'impact de la revalidation. Les pays disposant de systèmes sophistiqués d'informatique de la santé et d'établissement de dossiers médicaux électroniques pourront plus facilement mettre en œuvre la revalidation.

Les décideurs doivent examiner les moyens de financer l'apprentissage permanent. Dans ce cas, il importe de séparer formation et réglementation. En effet, si le financement de la réglementation est assuré par les pouvoirs publics ou les professionnels de santé (souvent par le biais de fédérations professionnelles), celui des activités de formation peut aussi provenir d'autres sources, le plus souvent du secteur pharmaceutique. Comme les programmes de développement professionnel continu peuvent dès lors être influencés par le secteur privé, les pouvoirs publics devraient envisager la nomination d'un organe de réglementation indépendant afin que ces programmes répondent aux besoins des systèmes de santé.

Synthèse

Position du problème : apprentissage permanent et revalidation des médecins

Il est de plus en plus admis que l'obtention d'un diplôme universitaire en médecine n'est que la première étape d'un long processus de formation permanente. Bon nombre de pays appliquent actuellement des mesures en vue de soutenir, d'encourager et, dans certains cas, d'exiger une mise à jour continue du savoir et des compétences.

Stratégies pour la formation permanente

Dans sa forme la plus élémentaire, l'apprentissage permanent sous-entend la participation à une formation continue, conçue de manière à mettre les médecins au courant des toutes dernières nouveautés cliniques et connaissances dans le domaine médical. Le développement professionnel continu, au sens large, englobe formation médicale permanente avec accroissement des compétences professionnelles, sociales et en matière de gestion. D'autres outils tels que l'examen par les pairs, l'évaluation externe et l'inspection professionnelle sont appliqués lorsque les conditions sont plus sévères et exigeantes. Ces processus peuvent aboutir à l'octroi de nouvelles autorisations ou nouveaux agréments ou à la recertification, bien que cela soit rarement le cas.

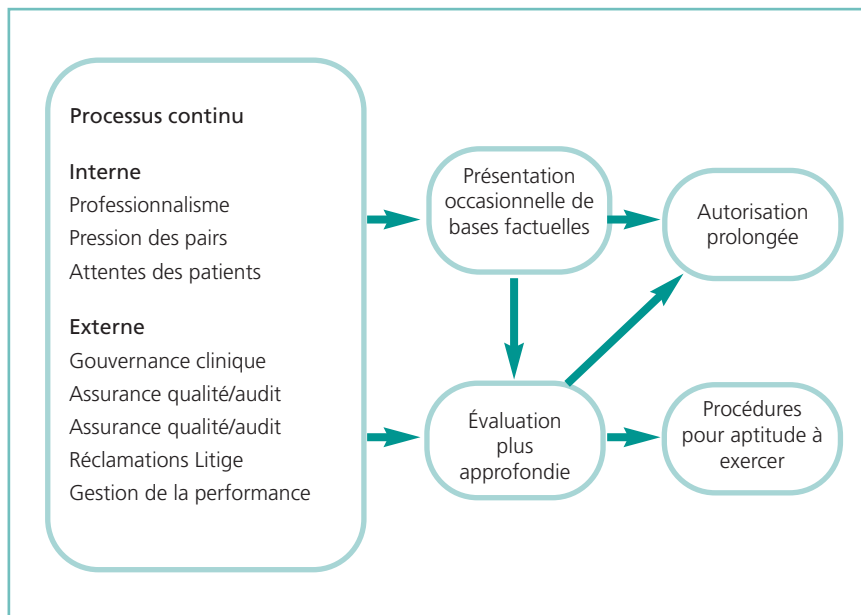
En effet, peu de pays exigent que leurs médecins démontrent clairement qu'ils sont encore capables d'exercer. Le terme « revalidation » a été inventé par le Conseil médical général au Royaume-Uni pour définir le moyen « d'évaluer l'aptitude d'un médecin à exercer » (1). Bien que cette définition fasse principalement référence à une évaluation, il est admis que le processus doit avoir une vocation pédagogique, encourageant le développement professionnel et l'identification des médecins inaptes à exercer. La revalidation est donc une composante d'un système plus complexe qui vise les trois objectifs suivants :

- garantir un système de responsabilisation professionnelle ;
- s'assurer que les normes élémentaires des soins de santé restent acceptables ;
- promouvoir l'amélioration continue de la qualité des soins (2,3).

La figure 1 en constitue une illustration.

La présente synthèse examine les nouvelles stratégies adoptées pour « revalider » les médecins d'Europe. Après avoir analysé les facteurs contextuels influençant le choix des stratégies et démarches utilisées, ce document étudie la manière dont les pays européens ont élaboré et mis en œuvre les politiques en la

Figure 1. Système complet d'assurance qualité continue et épisodique



Source : Pringle (1).

matière, en mettant en lumière les principaux défis ainsi posés. Des exemples d'autres pays tels que l'Australie, les États-Unis et la Nouvelle-Zélande sont aussi mentionnés. Les informations factuelles sur les différentes stratégies adoptées sont ensuite examinées. Enfin, plusieurs méthodes de mise en œuvre sont abordées.

Cette synthèse est non seulement basée sur une étude approfondie de la littérature disponible à ce sujet, mais aussi sur les données suivantes :

- un questionnaire portant sur la structure, le processus et la réglementation de la formation permanente (pays répondants : Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, France, Pays-Bas et Royaume-Uni) ;
- informations fournies par l'Union européenne (UE) des médecins spécialistes, le Conseil européen d'accréditation de la formation médicale continue et l'Académie européenne des enseignants de médecine générale, ainsi que des ressources en ligne, dont les profils nationaux sur les systèmes de santé en transition publiés par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

Contexte des politiques

Le projet ExPeRT (techniques d'évaluation externe par des pairs), financé par la Commission européenne pour une période de trois ans à dater d'août 1996, a permis de définir quatre grands modèles d'évaluation externe par les pairs visant à sonder la qualité de la gestion et de la prestation des services : l'accréditation des soins de santé ; les normes 9 000 de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) (normes d'accréditation tout d'abord conçues pour le secteur privé, mais appliquée depuis aux soins de santé en radiologie, aux systèmes de laboratoires et de qualité dans les unités cliniques) ; le modèle d'excellence de la Fondation européenne pour le management par la qualité (cadre d'autoévaluation pour la mise en œuvre d'un examen par les pairs en vue d'atteindre les normes de qualité) ; et la visitatie, un mot néerlandais désignant les programmes axés sur les visites ou les évaluations par les pairs (4-6).

Le projet ExPeRT définit ces « visites » comme des « enquêtes basées sur les normes en vigueur et réalisées sur le terrain par des professionnels de santé afin d'évaluer la qualité de la performance professionnelle des pairs et ce, dans le but d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients ». Si cette initiative a surtout été élaborée à l'instigation des associations médicales néerlandaises, la constitution de groupes d'évaluation par les pairs est également devenue une méthode importante d'amélioration de la qualité des soins primaires dans plusieurs autres pays d'Europe. Au cours de ces dix dernières années, les groupes d'évaluation par les pairs (également appelés cercles de qualité) se sont largement développés en Allemagne, en Autriche, en Belgique, au Danemark, en Irlande, en Norvège, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède et en Suisse (7).

Selon l'équipe du projet ExPeRT, si l'on peut en principe faire converger des modèles d'assurance qualité en Europe, la portée pratique d'une telle initiative dépend de la volonté des pouvoirs publics, des prestataires des services de santé, des professionnels et des organisations de la qualité des soins de santé, de se concerter et d'adopter certaines recommandations politiques (6). En retour, ce consensus exige une analyse technique complémentaire prévoyant un examen plus approfondi des politiques quant au changement des rôles et aux relations de force liés à la responsabilisation des systèmes européens de santé (5).

Le potentiel d'application de différents modèles d'assurance qualité varie selon les pays et traduit l'équilibre des pouvoirs existant entre les parties prenantes. Par exemple, au Royaume-Uni, le public et les médecins de famille estiment généralement que les médecins doivent être régulièrement évalués afin de s'assurer que leurs compétences et leurs connaissances sont bien à jour (8). Un point de vue identique est partagé aux États-Unis. Là-bas, le public considère

comme importants les taux élevés de réussite pour les maladies que les médecins traitent le plus souvent, et croit que ceux-ci doivent passer à l'occasion un examen écrit permettant de tester leurs connaissances médicales (9). Au Royaume-Uni, plusieurs facteurs ont entraîné une remise en question du statu quo. Les responsables politiques ont notamment eu recours à des enquêtes de haut niveau pour élucider des situations où, justement, le comportement des médecins s'est avéré bien en-deçà des normes exigées (10, 11) et renforcer la réglementation de la profession par les pouvoirs publics (12). Bien que rares, ces cas sont révélateurs des défaillances des systèmes sous-jacents quant à la prise immédiate de mesures une fois que l'incompétence professionnelle a été scientifiquement prouvée. Dans d'autres pays, les patients remettent parfois moins en question les compétences des médecins, ce qui limite la demande de mécanismes explicites d'établissement des responsabilités.

Un autre facteur venant soutenir l'argument de la formation permanente est l'ampleur des erreurs médicales et les données scientifiques de plus en plus nombreuses à ce sujet (13-15). Bien que ces erreurs soient souvent le résultat de carences générales au niveau du système, elles contribuent à nourrir les préoccupations quant à la compétence de médecins. Selon une enquête Eurobaromètre (16), près de quatre résidents de l'UE sur cinq (78 %) estiment que les erreurs médicales sont un problème dans leur pays. En Italie (97 %), en Pologne (91 %) et en Lituanie (90 %), la grande majorité des personnes interrogées considèrent qu'il s'agit là d'une question importante. En revanche, environ la moitié de la population danoise et finlandaise ne croit pas que les erreurs médicales sont un problème imminent (16).

À la base de ces préoccupations, il convient de mentionner les progrès rapides de la médecine et l'érosion potentielle des compétences et des connaissances des médecins au fil du temps, un phénomène d'ailleurs de plus en plus reconnu. Selon les conclusions d'une analyse systématique de la relation existant entre l'expérience et la qualité des soins, 32 des 62 études prises en compte (52 %) ont mis en lumière le lien entre la baisse de la performance et le nombre croissant d'années de pratique professionnelle dans l'ensemble des résultats de l'évaluation. Il semble que les médecins plus âgés et ceux qui exercent depuis de nombreuses années ont moins de connaissances factuelles, sont moins enclins à respecter les normes appropriées de soins et obtiennent des résultats moins probants quant au traitement des patients (17).

L'élaboration de politiques nationales cohérentes en matière de formation permanente est sujette à une autre contrainte, celle liée au droit à la libre circulation des professionnels de santé et des patients d'un pays à l'autre. La survenue de plusieurs cas importants a fait de la mobilité des patients sur le territoire de l'UE une priorité politique (18-20). Moins d'attention a été cependant accordée à la libre circulation des professionnels de santé (21). La

mobilité professionnelle repose sur la reconnaissance bilatérale des qualifications, c'est-à-dire que toute personne pouvant exercer légalement dans un pays membre peut également exercer dans un autre. Ce principe va de pair avec celui garantissant la libre circulation des personnes, tel que stipulé dans différents traités européens ; les barrières ne doivent donc pas être plus hautes qu'absolument nécessaire. Cette situation demande une plus grande cohérence internationale en termes de formation, d'autorisation et d'évaluation continue des médecins. Cependant, et ce qui est surprenant, les systèmes d'évaluation mis en place dans les États membres, l'identité des organismes régulateurs ainsi que la nature des méthodes de réglementation et leur mode de mise en œuvre sont très peu compris.

L'apprentissage permanent dans la pratique

Qui réglemente la formation permanente en Europe ?

Ce sont les fédérations ou organisations médicales professionnelles qui, dans bon nombre de pays d'Europe occidentale, réglementent l'apprentissage permanent, parfois dans un cadre juridique établi par les pouvoirs publics. Dans d'autres pays, les assureurs jouent un rôle pilote à cet égard en demandant aux médecins conventionnés de répondre à des critères bien spécifiques. Dans la plupart des cas, le respect des normes incombe à tout un ensemble de parties prenantes et d'intervenants.

En France, trois organisations professionnelles s'impliquent dans ce processus : les conseils nationaux de la formation médicale continue (pour les médecins salariés, libéraux et hospitaliers). On notera qu'au moment où la présente synthèse est publiée, seul le Conseil des médecins libéraux avait défini les besoins spécifiques de la formation médicale continue. En outre, la Haute autorité de santé, une autorité publique responsable devant le parlement avec les comités de médecine hospitalière, encourage l'audit médical. Les conseils régionaux de la formation médicale continue doivent s'assurer que les médecins respectent ces exigences. En cas de défaut, les conseils régionaux de l'Ordre national des médecins sont à même de prendre les mesures qui s'imposent.

Au Royaume-Uni, la participation à un programme de développement professionnel continu est depuis longtemps une condition sine qua non à l'obtention d'un poste au Service national de santé et, plus récemment, pour devenir membre permanent des collèges royaux, qui jouent un rôle primordial dans la formation des spécialistes et la définition des normes. En Angleterre, le ministère de la Santé s'est engagé à mettre en place un système obligatoire de revalidation couvrant tous les médecins, quel que soit le cadre de leur exercice (22). Il leur sera exigé de renouveler leur autorisation de pratiquer tous les cinq

Tableau 1. Revalidation de la profession médicale dans plusieurs États membres de la Région européenne de l'OMS

Pays	Types de revalidation				Sanction ou récompense	Principal organisme de réglementation	Autres autorités
	Calendrier (années)	Formation médicale et développement professionnel continu	Évaluation par les pairs	Obligatoire			
Autriche	3	Oui	Oui	Oui	Obligation légale	Chambre médicale autrichienne (OP)	Ministère fédéral de la Santé et des Femmes (PP) ; Académie autrichienne des médecins (OP)
Belgique	3	Oui	Oui	Non	Incitant financier (hausse salariale d'environ 4 %)	Ministre de la Santé publique (PP) et INAMI (CA)	S/O
Bulgarie	3	Oui	Non	Non	Non	Ministère de la Santé (PP)	S/O
Croatie	6	Oui	Non	Oui	En cas de non-respect, continuation de l'autorisation d'exercer soumise à la réussite d'un examen	Chambre médicale croate (AI)	Institut d'agrément et de renouvellement de l'agrément ; sociétés de spécialistes (OP) ; Association médicale de Croatie (OP) ; universités ; hôpitaux
Chypre	3	Oui	Non	Oui	Non	Association médicale de Chypre (OP)	Sociétés scientifiques nationales

République tchèque	5	Oui	Non	Oui	Aucune sanction pendant les six premières années (2004-2010)	Chambre médicale (AI) S/O
Danemark	S/O	Oui	Oui	Non	Non	Association médicale du Danemark (OP) Sociétés scientifiques nationales
Finlande	1	Oui	Oui	Non	Non	Conseil d'évaluation national pour la formation médicale continue Association médicale de Finlande (OP)
France	5	Oui	Oui (évaluation des pratiques professionnelles)	Oui	Procès intenté par les conseils régionaux de l'Ordre national des médecins (aucun contrôle)	Conseils régionaux de formation médicale continue (OP) ; conseils régionaux de l'Ordre national des médecins (OP) ; Haute autorité de santé (AI)
Allemagne	5	Oui	Non	Oui (médecins généralistes et spécialistes conventionnés)	En cas de non-respect, remboursement réduit ; après deux ans, retrait de l'accréditation	Chambres régionales des médecins (OP) Ministères de la Santé ou des Affaires sociales des différents Länder (PP) ; associations régionales des médecins conventionnés (OP) ; Association fédérale des médecins conventionnés (OP)
Grèce	5	Oui	Non	Oui (pour les médecins du Service national de santé)	Non	Comité de formation du Conseil central national de la santé Association médicale panhellénique ; sociétés médicales ; écoles de médecine ; hôpitaux du Service national de santé

Tableau 1. Revalidation de la profession médicale dans plusieurs États membres de la Région européenne de l'OMS

Pays	Types of revalidation					Principal organisme de réglementation	Autres autorités
	Calendrier (années)	Formation médicale et développement professionnel continu	Oui	Oui	Évaluation par les pairs		
Hongrie	5	Oui	Oui	Oui	Oui	En cas de non-respect, examen spécial devant une commission	Chambre médicale Comité pour le contrôle qualité de la formation médicale continue
Irlande	5	Oui	Oui	Oui	Oui	À décider	Conseil médical (PP) Collèges royaux (OP) ; Conseil d'accréditation des services irlandais de la santé (AI)
Italie	3	Oui	Non	Non	Oui	Non	Commission de la formation médicale continue du ministère de la Santé (PP) Association médicale d'Italie (OP)
Luxembourg	S/O	Oui	Non	Non	Non	Non	Association médicale nationale (OP) Sociétés nationales spécialisées (OP) ; départements hospitaliers ; Société nationale des sciences médicales

Pays-Bas	5	Oui	Oui (visitation)	Oui (spécialistes)	Radiation de l'ordre des médecins	Collège central des spécialistes (OP)	Unité d'information centrale sur les professions des soins de santé (PP)
Norvège	5	Oui	Non	Oui (pour les médecins généralistes)	Incitant financier pour la recertification	Association médicale de Norvège (OP)	Ministère de la Santé (PP)
Portugal	S/O	Oui	Non	Non	Non	Association médicale du Portugal (OP)	S/O
Roumanie	5	Oui	Non	Oui	Révocation du droit d'exercer la médecine	Collège roumain des médecins (AI)	Sociétés scientifiques ; organisations professionnelles (OP)
Slovaquie	5	Oui	Non	Oui	Non	Conseil slovaque d'accréditation (AI)	Chambre médicale slovaque ; Association médicale de Slovaquie (OP) ; universités ; sociétés scientifiques
Slovénie	7	Oui	Oui	Oui (environ 2,5 % des médecins par an)	En cas de non-respect, repassage d'un examen	Chambre médicale slovène (OP)	Ministère de la Santé (PP) ; Société médicale de Slovénie

Tableau 1. Revalidation de la profession médicale dans plusieurs États membres de la Région européenne de l'OMS

Types of revalidation							
Pays	Calendrier (années)	Formation médicale et développement professionnel continu	Évaluation par les pairs	Obligatoire	Sanction ou récompense	Principal organisme de réglementation	Autres autorités
Slovénie	7	Oui	Oui	Oui (environ 2,5 % des médecins par an)	En cas de non-respect, repassage d'un examen	Chambre médicale slovène (OP)	Ministère de la Santé (PP) ; Société médicale de Slovénie
Espagne	S/O	Oui (9 régions sur 17)	Non	Non	Situation varie selon les commissions régionales	Association médicale d'Espagne (OP)	Ministère de la Santé et de l'Enseignement (PP) ; collèges médicaux (OP) ; Commission pour la formation continue des professionnels de santé ; Conseil d'accréditation pour la formation médicale continue
Suède	S/O	Oui	Non	Non	Non	Institut suédois pour le développement professionnel des médecins (AI)	Association médicale de Suède (OP) ; Société suédoise de médecine ; Fédération suédoise des conseils de comités (PP)

Switzerland	S/O	Oui	Non	Oui (spécialistes)	Radiation de l'Association médicale de Suisse	Sociétés scientifiques et Association médicale de Suisse (OP)	S/O
Turquie	1	Oui	Non	Non	Non	Conseil d'accréditation de l'Association médicale de Turquie (OP)	S/O
Royaume-Uni	5	Oui	Oui (évaluation à 360°)	En suspens : médecins généralistes et spécialistes	En cas de non-respect, exercice de la médecine surveillée	Ministère de la Santé (PP)	Conseil médical général (OP) ; Collèges royaux (médecins généralistes et spécialistes) (OP)

Note. Le tableau 1 précise le type d'entité de réglementation ou l'autorité si celle-ci est connue, à savoir :

PP : pouvoirs publics ;

AI : autorité indépendante ;

CA : caisse d'assurance ;

S/O : sans objet ;

OP : organisation professionnelle.

Source : résultats de questionnaires réalisés au niveau national (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, France, Pays-Bas et Royaume-Uni) et site Web de l'UE des médecins spécialistes et du European Medical Network (autres pays).

ans. Les collègues royaux devront apporter leur soutien à la recertification des médecins, et le Conseil médical général sera responsable de l'assurance qualité dans le processus d'évaluation pour le renouvellement des autorisations et des agréments.

En Belgique, c'est le ministère de la Santé publique qui autorise les médecins à exercer. L'octroi de cette autorisation ne permet qu'une utilisation du titre de médecin généraliste ou spécialiste. Les médecins doivent ensuite adresser une demande à l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité) pour que les soins de leurs patients soient remboursés, avec la possibilité de se faire octroyer une accréditation supplémentaire leur permettant de majorer leurs honoraires.

Les groupes et programmes chargés de la réglementation des professions médicales dans les différents pays sont aussi le reflet de la diversité des facteurs contextuels. Le tableau 1 présente une description détaillée des stratégies de revalidation adoptées dans plusieurs États membres de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'autoréglementation professionnelle semble constituer la norme, parfois tout à fait indépendamment des pouvoirs publics, et parfois soumis au contrôle ou à la participation des pouvoirs publics.

Il est généralement convenu que l'autoréglementation est plus facilement acceptable, car elle encourage moins les comportements opportunistes et la non-conformité.

Le rôle des organes de réglementation médicale

En Europe, les autorités responsables de la réglementation ont pris diverses mesures pour valider les connaissances et les compétences des médecins. Plusieurs exemples à ce sujet sont mentionnés dans la section suivante.

Depuis 2005, les médecins néerlandais doivent suivre une formation médicale continue et recevoir la visite de pairs tous les cinq ans. La revalidation est une condition essentielle à leur agrément. Les visites (visitaties en néerlandais), effectuées par une équipe de trois médecins, dont un récemment « visité » et un autre sur le point de l'être, prévoit une évaluation complète de la pratique médicale, englobant une discussion sur le respect des recommandations cliniques et l'avis des patients.

En Allemagne, les médecins reçoivent leur autorisation d'exercer de la part des ministères régionaux (Länder), et la réglementation s'effectue par les chambres régionales (associations professionnelles). Plusieurs mécanismes d'accréditation ont été mis en place au niveau fédéral depuis l'adoption de la loi relative à la

modernisation du régime d'assurance maladie de 2004. Le programme de revalidation en vigueur en Allemagne oblige les médecins à satisfaire aux exigences en matière de formation médicale continue tous les cinq ans (soit 250 crédits-points d'environ 45 minutes chacun). Les médecins conventionnés et dispensant des soins ambulatoires ne sont pas soumis à une réglementation détaillée quant aux domaines devant être couverts par la formation médicale continue. En revanche, les spécialistes exerçant dans des établissements hospitaliers doivent prouver que 70 % de leur formation professionnelle couvre des domaines de leur spécialisation. Les radiologues sont soumis à une procédure de recertification supplémentaire s'ils lisent des mammographies. Ces programmes sont volontaires pour les médecins purement privés. En cas de non-respect, les associations régionales des médecins conventionnés peuvent réduire les taux de remboursement de 10 % après un an, et de 25 % après deux ans. Si le certificat de formation médicale continue n'est pas obtenu dans les deux ans qui suivent la date d'échéance, l'accréditation peut être retirée. Tous les Länder allemands, à l'exception du Bade-Wurtemberg, ont mis en place un dispositif d'inscription automatisé pour la formation médicale continue. À la fin de juin 2009, le système de formation continue sera révisé pour la première fois. La participation à cette formation doit s'associer aux systèmes d'assurance qualité afin de promouvoir un mécanisme plus général de développement professionnel continu.

Au Royaume-Uni, le Conseil médical général est chargé d'évaluer l'aptitude des médecins à exercer, et d'élaborer un système de revalidation conjointement avec les pouvoirs publics et les organisations professionnelles. Le directeur général de la santé pour l'Angleterre a lancé une consultation publique en juillet 2006 sur la revalidation et les perspectives à ce sujet, proposant que cette procédure soit ventilée de la manière suivante :

1. renouvellement de l'autorisation d'exercer des médecins ;
2. recertification pour l'autorisation d'exercer comme médecin généraliste ou spécialiste (23).

Le renouvellement de l'autorisation d'exercer aurait lieu tous les cinq ans. Il s'inspirerait d'un modèle d'évaluation révisé et utilisé au sein du Service national de santé, mais qui serait appliqué à l'ensemble des médecins quel que soit leur lieu d'exercice et intégrerait les normes du Conseil médical général (génériques et spécialisées) ainsi que l'avis des patients et des collègues (évaluation à 360 °). La recertification des médecins s'effectuerait selon des procédures élaborées par chaque collège royal. Les médecins qui ne répondraient pas aux exigences de l'un ou l'autre de ces processus seraient placés pendant un certain temps sous surveillance dans le cadre de leur pratique médicale. Le ministère de la Santé a adopté cette double approche en février 2007 (20). Les informations factuelles et données probantes appuyant le

processus de recertification proviennent de diverses sources (selon la spécialité), à savoir les audits cliniques, les tests de connaissances, l'opinion des patients, les évaluations des employeurs, le développement professionnel continu ou les observations de la pratique professionnelle (24). Le Conseil médical général devra assurer la qualité du processus.

La participation à des programmes de formation continue est pratique courante dans certains pays. En Autriche, le Diplom-Fortbildungs-Programm (programme de formation médicale continue pour les médecins agréés) a été approuvé en décembre 2001, et un certificat est octroyé au terme d'un cycle de trois ans. Les médecins doivent accumuler 150 crédits-points, dont 120 dans le cadre de programmes de formation continue certifiée liée à une spécialité médicale et avec un minimum de 40 crédits-points dans le domaine de spécialisation du médecin. Ces points peuvent aussi être obtenus dans le cadre d'une évaluation par les pairs. Depuis 2001, une nouvelle loi a été votée rendant obligatoire la participation à un programme de formation médicale et de développement professionnel continu. La Chambre médicale autrichienne en assume la responsabilité juridique. La mise en œuvre pratique du programme incombe à l'Académie autrichienne des médecins, sa cellule pédagogique. La Chambre estime que la formation médicale continue devrait être indépendante et soumise à la concurrence internationale, respecter les normes de qualité scientifique et s'affranchir des intérêts économiques (25).

En Belgique, les médecins généralistes et les spécialistes sont tenus légalement d'observer certaines normes, et reçoivent des incitants financiers afin de briguer une accréditation supplémentaire. Le ministère de la Santé publique octroie les autorisations d'exercer, et les médecins généralistes doivent répondre à des critères spécifiques pour le maintien de l'agrément, à savoir : tenue du dossier médical des patients ; participation au service local de garde ; continuité des soins ; au moins 500 consultations par an ; et développement et mise à jour réguliers des connaissances, des compétences et de la performance médicale. L'accréditation peut venir appuyer ce dernier critère. Le médecin doit aussi prouver qu'il a suivi 20 heures de formation médicale continue par an, reconnue par la Commission d'agrément des médecins généralistes. Les spécialistes doivent maintenir et développer leurs compétences par la mise en œuvre d'activités pratiques et scientifiques durant toute leur carrière.

L'INAMI octroie l'accréditation si le médecin répond à des critères supplémentaires, dont la participation à un programme de formation continue et à l'évaluation par les pairs. Bien que l'accréditation ne soit pas obligatoire, celle-ci permet aux médecins de se faire payer des honoraires plus élevés et remboursables et, par conséquent, de majorer leur salaire annuel d'environ 4 % (26). L'accréditation a une durée de trois ans. Pour la renouveler, les spécialistes et médecins généralistes doivent obtenir 200 crédits-points de formation

médicale continue et participer au moins à deux évaluations par les pairs tous les ans. Les médecins hospitaliers doivent participer au processus d'évaluation par les pairs, qu'ils cherchent ou non l'accréditation.

La France a mis en place un système similaire à celui de la revalidation de par ses composantes, avec l'intention spécifique de maîtriser les coûts engendrés par l'irrégularité inefficace de la prestation des soins. La formation médicale continue et l'audit médical (ou « évaluation des pratiques professionnelles ») ont été mis en place indépendamment en 2004, ont un caractère obligatoire et la participation doit être évaluée tous les cinq ans. L'inspecteur général des affaires sociales a néanmoins exprimé des critiques à l'encontre de ces systèmes dans la mesure où aucun contrôle n'est exercé. En outre, un certain nombre de défis ont été recensés :

- manque d'informations quant aux pratiques cliniques des médecins ;
- coût et financement garanti des activités de formation médicale continue ;
- conflits d'intérêts dans la gestion du système ;
- lacunes dans le fondement conceptuel et la gestion du système (27).

En outre, l'évaluation des pratiques médicales s'est heurtée à des difficultés qui ont d'ailleurs retardé sa mise en œuvre, et qui s'expliquent par les différences existant entre, d'une part, le statut juridique des institutions chargées de réglementer la formation médicale continue et, d'autre part, les critères d'évaluation. Comme l'application de la formation médicale continue et obligatoire en 1996 ne s'est pas accompagnée d'une hausse de la participation des médecins, on doute généralement que leur attitude à cet égard puisse changer à moins que des mécanismes de mise en œuvre ne soient institués.

En Espagne, la formation médicale continue apparaît fragmentée, mais l'élaboration de programmes de certification et de recertification rencontre un intérêt croissant dans les différentes régions du pays qui, d'ailleurs, sont responsables de la dispensation des soins de santé. La législation nationale en a défini le besoin, et les collèges médicaux ont mis en place des systèmes volontaires de formation médicale continue. La Commission espagnole de formation continue des professionnels de santé a instauré un système national de formation continue en 1998, s'inspirant de l'exemple catalan du « système intégré d'accréditation de la formation continue des professions de santé à l'adresse des médecins » (28). En 2005, cependant, seulement 9 des 17 commissions régionales avaient mis en œuvre le système.

Comme le démontre ce résumé, les exigences posées aux médecins ainsi que leurs probabilités d'application et les méthodes employées varient de manière significative. Ces différences s'expliquent par la diversité des cultures et traditions, telles que les notions de profession libérale, les normes relatives au

rôle de l'État, le niveau de décentralisation aux institutions régionales ainsi que le rôle des organismes payeurs tels que les caisses d'assurance sociale.

Exemples d'apprentissage permanent hors d'Europe

Les États-Unis ont adopté l'une des stratégies les plus intégrées en matière d'apprentissage permanent : le système de certification spécialisée. Il s'agissait à l'origine d'un système facultatif qui mettait de plus en plus la pression sur les médecins afin qu'ils cherchent la certification et, ultérieurement, un renouvellement de celle-ci. Par conséquent, 87 % des médecins américains ont été certifiés en 2006 (29). Trois raisons peuvent être invoquées : tout d'abord, le mouvement des consommateurs dans le secteur des soins de santé a connu un essor croissant. Ensuite, les régimes de soins gérés préfèrent faire appel à des médecins certifiés pour leurs réseaux. Enfin, la troisième raison remonte à 2002, quand l'ensemble des 24 conseils du Conseil américain des spécialités médicales (American Board of Medical Specialties) ont convenu de normes comparables pour la certification spécialisée, dont des critères pour la recertification et une nouvelle composante exigeant l'évaluation de la performance lors de l'exercice de la médecine (maintien de la certification).

Le processus de certification est sujet à quatre conditions pour l'ensemble des spécialités considérées :

1. une autorisation (agrément) active et sans restriction dans l'État où exerce le médecin ;
2. une autoévaluation des connaissances afin d'accroître et de renforcer les normes de la formation médicale continue, dont la capacité de démontrer un apprentissage significatif ;
3. un examen fiable et sans documentation des connaissances ;
4. une évaluation de la performance de l'exercice de la médecine.

Le Conseil américain des spécialités médicales considère les médecins de famille, les internistes généralistes et les pédiatres généralistes comme des spécialistes. Actuellement, le renouvellement des certificats doit s'effectuer dans le cadre de cycles de six à dix ans, selon la spécialité (29). Aux États-Unis, si l'obtention d'un permis d'exercer la médecine constitue une obligation légale, ce n'est pas le cas de la certification spécialisée. L'un des principaux avantages de ce système, semble-t-il, est que les organes nationaux d'évaluation agissent indépendamment des associations de défense professionnelle (30).

En Nouvelle-Zélande, la participation à un programme agréé est devenue obligatoire pour conserver son autorisation d'exercer (spécialiste). En effet, la Medical Practitioners Act (1995) stipule que si le programme de recertification

ou de compétences n'a pas été suivi avec succès, l'autorisation ou le certificat d'exercice du médecin peuvent être soumis à conditions ou être suspendus, le médecin étant dès lors tenu d'obtenir un agrément général l'obligeant d'exercer sous supervision (26). Depuis 2001, les médecins exerçant à titre indépendant doivent consacrer au moins 50 heures par an à des activités de recertification, dont les audits externes, les examens des cas par les pairs, l'analyse des résultats et la pratique réflexive. Ainsi peuvent-ils obtenir un certificat annuel d'exercice de la part du conseil médical néozélandais. Le non-respect de certaines normes conduit à la radiation du registre du conseil. Les collèges médicaux sont chargés de définir la procédure de recertification (1).

Le gouvernement national australien insiste fortement sur la qualité et la sécurité des soins de santé depuis le début des années 90. Le Conseil australien pour la sécurité et la qualité des soins de santé a été instauré à cette fin. En Australie, le système de soins de santé est décentralisé. Les conseils médicaux autorisent les médecins à exercer, traitent les plaintes et examinent les problèmes de performance au niveau des États fédérés, quoiqu'un médecin autorisé à exercer dans un État donné puisse exercer dans un autre (23). En Nouvelle-Galles du Sud, tous les médecins doivent démontrer leur aptitude à exercer chaque année depuis 2000. Pour ce faire, ils fournissent eux-mêmes des informations particulièrement diverses, notamment : qualifications et expérience actuelles ; situation sanitaire ; condamnations criminelles ; mesures disciplinaires ; et « professionnalisme ». Dans ce dernier cas, il peut s'agir d'une autocertification au terme d'une formation médicale continue ou de la participation à un programme relatif aux normes professionnelles organisés sous l'égide d'un des collèges nationaux de spécialisation. Or, il n'existe pour l'instant aucun lien direct entre la démonstration annuelle de l'aptitude à exercer et la recertification (prolongation de l'agrément par l'État) (23).

Stratégies potentielles pour promouvoir l'apprentissage continu

Quels sont les modèles disponibles ?

Bien que les méthodes évoluent encore dans la majorité des pays d'Europe et qu'il n'existe apparemment aucune stratégie prédominante, l'expérience acquise par les pays dotés d'un système plus avancé de formation continue peut être une source considérable et sous-jacente d'enseignements. Une analyse de la situation au Canada, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni (31) permet de classer les modèles d'évaluation du maintien des compétences en deux catégories générales : le modèle basé sur l'apprentissage et celui basé sur l'évaluation, ce dernier se subdivisant en quatre modèles spécifiques. La section suivante constitue un résumé des modèles et fait état de leur application actuelle en Europe (selon le tableau 1).

Modèle basé sur l'apprentissage

Les programmes répondant à ce modèle récompensent généralement la participation à des activités officielles de formation médicale continue, l'autoévaluation des besoins pédagogiques, l'évaluation des patients, les activités d'ordre académique et les audits. Ils sont souvent fondés sur l'amélioration continue de la qualité. Ce modèle tente d'améliorer la compétence clinique sans pour autant identifier les médecins dont la performance laisse à désirer. Tous les pays repris au tableau 1 utilisent le modèle basé sur l'apprentissage, parfois en conjonction avec d'autres modèles.

Modèle basé sur l'évaluation

Le modèle basé sur l'évaluation du médecin met l'accent sur la performance ainsi que sur la compétence. Il correspond donc plus au concept de revalidation. Les outils d'évaluation s'inspirent de ceux utilisés dans les programmes de formation universitaire et professionnelle dans le but spécifique de sonder la performance des médecins en exercice. Il s'agit notamment d'entretiens, d'examens oraux basés sur des cas, d'examens de dossiers, d'évaluation par les pairs, de questionnaires permettant de sonder la satisfaction des patients et d'observations de consultations avec les patients. L'étude (31)) distingue quatre types bien précis d'évaluation, chacune ayant ses propres difficultés.

Évaluation réactive : il s'agit d'évaluer la performance des médecins uniquement lorsque qu'une plainte est déposée ou en cas de problème. Elle ne permet donc pas d'identifier les médecins peu performants. Aucun des pays mentionnés au tableau 1 n'utilise exclusivement ce modèle.

Évaluation périodique pour tous : dans ce cas, une évaluation complète et régulière de tous les domaines de compétences des médecins est réalisée. Cet exercice peut inclure une évaluation des résultats pour les patients, une évaluation des connaissances médicales et des jugements portés (examen des qualifications) ainsi que l'appréciation des pairs et des patients. Il s'agit là d'une méthode très ambitieuse, sinon impossible à réaliser, et aucun des pays mentionnés au tableau 1 ne la met entièrement en pratique.

Tests de contrôle pour tous : cette évaluation s'effectue sur la base d'un ensemble de critères spécifiques et vise à identifier un niveau général d'incompétence en se penchant sur certains indicateurs de qualité. L'examen par les pairs, les questionnaires d'autoévaluation et ceux remplis par les patients peuvent être utilisés pour ces tests. Cependant, il n'existe aucun test simple qui soit capable de révéler des problèmes de performance de manière fiable, valable et pratique. Ce modèle a été adopté en Autriche, en France, en Hongrie, en Irlande, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Slovaquie.

Contrôle d'un groupe à haut risque : il s'agit dans ce cas d'identifier un groupe à haut risque afin d'y mener une surveillance intensive. L'une des démarches consiste à utiliser une base de données pour recenser les valeurs, données ou observations aberrantes dans un ensemble d'indicateurs (tendances en matière de prescription ou d'orientation des patients vers un spécialiste). Il peut également s'agir de recenser un groupe donné de médecins particulièrement enclins à dispenser des soins de moindre qualité, comme les médecins plus âgés (17). Aucun des pays mentionnés au tableau 1 ne semble utiliser officiellement ce modèle. Ce type de démarche bien ciblée risque en effet de porter atteinte à la vie privée ou aux droits de l'homme, et peut dès lors être difficilement appliquée.

Le manque de preuves ou de données factuelles sur les méthodes de contrôle constitue un obstacle majeur dans le processus visant à garantir l'aptitude des médecins à exercer. En particulier, et selon l'analyse des bases factuelles sur l'efficacité des audits et de l'information en retour (32), les autoévaluations (33), les réactions en provenance de plusieurs sources (34,35) et les évaluations des résultats d'après la déclaration des patients (36), si ces méthodes peuvent améliorer la pratique de la médecine et la qualité des soins, leurs effets potentiels sur le bilan sanitaire et leur rapport coût-efficacité sont en revanche peu connus. Les données disponibles sur la formation médicale et le développement professionnel continu (37-40) ainsi que sur la recertification (3,41-48) laissent entendre que ces méthodes peuvent améliorer le bilan sanitaire des patients. Néanmoins, on ne possède que trop peu d'informations fiables sur leur rapport coût-efficacité.

Réglementation et mise en œuvre

Selon les conclusions de l'étude menée sur le Canada, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni (31) et un examen international (Australie, Canada, États-Unis, Finlande, Nouvelle-Zélande et Pays-Bas) de la réglementation appliquée aux médecins réalisé à la demande du directeur général de la santé pour l'Angleterre (23), l'autoréglementation domine dans les méthodes utilisées en Europe et ailleurs afin de garantir l'aptitude à exercer. Néanmoins, le modèle anglo-américain d'autoréglementation « pure » semble avoir évolué vers une réglementation entreprise par des professionnels et faisant de plus en plus appel à la coréglementation ou à la réglementation avec des organes de droit public ou des organismes payeurs. Ainsi peut-on accroître la transparence et renforcer la responsabilité envers les autorités extérieures. Dans certains pays, on a tenté de séparer les organismes responsables de l'octroi d'autorisations ou d'agrèments de ceux recevant les plaintes, le protectionnisme étant également une source de préoccupations. En Amérique du Nord, il semble en effet que la séparation des organismes évaluateurs des autres entités nationales défendant

des intérêts particuliers à cet égard soit particulièrement bénéfique aux organes de certification (30).

Se pose également la question de la responsabilité en ce qui concerne l'application des méthodes d'évaluation. On s'accorde généralement à dire qu'elle doit être transparente et non punitive et respecter les droits des patients et des médecins. Les efforts déployés à cette fin doivent se concentrer sur le développement professionnel et recenser les quelques médecins « incompetents » (49). En Belgique, par exemple, l'accréditation n'est pas obligatoire, mais encouragée : les médecins qui y participent sont en effet récompensés par la possibilité de toucher des honoraires plus élevés. En France, cependant, et malgré l'obligation légale, la majorité des médecins ne suivent pas de formation continue, très probablement à cause d'un manque d'incitants (ni récompenses, ni sanctions) combiné à une absence de contrôle et de suivi. Par conséquent, le mode d'application des politiques visant une amélioration de la qualité influe très largement sur l'efficacité de leur mise en œuvre.

La disponibilité de l'information constitue un autre paramètre du système de santé qui varie considérablement entre les différents pays et exerce un impact majeur sur la réglementation de la pratique professionnelle. Des systèmes d'information efficaces doivent être obligatoirement en place pour réaliser les principales formes d'audit, conjointement avec des méthodes valides d'évaluation des résultats pour les patients. Les pays disposant de systèmes sophistiqués d'information sanitaire et d'établissement de dossiers médicaux électroniques sont avantagés à cet égard.

Conclusions et considérations relatives à la mise en œuvre des politiques

La situation actuellement en vigueur dans plusieurs pays de la Région européenne de l'OMS tend à favoriser une certaine forme d'évaluation continue de l'aptitude à exercer la médecine. Sous l'effet de mauvaises pratiques dont les cas ont été hautement médiatisés, la performance des médecins a donné lieu à des préoccupations immédiates qui se sont fait jour dans le contexte plus large du maintien de la qualité des services de soins de santé et de l'intérêt croissant porté à cet égard. Il s'agit là d'une inquiétude plus générale liée au niveau grandissant d'attention accordée à la responsabilité des prestataires vis-à-vis de l'État en cette période de réforme du secteur de la santé. Les décideurs doivent prendre en compte plusieurs problèmes concernant les caractéristiques spécifiques de l'évaluation de l'aptitude à exercer.

Si les meilleures pratiques sont susceptibles de revêtir des formes diverses selon les contextes nationaux, un certain nombre de principes de base peuvent

néanmoins en être dégagés. En ce qui concerne les objectifs de la revalidation, la plupart des pays reconnaissent l'importance de l'amélioration constante de la performance des médecins, et ont dès lors mis en place des programmes de formation médicale ou de développement professionnel continu. Cependant, il n'existe aucun consensus dans la Région européenne quant à la nécessité de procéder à ce genre d'évaluation. Aucun test pratique n'a pu non plus être mis au point afin d'identifier avec exactitude les médecins peu compétents et nécessitant une évaluation plus approfondie. Pareillement, on ne peut confirmer de manière explicite qu'un système donné aurait pu, par exemple, empêcher l'émergence de pratiques criminelles chez certains médecins, comme dans le cas de Harold Shipman au Royaume-Uni. Il s'agit là d'une question primordiale étant donné les coûts énormes de certains systèmes : il importe en effet de ne pas orienter un grand nombre de médecins vers des activités de surveillance à une époque où beaucoup de pays doivent faire face à une pénurie de professionnels de santé, et d'éviter de possibles conséquences indésirables, telles que les freins aux innovations. Néanmoins, dans les pays entreprenant une réforme de leur secteur de santé, procédant généralement à une séparation entre acheteurs et prestataires, et renforçant le rôle de gestion des pouvoirs publics, l'amélioration des mécanismes de contrôle de la qualité sera probablement soumise à davantage de pression.

On ne peut déterminer non plus avec exactitude quel acteur au sein du système de santé est le plus apte à évaluer la performance des médecins et à en assumer la responsabilité. Néanmoins, il est généralement convenu que l'autoréglementation est plus facilement acceptable que la réglementation exercée par les pouvoirs publics, car elle encourage moins les comportements opportunistes et la non-conformité. En effet, et selon certains observateurs, une réglementation trop zélée peut en fait diminuer plutôt qu'accroître la confiance portée aux professionnels de santé et aux services publics en favorisant la suspicion (50). Telle est sans doute la raison pour laquelle les formes de coréglementation ou de réglementation en partenariat entre les fédérations professionnelles et les organismes de droit public ou payeurs se font plus fréquentes.

En même temps, l'autoréglementation suscite des questions quant au protectionnisme. Elle ne doit pas non plus encourager l'animosité personnelle lorsque la concurrence s'installe entre les médecins. Ces arguments sont particulièrement importants dans certains pays de la partie orientale de la Région européenne de l'OMS où la profession médicale a fait maintes fois l'objet d'un contrôle abusif durant la période communiste. Il semble que la séparation des organismes évaluateurs des autres entités nationales défendant des intérêts particuliers à cet égard puisse résoudre ces problèmes, comme c'est le cas en Amérique du Nord pour les organismes de certification.

Si l'on ne peut préciser non plus la méthode la plus efficace pour évaluer les médecins, la meilleure solution pour chaque pays est probablement la mise en œuvre d'un ensemble varié et équilibré d'incitants et de sanctions. La sanction la plus sévère actuellement utilisée est l'annulation de l'autorisation d'exercer. Le retrait de la certification constitue une sanction moins grave, comme aux États-Unis où, pour pratiquer la médecine, l'obtention de ce type d'autorisation ne constitue pas une obligation légale. L'un des facteurs qui s'est avéré particulièrement déterminant pour garantir l'efficacité du système américain de recertification a été sa mise en place seulement après une expertise et une validation progressives des méthodes d'évaluation à long terme, ce qui laisse supposer que les pays envisageant son application doivent procéder pas à pas.

L'application de cette méthode se heurte à un problème important, à savoir la disponibilité de l'information. Des systèmes d'informations et d'informatique sanitaire et d'établissement de dossiers médicaux électroniques doivent être mis en place afin de procéder à la revalidation et d'en évaluer l'impact.

Finalement, les décideurs doivent examiner les moyens de financer la formation permanente. Un grand nombre de pays peinent véritablement à mobiliser les ressources nécessaires même pour appliquer les politiques les plus élémentaires sur la performance des médecins, telles le développement professionnel continu. Parmi les solutions envisageables, on peut s'inspirer du secteur privé et en particulier de l'industrie pharmaceutique pour soutenir ce genre d'activités. Or, dans le cas présent, celle-ci peut déterminer le contenu et la thématique des séances de développement professionnel continu, ce qui peut poser problème. D'ailleurs, dans les pays où l'industrie pharmaceutique constitue l'une des principales sources de financement des programmes de développement continu et autres programmes d'évaluation et d'amélioration de la performance médicale, les pouvoirs publics devraient envisager de nommer un organe de réglementation indépendant afin que ces programmes répondent aux besoins des systèmes de santé.

L'analyse des politiques mises en place en Europe révèle d'énormes contrastes en matière d'exercice de la médecine. D'une certaine manière, cela n'a rien d'étonnant dans la mesure où il existe de nombreuses méthodes d'évaluation de la performance des médecins. Néanmoins, l'aspect sans doute le plus inquiétant de l'analyse menée dans le cadre de cette synthèse porte sur les informations relatives au fonctionnement du système : les données même les plus essentielles n'ont guère été faciles à obtenir. La pénurie d'informations ainsi que la diversité au niveau de la pratique médicale laissent entendre qu'il existe un besoin non encore satisfait d'organiser un forum sur la réglementation de la profession. Les différents pays seraient pas conséquent tenus de faire rapport sur les pratiques en cours, les bases factuelles et les défis dans le but d'émettre ultérieurement des recommandations au niveau

européen. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe devrait envisager la création d'un tel forum permettant aux intervenants et parties prenantes (par exemple, les ministères de la Santé, de l'Enseignement supérieur et les associations professionnelles) de se réunir afin d'examiner les pratiques en cours en Europe, et d'aboutir à un consensus quant à la meilleure façon d'établir progressivement des bases factuelles et d'édicter des normes à cet égard. Peu de progrès ont été réalisés au niveau de la Commission européenne. Lors d'une réunion organisée en 2006, le Groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux a en effet conclu « qu'il n'existait aucun consensus clair quant aux mesures concrètes à prendre pour s'attaquer à certains problèmes tels que le développement professionnel continu » ; par conséquent, l'élaboration d'une nouvelle directive sur les professionnels de santé n'est pas à l'ordre du jour pour l'instant (51).

Références

1. Pringle M. *Revalidation of doctors: the credibility challenge*. London, The Nuffield Trust, 2005.
2. Brennan TA et al. The role of physician specialty board certification status in the quality movement. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292:1038–1043.
3. Sutherland K, Leatherman S. Does certification improve medical standards? *British Medical Journal*, 2006, 333:439–441.
4. Shaw C. The role of external assessment in improving health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:167.
5. Klazinga N. Re-engineering trust: the adoption and adaptation of four models for external quality assurance of health care services in Western European health care systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:183–189.
6. Heaton C. External peer review in Europe: an overview from the ExPeRT Project. External Peer Review Techniques. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:177–182.
7. Beyer M et al. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Family Practice*, 2003, 20:443–451.
8. *Attitudes to medical regulation and revalidation of doctors research among doctors and the general public*. London, Market & Opinion Research International Ltd, 2005.
9. *Awareness of and attitudes toward board-certification of physicians*. Research for the American Board of Internal Medicine. Princeton, Gallup Organization, 2003 (http://www.abim.org/pdf/publications/Gallup_Report.pdf, consulté le 25 avril 2008).
10. Bristol Royal Infirmary Inquiry. *Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984–1995*. London, The Stationery Office, 2001.
11. The Shipman Inquiry. *Safeguarding patients: lessons from the past, proposals for the future*. London, The Stationery Office, 2004:1023–1176.
12. Hyerman J et al. Changing professional roles in primary care education. In: Saltman RB, Rico A, Boerma W, eds. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. New York, Open University Press, 2006:165–183.
13. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:370–376.
14. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
15. Wilson RM et al. An analysis of the causes of adverse events from the quality in Australian health care study. *Medical Journal of Australia*, 1999, 170:411–415.
16. *Medical errors*. Brussels, European Commission, 2006 (Special Eurobarometer 241; http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_64_en.pdf, consulté le 16 mai 2008).
17. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 142:260–273.
18. *Consultation regarding Community action on health services*. Bruxelles, Commission européenne, 2006 (SEC (2006) 1195/4).
19. Rosenmöller M, McKee M, Baeten R, eds. *Patient mobility in the European Union. Learning from experience*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe au nom du projet « L'Europe pour les patients » et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060522_1?language=French, consulté le 16 mai 2008).
20. *Rapport du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne*. Bruxelles, Commission européenne, 2004 (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/keydocs_overview_en.htm, consulté le 16 mai 2007).
21. Commission européenne. Directive 2005/36/EC relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles du 30 septembre 2005. *Journal officiel des Communautés européennes*, 2005, L 255:22–143.
22. Department of Health. *White paper: trust, assurance and safety – the regulation of health professionals in the 21st century*. London, The Stationery Office, 2007.
23. Donaldson L. *Good doctors, safer patients: proposals to strengthen the system to assure and improve the performance of doctors and to protect the safety of patients*. London, Department of Health, 2006.
24. General Medical Council. Revalidation. *GMC Today*, 2007, May:8–9.
25. *Guideline of the Austrian Medical Chamber on CME*. Vienna, Austrian Medical Chamber, 2004.

26. Peck C et al. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *British Medical Journal*, 2000, 320:432–435.
27. D'Autume C, Postel-Vinay D. *Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales*. Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2006.
28. Gual A et al. Doctors in Spain: an old country, old and new structures, and a new future. *The Clinical Teacher*, 2005, 2(1):59–63.
29. Cassel C, Holmboe ES. Professional standards in the USA: overview and new developments. *Clinical Medicine*, 2006, 6:363–367.
30. Dauphinee WD. Self regulation must be made to work. *British Medical Journal*, 2005, 330:1385–1387.
31. St George I, Kaigas T, McAvoy P. Assessing the competence of practicing physicians in New Zealand, Canada, and the United Kingdom: progress and problems. *Family Medicine*, 2004, 36:172–177.
32. Jamtvedt G et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2):CD000259.
33. Davis D et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296:1094–1102.
34. Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2003, 23:4–12.
35. Overeem K et al. Doctor performance assessment in daily practice: does it help doctors or not? A systematic review. *Medical Education*, 2007, 41:1039–1049.
36. Marshall S, Haywood K, Fitzpatrick R. Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2006, 12:559–568.
37. Davis D. Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance or health care outcomes. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1998, 28:21–39.
38. Brown C, Belfield C, Field S. Cost effectiveness of continuing professional development in health care: a critical review of evidence. *British Medical Journal*, 2002, 324:652–665.
39. Bloom B. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2005, 21:380–385.
40. Marinopoulos SS et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evidence Report/Technology Assessment*, 2007, 149:1–69.
41. Norcini JJ, Lipner RS, Kimball HR. Certifying examination performance and patient outcomes following acute myocardial infarction. *Medical Education*, 2002, 36:853–859.
42. Prystowsky JB, Bordage G, Feinglass JM. Patient outcomes for segmental colon resection according to surgeon's training, certification, and experience. *Surgery*, 2002, 132:663–670.
43. Sharp LK et al. Specialty board certification and clinical outcomes: the missing link. *Academic Medicine*, 2002, 77:534–542.
44. Silber JH et al. Anesthesiologist board certification and patient outcomes. *Anesthesiology*, 2002, 96:1044–1052.
45. Clay SW, Conatser RR. Characteristics of physicians disciplined by the state medical board of Ohio. *Journal of the American Osteopathic Association*, 2003, 103:81–88.
46. Kohatsu ND et al. Characteristics associated with physician discipline: a case-control study. *Archives of Internal Medicine*, 2004, 164:653–658.
47. Khaliq AA et al. Disciplinary action against physicians: who is likely to get disciplined? *American Journal of Medicine*, 2005, 118:773–777.
48. Chen J et al. Physician board certification and the care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 2006, 21:238–244.
49. Kmietowicz Z. Revalidation must serve doctors and the public. *British Medical Journal*, 2005, 330:1385–1387.
50. O'Neill O. *A question of trust: the BBC Reith Lectures 2002*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
51. *Rapport relatif aux travaux du groupe à haut niveau en 2006*. Bruxelles, Direction générale « Santé et protection des consommateurs », Commission européenne, 2006 (HLG/2006/8 FINAL).

Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhague Ø,
Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17
Fax : +45 39 17 18 18
Courriel : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int

La présente publication fait partie de la série de synthèses élaborées conjointement par le Réseau des bases factuelles en santé et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Destinée principalement aux responsables politiques en quête de communications inspirant l'action, cette série de synthèses aborde des questions du type : y a-t-il un problème et pourquoi ; que sait-on des conséquences probables liées à l'adoption de stratégies spécifiques en vue d'appréhender le problème et comment, en prenant dûment en compte les considérations relatives à la mise en œuvre des politiques, ces stratégies peuvent-elles être combinées pour constituer des options politiques réalisables.

Cette série, qui développe les rapports de synthèse du Réseau et les synthèses de l'Observatoire, se fonde sur un examen et une évaluation rigoureux des bases factuelles disponibles grâce à la recherche, ainsi que sur une appréciation de leur pertinence dans les contextes européens. Ces synthèses n'ont pas pour objectif de proposer des modèles idéaux ou de préconiser des approches mais visent, par la synthèse de bases factuelles essentielles et leur interprétation en termes de pertinence au regard de la politique, à communiquer des messages à propos des choix de politique éventuels.

Le **Réseau des bases factuelles** en santé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe constitue une source fiable d'informations factuelles à l'adresse des responsables politiques des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS. Il fournit en temps opportun des réponses à des questions politiques dans le domaine de la santé publique, des soins de santé et des systèmes de santé, et ce sous forme de rapports fondés sur des bases factuelles, de synthèses, de résumés ou de notes, et propose sur son site Web un accès facile à des bases factuelles et à des informations en provenance d'un certain nombre de sites Web, de bases de données et de documents (<http://www.euro.who.int/HEN?language=French>).

L'**Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé** est un partenariat qui soutient et promeut l'élaboration de politiques de santé fondées sur des bases factuelles, à la faveur d'une analyse approfondie et rigoureuse des systèmes de santé dans la Région européenne. Il rassemble un large éventail de décideurs politiques, d'universitaires et de praticiens pour analyser les tendances de la réforme des systèmes de santé, et ce en exploitant l'expérience acquise dans toute l'Europe pour faire la lumière sur les questions de politique. Les produits de l'Observatoire sont disponibles sur son site Web (<http://www.euro.who.int/observatory>).