



trio.be

ANALYSE DES SYSTÈMES ET DES POLITIQUES DE SANTÉ

SYNTHÈSE 14

Comment créer les conditions à l'adaptation des compétences des médecins aux nouveaux besoins et à l'apprentissage permanent?

Tanya Horsley, Jeremy Grimshaw et
Craig Campbell



Mots clés:

EDUCATION, MEDICAL,
CONTINUING

QUALITY ASSURANCE,
HEALTH CARE

CLINICAL COMPETENCE

PHYSICIANS, FAMILY -
standards

La présente synthèse fait partie d'une nouvelle série destinée à répondre aux besoins des décideurs politiques et des administrateurs des 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 oeuvre bénéficient d'un examen plus attentif.

© Organisation mondiale de la santé 2010 et
Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire
européen des systèmes et des politiques de santé 2010.

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.

Comment créer les conditions à l'adaptation des compétences des médecins aux nouveaux besoins et à l'apprentissage permanent ?

Table des matières

	Page
Messages clés	
Note de synthèse	
Synthèse	
Thématique : Actualiser et mettre à niveau les qualifications des médecins en fonction de la pratique moderne	1
Garantir la qualité des soins en utilisant des stratégies d'apprentissage permanent	8
Quels sont les options politiques, conditions et stimulants nécessaires pour actualiser les connaissances et qualifications des médecins ?	21
Considérations pratiques	31
Synthèse	35
Références	36
Annexes	40

Auteurs

Tanya Horsley, Centre for Learning in Practice, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Canada

Jeremy Grimshaw, Centre for Best Practices, Institute of Population Health, University of Ottawa and Canadian Cochrane Centre, Canada

Craig Campbell, Office of Professional Affairs/ Centre for Learning in Practice, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Canada

Publié par

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

Rédacteur

Govin Permand

Rédacteurs adjoints

Josep Figueras
Manfred Huber
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Assistants de rédaction

Kate Willows Frantzen
Jonathan North
Caroline White

Rédacteurs invités

Leen Meulenbergs
Willy Palm
Matthias Wismar

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

N° : 14

ISSN 1998-4065

Messages clés

Thématique et contexte

- Les connaissances et qualifications acquises à la fin d'une formation médicale professionnelle universitaire et post-universitaire formelle sont insuffisantes pour entretenir les compétences et performances tout au long d'une carrière et les médecins sont donc supposés s'impliquer effectivement dans des stratégies d'apprentissage permanent.
- Les inquiétudes professionnelles et publiques relatives à la variabilité de la qualité des soins dispensés, à la sécurité du système de santé et à la fréquence des effets secondaires suscitent un intérêt croissant.
- En Europe, il n'existe actuellement aucune approche communément admise à l'apprentissage permanent. Cependant, les avis s'accordent sur le fait que les patients sont mieux soignés lorsque les personnes qui les soignent entretiennent leurs compétences en participant à des stratégies d'évaluation et d'apprentissage continu.
- Actuellement, il n'existe aucune norme régissant les stratégies suivantes d'apprentissage permanent : l'organisation et la gestion d'activités ; les structures stimulantes pour la participation ; les systèmes de classification des activités ou crédits ; les normes d'accréditation ; la discrétion du médecin concernant le choix des activités d'apprentissage ; l'accréditation ex-ante pour les prestataires ; et le sponsoring de l'industrie.

Options politiques

- La discordance entre les attentes des patients et les qualifications des médecins incitent la profession à renforcer ses arguments de "professionnalisme". Pour augmenter la responsabilité, l'engagement obligatoire dans des systèmes ou programmes de développement professionnel continu (DPC) peut être envisagé.
- Il sera important d'augmenter et de garantir la qualité et la rigueur des prestataires ou programme dont les médecins dépendent pour développer et mettre en place un plan d'apprentissage basé sur les besoins et spécifique à la pratique. Le développement d'un système d'accréditation commun de DPC pour les prestataires et programmes est réputé essentiel.
- Pour lever les barrières dans le système des soins de santé et optimiser les avantages d'un apprentissage permanent pour les soins des patients et leurs résultats, les médecins, les prestataires de DPC et le système de soins de santé lui-même doivent adopter une approche de "responsabilité partagée" de l'apprentissage permanent et du DPC.

Considérations pratiques

- Si le but des systèmes de DPC est d'améliorer la délivrance de soins de bonne qualité au patient et, dès lors, d'améliorer les résultats pour le patient, l'environnement dans lequel les médecins exercent doit être à la fois stimulant et conçu de manière à promouvoir et améliorer l'apprentissage.
 - Dans l'Union européenne (U.E.), la diversité des systèmes de DPC devient de plus en plus une barrière pour les adeptes de l'harmonisation de DPC entre les Etats membres. Afin de développer des systèmes nationaux de DPC équivalents et fructueux, les considérations infrastructurelles sont notamment : accord et reconnaissance mutuels du DPC ; uniformité des normes d'accréditation ; mécanismes efficaces et accessibles de délivrance pour DPC ; normes équivalentes pour les sponsorings de l'industrie et mesures d'évaluation des performances.
-

Note de synthèse

Thématique

La connaissance et les aptitudes acquises à la fin d'une formation médicale professionnelle universitaire et post-universitaire formelle ne suffisent pas à entretenir les compétences et performances tout au long d'une carrière. Soit par la participation à des programmes organisés de formation continue, soit par des activités d'apprentissage individuelles, les professionnels de santé sont supposés se mettre à niveau dans leur métier par des pratiques efficaces de gestion des connaissances (pratiques informées sur la base de données factuelles) et des stratégies d'apprentissage autodirigées (apprentissage permanent).

Les professionnels de santé sont supposés participer effectivement à des stratégies d'apprentissage permanent dans des systèmes de santé en constante évolution qui sont de plus en plus mis à rude épreuve en raison de contraintes financières, de travailleurs de santé incompetents (par exemple, pénurie de personnel, éventail inapproprié des qualifications) et d'un accès limité aux données sur les performances ou les résultats actuels pour la santé. Ces défis sont encore aggravés par la surveillance intensifiée des médecins et les inquiétudes publiques liées à la variabilité dans la qualité des soins fournis, la sécurité du système de santé et la fréquence des effets secondaires.

En Europe, il n'existe actuellement aucune approche communément admise à l'apprentissage permanent. Cependant, un large consensus existe quant au fait que les patients sont mieux soignés lorsque les personnes qui les soignent entretiennent leurs compétences en participant à des stratégies d'évaluation et d'apprentissage permanent.

En ce qui concerne l'U.E., en dépit de l'importance croissante de la formation médicale continue (FMC) et de la mise en place d'une revalidation dans certains Etats membres, les informations concernant l'engagement à la FMC, spécifique à un pays, restent lacunaires. La diversité des réglementations sur la FMC entre les pays de l'U.E. met au défi toutes les tentatives d'harmoniser l'apprentissage et la pratique des médecins au-delà de l'U.E. Bien que la FMC reste probablement une responsabilité nationale, il n'existe actuellement aucune norme régissant l'apprentissage post-universitaire des médecins.

Options politiques

L'écart entre les attentes des patients et les aptitudes de leurs médecins défie la relation entre le public et la profession. Ces écarts ont incité la profession à renforcer les arguments de "professionnalisme" et à promouvoir

le développement de programmes d'apprentissage permanent pour renforcer la responsabilité d'entretenir les compétences dans la pratique.

Si une participation obligatoire à l'apprentissage permanent est réputée importante pour la profession et le public, les façons dont de tels systèmes évoluent au sein de l'U.E. ne seront pas nécessairement les mêmes pour tous les médecins.

Idéalement, les systèmes de FMC devraient (notamment) soutenir le développement de qualifications et compétences d'apprentissage permanent, concerner le profil pratique de chaque apprenant, traiter les besoins perçus et non perçus de la pratique professionnelle de chaque apprenant et inclure des évaluations continues de la façon dont l'apprenant individuel ou l'équipe de soins de santé procède. A ce titre, le plaidoyer en faveur de la participation dans des systèmes obligatoires de FMC est basé sur une attente publique, un impératif professionnel et une exigence réglementaire.

Dans les systèmes éducatifs universitaires et post-universitaires de médecine, des méthodologies d'accréditation ont été développées et mises en place sur la base d'un ensemble déterminé de principes, de normes et de mesures. Plusieurs systèmes nationaux ont développé des systèmes d'accréditation basés sur les prestataires de FMC, les programmes ou activités individuels ou les deux. Les systèmes d'accréditation concernant les activités de FMC sont typiquement basés sur une série de normes qui articulent les exigences didactiques et éthiques qu'il faut satisfaire afin qu'une activité soit intégrée dans un système de FMC ou puisse prétendre à des crédits.

L'U.E., plus précisément, offre l'opportunité de promouvoir la reconnaissance mutuelle des systèmes nationaux d'accréditation de FMC entre les Etats membres. La reconnaissance mutuelle a pu être développée de telle manière que tous les systèmes d'accréditation de FMC soient impérativement identiques ou "en substance équivalents". L'équivalence de substance est basée sur la faculté de chaque système de traduire une série commune de principes, valeurs et mesures.

Quelle que soit la portée des activités d'apprentissage intégrées dans les cadres d'apprentissage nationaux de FMC ou le nombre de crédits à atteindre, le processus d'équivalence substantielle est basé sur la faculté des systèmes de FMC à démontrer comment ces principes, valeurs et mesures sont mis en œuvre et exprimés dans chaque système.

Les médecins rencontrent un éventail de barrières potentielles qui pourraient les empêcher d'optimiser les soins sur la base d'activités de FMC. Celles-ci peuvent se produire à différents niveaux (par exemple, structurels, organisationnels, groupes de pairs, individuels) et pour diverses raisons (par exemple, surcharge

d'informations dans des consultations très fréquentées, ce qui conduit à des actes d'omission, des attentes des patients).

Pour lever ces barrières et optimiser les avantages de l'apprentissage permanent pour les soins du patient et leurs résultats, les médecins, les prestataires de FMC et le système de soins de santé lui-même doivent adopter une approche de "responsabilité partagée". Les systèmes de santé peuvent soutenir les activités d'apprentissage permanent de médecins et prestataires de FMC en créant (et en soutenant) un environnement propice à l'apprentissage. Les systèmes de formation et de santé doivent fournir une infrastructure qui favorise une série d'activités à utiliser par les médecins et équipes de santé pour évaluer leurs performances en pratique.

Considérations pratiques

La diversité des systèmes de FMC au sein de l'U.E. est considérée de plus en plus comme une barrière à la poursuite générale de l'harmonisation de la FMC entre les Etats membres par les personnes qui seraient favorables à cette approche. Afin de développer des systèmes nationaux équivalents de FMC, plusieurs questions infrastructurelles doivent être prises en considération.

Tous les médecins, acteurs et sociétés médicales dans chaque Etat membre doivent reconnaître conjointement que l'engagement dans la FMC formelle et, plus généralement, dans l'apprentissage permanent est une obligation éthique et professionnelle reconnue et nécessaire. Une convention de collaboration (entre Etats membres) concernant la valeur et l'éthique professionnelle d'un engagement dans la FMC est une base essentielle.

L'uniformité des normes d'accréditation doit être établie pour garantir que les médecins puissent suivre en toute confiance une formation transfrontalière. L'uniformité devrait exister pour les principes et résultats de l'accréditation des prestataires et organisateurs de FMC. Cette uniformité doit garantir que les médecins à la recherche de formations qui ne sont pas dispensées dans leur propre pays bénéficient d'une équivalence similaire en ce qui concerne les éléments didactiques, les résultats et la qualité.

Une méthode nationale de suivi des activités et résultats de l'apprentissage (par exemple un mécanisme d'enregistrement électronique centralisé) est impérative. Tout comme pour la dispense d'une FMC, les mécanismes de suivi sont supposés être conçus spécifiquement pour s'intégrer dans les infrastructures économiques, sociales, culturelles et technologiques de chaque pays.

Le sponsoring commercial d'activités de FMC a fait l'objet d'une attention croissante ces 10 dernières années. Selon certains, la FMC dépend trop du

soutien financier de l'industrie ; par conséquent, les Etats membres devront envisager des modèles nationaux qui soit interdisent complètement le sponsoring, soit l'autorisent à condition que le sponsor n'exerce aucun contrôle sur le programme pédagogique ou sur l'accréditation au niveau de l'activité.

L'évaluation des médecins doit être intégrée dans le contexte pratique et le système de santé correspondant et soutenue par ceux-ci. L'évaluation doit être considérée comme un processus formatif destiné à l'identification des domaines de la pratique sur lesquels l'apprentissage ultérieur doit être concentré. Par conséquent, l'évaluation doit intervenir dans un environnement sûr et préservé, à la fois des menaces de litige et de la crainte de l'échec.

Synthèse

Thématique : Actualiser et mettre à niveau les qualifications des médecins en fonction de la pratique moderne

L'augmentation du volume et de la complexité des informations et technologies biomédicales impose un défi majeur à la capacité des professionnels de santé de fournir des soins de santé actuels et d'excellente qualité. Les connaissances et qualifications acquises à la fin d'une formation médicale professionnelle universitaire et post-universitaire formelle sont insuffisantes pour garder les compétences et performances tout au long d'une carrière. Par une participation à des programmes organisés de formation continue ou par des activités d'apprentissage individuel, les professionnels de santé sont supposés rester à la pointe de leur pratique. Par ailleurs, ils sont supposés s'engager effectivement dans des stratégies d'apprentissage permanent dans des systèmes de soins de santé en rapide mutation qui, souvent, sont de plus en plus mis à rude épreuve en raison de moyens financiers insuffisants, d'inquiétudes à propos du personnel de santé (pénurie et qualité du personnel) et d'un accès limité aux données sur les performances, la pratique ou les résultats pour la santé. Ces défis sont encore aggravés par la surveillance minutieuse croissante dont les médecins font l'objet et les inquiétudes publiques liées à la variabilité dans la qualité des soins fournis, la sécurité du système de santé et la fréquence des effets secondaires. Collectivement, ces préoccupations ont encouragé à mettre l'accent sur la nécessité de la responsabilisation au sein des professions de santé pour équilibrer la continuité du privilège d'une autorégulation.

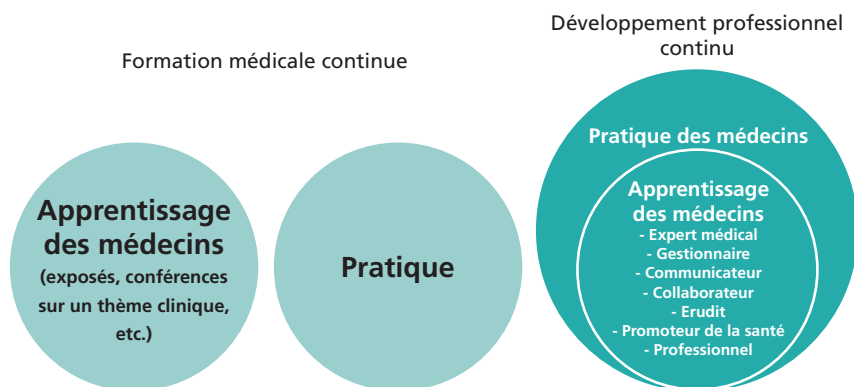
Cette synthèse examine les principales mesures nécessaires pour créer les conditions qui permettent aux médecins d'adapter leurs qualifications dans le contexte des besoins professionnels et de l'apprentissage permanent. Elle souligne les raisons pour lesquelles il est nécessaire de reconsidérer les pratiques d'apprentissage permanent en Europe à différents niveaux (à savoir, apprenant, organisation et systèmes) et explore les options politiques, conditions et stimulants impliqués dans la mise à jour des connaissances et qualifications de tout personnel de santé. Si l'accent est ici placé sur les médecins, bon nombre de ces concepts s'appliquent également à d'autres professionnels de santé. Cette Synthèse examine spécifiquement les options de collaboration entre les pays, y compris les stratégies de promotion de la transmission de l'apprentissage, de la formation et de nouvelles formes de connaissances au-delà des frontières nationales en Europe (en faisant particulièrement référence aux Etats membres de l'U.E.).

Transition de la FMC au DMC

La mise à jour des connaissances et qualifications pour les médecins n'est pas neuve et est largement reconnue comme un élément de professionnalisme en médecine. Cependant, la nécessité d'entretenir des compétences cliniques fait l'objet d'un examen minutieux croissant, alimenté ces dernières années par les attentes suivantes des patients qui vont en s'intensifiant : meilleures communication et collaboration entre les médecins et professionnels de santé ; rôle plus intensif des médecins dans le dépistage et la prévention des maladies ; intégration ponctuelle de la recherche factuelle dans la pratique clinique ; mise en relation des stimulants financiers avec des soins d'excellente qualité ; et utilisation de la FMC pour l'autorisation d'exercer (1).

Etant donné que l'apprentissage pendant la formation formelle n'est plus suffisant pour entretenir les compétences jusqu'à l'âge de la retraite, les médecins doivent s'engager dans des activités d'apprentissage (FMC). Le modèle d'apprentissage de la FMC a historiquement perpétué l'apprentissage comme un accessoire à la pratique quotidienne (une "extension"). Les médecins considèrent traditionnellement l'apprentissage comme un aspect extérieur à leur pratique, par exemple la participation à une conférence ou un exposé (Fig. 1). Ce modèle de FMC inclut plusieurs stratégies éducationnelles destinées à tenir les médecins informés des nouvelles approches de diagnostic, de la gestion des affections cliniques et du développement de nouvelles technologies qui sont tout à fait distinctes de l'environnement clinique et du système de soins de santé. Dans ce modèle traditionnel, les approches de mesure sont principalement axées sur la participation à des activités d'apprentissage de groupe plutôt que sur "l'apprentissage ou les résultats basés sur les compétences".

Fig. 1 FMC traditionnelle contre DPC



La FMC a été critiquée parce qu'elle se contente toujours de limiter l'évaluation au suivi des activités d'apprentissage plutôt qu'à toute mesure rigoureuse d'une progression des connaissances ou aptitudes techniques, de l'amélioration des performances et, point plus important encore, des meilleurs résultats pour le patient. Ce modèle omet également de reconnaître que les médecins ont des préférences d'apprentissage différentes et, à ce titre, nécessitent des stratégies et approches d'apprentissage différentes.

Au cours des 10 dernières années, le concept du DPC a été utilisé de plus en plus pour promouvoir un nouveau modèle d'apprentissage qui engage les médecins dans une étude survolant un éventail élargi de compétences (c'est-à-dire au-delà des simples aptitudes cliniques). De telles compétences sont considérées comme plus pertinentes et réalistes vis-à-vis de l'éventail de qualifications nécessaires pour fournir des soins de santé de qualité. Cette évolution dans la terminologie de la FMC au DPC trouve son origine dans la reconnaissance croissante des limites de l'efficacité de la FMC traditionnelle comme stratégie d'apprentissage et de la dépendance des soins de qualité de multiples domaines de compétence, pas seulement des connaissances médicales. Pour que le DPC soit efficace, les médecins auront besoin d'un apprentissage permanent au-delà de compétences multiples, en utilisant différentes approches pédagogiques mais il faudra également que les stratégies éducationnelles soient étroitement liées à la fois aux besoins cliniques aux besoins des systèmes de santé.

Par ailleurs, il apparaît de plus en plus que l'environnement pratique du médecin est riche en opportunités d'identifier des lacunes dans les connaissances, de générer et résoudre des questions relatives à la pratique et de développer des stratégies d'auto-évaluation (par exemple, analyse des données des performances pratiques, comparaison avec les confrères). Par ailleurs, un changement philosophique concernant la façon dont les médecins doivent apprendre a été observé, mettant en lumière l'apprentissage au sein d'une "communauté d'apprentissage" (par exemple, un groupe d'individus ayant des valeurs et convictions communes) ou d'une équipe ; en fait, l'isolement professionnel a été identifié comme un obstacle, et non comme une force, de l'apprentissage des médecins en pratique (2).

Les académiciens et éducateurs dans la communauté du DPC ont de plus en plus considéré ce type de développement professionnel comme une responsabilité partagée entre l'apprenant individuel (par exemple, le professionnel de la santé), les organisations de DPC (par exemple, prestataires accrédités, éducateurs) et les systèmes de santé (par exemple, cabinets de soins primaires, hôpitaux). Si l'objectif des systèmes de DPC est d'améliorer la délivrance des soins et, partant, les résultats pour le patient, l'environnement (par exemple, hôpital, clinique, service d'urgences) dans lequel les médecins exercent doit être à la fois stimulant et conçu de manière à promouvoir et

améliorer l'apprentissage (par exemple, en fournissant aux médecins un accès à des informations factuelles décentralisées (POC). En outre, étant donné que les médecins travaillent dans des environnements complexes, il est important de garantir qu'eux-mêmes, tout comme les organisations et systèmes de santé, sont adaptables et flexibles.

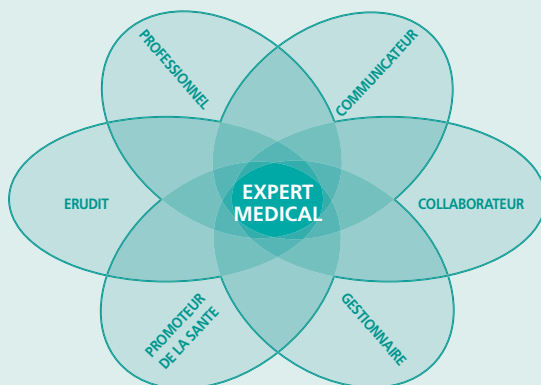
L'apprentissage peut prendre de nombreuses formes : par exemple, les médecins peuvent s'engager dans un apprentissage qui est individualisé ou constitue une partie d'une communauté d'apprentissage ; il pourrait ne pas être planifié (par exemple, résultant d'un incident critique) ou stratégique (par exemple, en poursuivant une question) ; il pourrait être focalisé sur la responsabilité personnelle ou organisationnelle ; et il pourrait être évalué à partir d'une perspective de l'apprenant (par exemple, centrée sur l'apprenant) ou dans une équipe (par exemple, évaluation à 360 degrés qui intègre l'autoévaluation, l'évaluation par les pairs et l'évaluation par les patients afin d'informer les prestataires). La planification ou l'évaluation de modèles de DPC doit impliquer la considération de plusieurs facteurs, y compris (notamment) les questions sociales, culturelles, financières, environnementales, politiques, sexuelles et autres questions contextuelles.

Bien que des progrès modérés en faveur du changement ainsi qu'un accent croissant sur un langage centré sur l'apprenant aient été observés, la notion historique de formation continue – dans laquelle l'apprentissage fait partie d'un système de délivrance structuré et est accessoire à la pratique quotidienne – prévaut généralement (3).

Compte tenu de ce changement d'approche et d'une meilleure reconnaissance de la complexité de la pratique et du champ d'action des médecins, il est important de considérer l'apprentissage des médecins et la mise à niveau des qualifications du médecin comme un processus continu, c'est-à-dire "une partie de son travail". A cet égard, un argument prépondérant dans la politique de formation est le concept de l'apprentissage permanent" (terme qui est souvent mal défini) est "un processus stimulant continu qui stimule et habilite les individus (médecins et autres professionnels de santé) à acquérir toutes les connaissances, valeurs, qualifications et aptitudes dont ils ont besoin pendant toute leur vie" et qui permet l'application de ces aptitudes "avec confiance, créativité et plaisir dans tous les rôles, circonstances et environnements" (4). Cette définition souligne le processus impliqué dans la recherche continue, l'acquisition, le renouvellement et la mise à niveau des connaissances, aptitudes et attitudes. S'il n'existe aucune méthode convenue pour devenir un adepte effectif de l'apprentissage permanent, un principe général évident veut que les médecins apprennent mieux lorsque leur style préféré est adapté à des méthodes d'apprentissage appropriées (5).

Cadre 1 Le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

Le cadre de compétences CanMEDS pour les médecins – développé pour la première fois par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada dans les années 90 et mis à jour en 2005 (6) est un exemple d'un cadre concret de FMC qui couvre des compétences multiples en pratique. Le diagramme ci-dessous illustre les domaines, interconnexions et intersections des six rôles CaMEDS (communicateurs, collaborateurs, manager, avocat de défaut de la santé, boursier professionnel) qui représentent ensemble la compétence d'un "expert médical" (7).



ROYAL COLLEGE
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA

CANMEDS

- En tant qu'*experts médicaux*, les médecins jouent tous les rôles CanMEDS et utilisent leur savoir médical, leurs compétences spécialisées cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins axés sur les patients. Le rôle d'*expert médical* est le rôle pivot du médecin.
- En tant que *communicateurs*, les médecins facilitent efficacement la relation médecin patient et les échanges dynamiques qui se produisent avant, pendant et après le contact médical.
- En tant que *collaborateurs*, les médecins travaillent efficacement dans une équipe de soins de santé afin de prodiguer des soins optimaux aux patients.
- En tant que *gestionnaires*, les médecins participent à part entière à la vie d'organisations prodiguant de soins de santé où ils gèrent des pratiques durables, prennent des décisions sur l'affectation des ressources et contribuent à l'efficacité du système de soins de santé.

- En tant que *promoteurs de la santé*, les médecins utilisent leur expertise et leur influence de façon responsable pour promouvoir la santé et le mieux-être des patients collectivités et populations.
- En tant qu'*érudits*, les médecins démontrent un engagement de toute une vie envers l'apprentissage fondé sur la réflexion, ainsi que la création, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances médicales.
- En tant que *professionnels*, les médecins sont voués à la santé et au mieux-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique, à l'autoréglementation de la profession et aux critères rigoureux de comportements personnels.

Le cadre CanMEDS a été rédigé par des médecins, pour des médecins. Il est destiné à répondre à des besoins sociétaux et son objectif ultime est universel au-delà des juridictions de santé, à savoir garantir des soins optimaux pour le patient (6). Ce cadre basé sur les compétences peut être utilisé comme support pour les décideurs politiques et les acteurs en vue de la détermination de méthodes de travail efficaces avec les médecins et personnes engagées dans la poursuite de soins de santé d'excellente qualité (6).

Copyright© 2006 Le Collègue Royale des Médecins et Chirurgiens du Canada.
<http://rcpsc.medical.org/canmeds>. Reproduit avec autorisation

Le contexte européen

En dépit de l'importance croissante de la FMC (comme on l'appelle généralement au sein de l'U.E. ; ici, l'approche est désignée seulement par DPC) et de la mise en œuvre de la revalidation au sein de certains pays de l'U.E., les données spécifiques au pays restent lacunaires. Une conclusion s'impose toutefois : les réglementations du DPC sont actuellement très diversifiées entre les Etats de l'U.E. Bien que le DPC reste probablement une responsabilité nationale, il n'existe actuellement aucune norme régissant les points suivants : l'organisation et la gestion des activités ; les structures stimulant la participation ; les systèmes de classification des activités ou crédits ; les normes d'accréditation ; la discrétion des médecins concernant le choix d'activités d'apprentissage ; l'accréditation *ex ante* pour les prestataires ; et le sponsoring de l'industrie (8).

Dans une tentative de garantir la compétence des médecins, des initiatives de revalidation ont été introduites dans les systèmes de réglementation professionnelle dans certains pays. L'objectif de la revalidation de médecins est de réaffirmer que la compétence et les performances des médecins sont maintenues à niveau conformément à un corpus défini de règles professionnelles préalablement spécifiées. La démonstration des compétences et performances constantes des médecins – obtenues au moyen de programmes de FMC (ou de systèmes engagés à ces valeurs et principes) – est un pilier de l'autorégulation professionnelle.

La gouvernance de systèmes de DPC est également hétérogène et intervient au niveau régional ou national bien qu'elle soit plus fréquente au niveau national. En Europe, les instances médicales professionnelles ou assureurs régulent l'apprentissage permanent en utilisant une équipe d'acteurs pour garantir le respect des normes. Les différents rôles des autorités publiques et associations médicales dans les Etats membres individuels, associés aux défis de la langue, augmentent la complexité du système de DPC dans l'U.E.

La plupart des pays ont adopté un système qui exige des professionnels de santé d'obtenir un certain nombre de crédits dans une période de temps donnée qui va, selon les Etats, d'un an (Belgique) à cinq ans (France). Toutefois, bien que de nombreux pays aient adopté une approche obligatoire (par exemple, France, Italie, Autriche, Royaume-Uni, Croatie, Hongrie), cette approche décrit dans de nombreux cas une orientation du processus plutôt qu'un système réglementaire : il n'existe pas de conséquences formelles lorsque les médecins ne la respectent pas. Cependant, cette règle connaît plusieurs exceptions, dont la Croatie (tout non-respect nécessite un examen avant de pouvoir continuer d'exercer), l'Allemagne (remboursement réduit ; après deux ans, l'accréditation est retirée) ; la Hongrie (le non-respect nécessite un examen spécial devant une commission), les Pays-Bas (retrait du registre médical), la Roumanie (révocation des droits d'exercer), la Slovénie (nouvel examen), la Suisse (perte de l'affiliation à l'Association médicale suisse) et le Royaume-Uni (supervision de la pratique). Les stimulants financiers pour la revalidation existent pour la Norvège (uniquement pour les médecins généralistes spécialisés) et la Belgique (uniquement pour les médecins non hospitaliers). Différentes formes de sponsorings d'événements de DPC sont autorisées (sauf dans le cas de la Norvège) à condition que les conflits d'intérêts soient clairement déclarés et que la publicité pendant ces manifestations soit strictement interdite.

La mobilité des professionnels et des patients fait aussi l'objet d'un regain d'attention. Les inquiétudes portent sur la meilleure façon de garantir la compétence des médecins autorisés à exercer dans un Etat membre lorsqu'ils choisissent d'exercer dans un autre. Les défis supplémentaires auxquels les Etats membres de l'U.E. sont confrontés comprennent l'échec du cadre légal européen pour reconnaître l'introduction, dans certains pays, d'une validation périodique et d'une exigence de participer au DPC (9). Pour cette raison, la revalidation dans l'U.E. suscite un intérêt croissant.

Pour compliquer encore ces défis, l'accès à un matériel en ligne est souhaité et intensifié. Avec l'introduction du World Wide Web comme véhicule pour entreprendre un apprentissage permanent, les activités de DPC ne sont plus limitées par des contraintes géographiques. Il faut tenir compte des principes, valeurs et mesures par lesquels les médecins qui s'engagent dans un DPC dans

un Etat membre peuvent intégrer cet apprentissage dans les exigences de l'Etat dans lequel ils exercent actuellement.

Ce que nous constatons, par conséquent, c'est qu'en Europe, il n'existe actuellement aucune approche communément admise à l'apprentissage permanent. Cependant, un large consensus existe quant au fait que les patients sont mieux soignés lorsque les personnes qui les soignent entretiennent leurs compétences en s'engageant dans des stratégies d'évaluation et d'apprentissage permanent. Idéalement, ces stratégies devraient être "très autonomes avec un contenu, des méthodes d'apprentissage et des ressources d'apprentissage choisis spécifiquement aux fins d'améliorer les connaissances, les qualifications et les attitudes dont les médecins ont besoin dans leur vie professionnelle quotidienne aux fins de parvenir à de meilleurs résultats pour les patients" (10). Les politiques d'apprentissage continu doivent également être développées pour traduire l'évolution des circonstances économiques, politiques et sociales : par exemple, il se pourrait qu'elles doivent intégrer des approches efficaces pour la maintenance et l'amélioration des aptitudes dans un personnel de santé vieillissant qui est actuellement confronté à des avancées technologiques rapides et une restructuration organisationnelle.

Dans la suite de la discussion, la section suivante aborde les questions suivantes.

- Quelles sont les aptitudes dont les médecins pourraient avoir besoin à l'avenir afin d'être "de bons adeptes de l'apprentissage permanent" ?
- Quels sont les besoins et questions spécifiques qui pourraient déclencher une reconsidération des concepts et processus d'apprentissage permanent en Europe ?
- Existe-t-il des modèles ou cadres pour le DPC qui pourraient être utilisés comme plates-formes pour développer de nouveaux modèles d'apprentissage permanent (ou modifier les modèles existants) en Europe ?

Garantir la qualité des soins en utilisant des stratégies d'apprentissage permanent

Quelles sont les aptitudes dont les médecins pourraient avoir besoin à l'avenir afin d'être "de bons adeptes de l'apprentissage permanent" ?

Pour commencer à développer un modèle d'apprentissage permanent qui serait pertinent dans toute l'Union européenne, il faut comprendre les aptitudes de base dont les médecins ont besoin afin d'être "efficaces" en tant qu'apprenants. Ces aptitudes peuvent alors être traduites en besoins au niveau individuel, au niveau de l'organisation fournissant le DPC et au niveau des

systèmes (c'est-à-dire en relation avec la mise en œuvre et les options politiques).

Les défenseurs d'une approche d'apprentissage permanent argumentent que les médecins peuvent seulement suivre un apprentissage permanent efficace s'ils commencent à exercer avec un corpus défini de compétences d'apprentissage. Des exemples de telles compétences ont été définis par le Working Group for Pursuing Excellence in Practice (un atelier CanMEDS sur l'apprentissage permanent) (11). Ces compétences permettent aux médecins de se fonder sur des expériences pratiques pour procéder à une évaluation et une révision critiques de leur pratique par un processus de réflexion qui permet de "démêler des situations complexes" et "d'apprendre de l'expérience" (12). Au cours des 10 dernières années, une attention soutenue a été accordée à la modification de programmes médicaux afin de traiter certaines de ces compétences. Cela a suscité de grandes opportunités pour les organisations, les sociétés spécialisées et les instances accréditées afin d'envisager de renforcer leurs activités de DPC. Les compétences d'apprentissage définies par le Groupe de Travail –suggérées comme exigences pour la pratique – peuvent être divisées en cinq catégories, telles qu'elles sont décrites ci-dessous.

Connaissance du profil pratique du médecin

La première compétence d'apprentissage est la faculté de créer et d'utiliser un profil pratique qui décrit les problèmes et questions soulevés dans sa propre activité. Le développement d'un profil pratique permet au médecin de développer une stratégie d'apprentissage qui peut être associée spécifiquement à sa pratique (13) dans le cadre du contexte plus large au sein du système des soins de santé. Cette compétence renforce la capacité du médecin à s'engager dans des activités d'apprentissage qui sont pertinentes pour son travail quotidien en tant qu'apprenant individuel et dans le cadre d'une équipe de soins de santé. Pour la plupart des médecins, les nombres et types de problèmes cliniques qu'ils évaluent, diagnostiquent et gèrent auront une influence profonde sur leurs stratégies d'apprentissage permanent. Cependant, l'apprentissage peut être associé à d'autres dimensions de la vie professionnelle telles que l'éducation, la recherche et l'administration (par exemple, éthique médicale, gestion des risques, sécurité des patients, gestion du bureau et promotion de la santé).

La création d'un profil pratique précis nécessite l'examen et l'intégration d'un corpus divers de sources de données telles que les dossiers électroniques de santé, les registres de patients et les données des demandes de remboursement. A partir de ces sources de données, les médecins devraient également avoir accès à différents types de données fiables, y compris des schémas de pratique et de prescription, des niveaux de performance, des

incidents critiques, etc. Les profils pratiques permettent aux médecins de choisir les activités d'apprentissage appropriées (par exemple, s'il existe des lacunes dans les connaissances), de créer des objectifs d'apprentissage mesurables et de parvenir à des mesures pertinentes des résultats. A mesure que la pratique du médecin évolue au cours de sa carrière, un profil pratique nécessite une réévaluation et une actualisation continues. Une connaissance de sa pratique par le médecin pourrait être facilitée par le système de santé, par le biais de la fourniture de données d'audit et de feed-back.

Analyse de l'environnement

La deuxième compétence d'apprentissage réside dans la faculté d'analyser systématiquement et efficacement son environnement pour arrêter des idées nouvelles et pertinentes. Les exemples comprennent la faculté d'identifier des innovations au stade du développement, d'identifier de nouvelles données factuelles qui ont été examinées et approuvées par la profession (par exemple, des directives pratiques) et d'identifier d'anciennes pratiques qui devraient être interrompues parce qu'elles ne sont plus efficaces ou sont potentiellement nuisibles.

Au niveau individuel, les médecins sont confrontés à une "marée" d'informations qui sont disséminées dans des milliers de journaux, de manuels, de monographies, de rapports et de lignes directrices (14, 15, 16). Une approche systématique de l'analyse permet aux médecins de filtrer des informations sur la base de leur pertinence et de leur validité, s'assurant qu'ils passent en revue les informations les plus utiles cliniquement (17). Des exemples comprennent les stratégies de diffusion électronique des connaissances qui font circuler des synthèses de la littérature pertinente ou de critiques d'articles, des alertes médicamenteuses ou des directives pratiques. L'analyse pourrait également inclure des systèmes de rappel dans les dossiers électroniques de santé, la participation à des tables rondes ou conférences ou le partage d'idées avec des pairs, des collègues ou d'autres professionnels de santé qui possèdent des pratiques identiques ou partagées.

Gestion des connaissances en pratique

La troisième compétence d'apprentissage est la faculté d'établir un système personnel de gestion des connaissances qui forme les bases à la littérature d'information. Par exemple, les apprenants pourraient constituer des "RSS feeds" (informations personnalisées sur le web réunies par le médecin individuel) : ce système devrait fournir les dernières informations pertinentes au profil pratique du médecin individuel et devrait utiliser des bases de données bibliographiques en ligne qui peuvent classer et enregistrer les dossiers pour les retrouver facilement. Pour que ce travail fonctionne de manière efficace et rentable, les organisations doivent garantir que les ressources adéquates sont

en place. Tout au moins, par exemple, les médecins devraient avoir un accès aisé aux systèmes informatiques, un accès aux ressources clés de données factuelles (par exemple, la Collaboration Cochrane), des outils décentralisés (POC) (par exemple, outils de recherche dans des bases de données électroniques) et d'autres technologies liées à des ressources à base d'Internet. Le développement de matières didactiques orientées sur la théorie, de cours en ligne, de manuels d'apprentissage et d'autres formes d'outils pédagogiques destinés à former les médecins à la méthode de gestion de leur pratique est essentiel. A nouveau, l'apprentissage devrait être considéré comme un impératif partagé par tous les éléments du système (individu, organisation fournissant le DPC et système de santé). Chacun des éléments devrait être complémentaire au lieu d'agir comme une barrière à l'apprentissage dans le système considéré dans son ensemble. Des critères pourraient alors être définis pour les articles qui devraient être lus en profondeur (par opposition à ceux qui doivent simplement parcourus) et associés à l'utilisation d'un portefeuille d'apprentissage destiné à choisir et gérer les projets d'apprentissage qui soutiennent une amélioration continue de la pratique. Finalement, les forums de discussion en ligne fournissent des moyens d'échanger de nouvelles informations et idées pour améliorer la pratique.

L'expansion rapide des connaissances médicales implique que les médecins doivent être capables de s'adapter aux changements et d'améliorer en permanence leurs performances (18). La capacité d'établir et de mettre en place un système personnel de gestion des connaissances (sélection des lectures, gestion des ressources pour un apprentissage efficace au travail, tenue de dossiers qui décrivent l'expertise personnelle) est une compétence clé. Les médecins ont besoin d'une formation afin de constituer ces types de portails d'apprentissage personnalisés dans lesquels les connaissances spécifiques aux besoins d'individus peuvent leur être "amenées" ou être "extraites" rapidement des sources en ligne (19,20).

Soulever des questions et y répondre

La quatrième compétence d'apprentissage est la faculté de formuler de 'bonnes' questions et de montrer des façons de traduire ces questions en opportunités d'apprentissage. Poser des questions est une activité naturelle et fréquente des médecins (21). Certaines questions traduisent un besoin immédiat de lever une incertitude ou de résoudre un problème. Par exemple, pendant les soins d'un patient individuel, la création d'une question traduit souvent le besoin d'acquérir des données factuelles afin de prendre une décision. D'autres questions ne sont pas ponctuelles et sont générées pour parvenir à une meilleure compréhension conceptuelle ou sont basées simplement sur une attitude de curiosité. Les questions peuvent être stimulées par un spectre d'activités (par exemple, assister à des tables rondes, lire

la littérature, enseigner ou passer en revue les données des performances) et peuvent identifier les besoins d'apprentissage au travers de multiples compétences.

Etant donné que les médecins apprennent mieux lorsque l'apprentissage est contextuel, s'adresse à un besoin spécifique et concerne directement leur travail (22,23), la faculté de soulever une question bien formulée et d'y répondre est une compétence centrale de l'apprentissage. Malheureusement, de nombreuses questions évoquées en pratique restent sans réponse en raison d'un manque d'accès à des ressources de connaissances au chevet du patient, d'un manque de temps pour chercher les renseignements et du défi de formuler des questions auxquelles il est possible de répondre (21,22). Par conséquent, une responsabilité partagée entre les individus et organisations pourrait être envisagée, les organisations garantissant que les "ressources d'apprentissage" (par exemple, accès à Internet et matériel didactique pertinent tel que les journaux médicaux et les cours en ligne) sont facilement accessibles.

L'accès à l'utilisation – et la promotion de celle-ci – d'outils de formulation de questions tels que le PICO (Population, Intervention, Comparateur et Résultat) peut aider à définir des stratégies de recherche et à analyser les preuves dans les domaines cliniques (24,25). La mise en place de registres centralisés, de stratégies et/ou d'outils destinés à enregistrer, suivre et résoudre (démêler) des questions peut faciliter l'évaluation des connaissances et sa traduction en pratique.

Evaluation pratique et amélioration

La cinquième compétence d'apprentissage est la faculté d'utiliser les processus et outils pour évaluer et mesurer en permanence l'impact de l'apprentissage sur l'amélioration des compétences, des connaissances et des performances en pratique. Du point de vue de l'individu/de l'équipe, l'évaluation est un composant essentiel d'un apprentissage efficace de l'individu/du groupe en ce sens qu'il permet aux individus ou aux équipes de santé de répondre à la question "Mes/nos connaissances et facultés sont-elles actuelles ?"

Les stratégies d'évaluation comprennent l'évaluation des connaissances par des questions à choix multiple ou à réponse rapide, les simulations (en utilisant des patients standardisés, des mannequins reproduits fidèlement ou une simulation informatisée), l'observation directe et la méthode d'audit et de feed-back.

Les organisations et systèmes de santé doivent être fortement encouragés à développer et promouvoir des processus qui fournissent des données pertinentes et un feed-back aux apprenants afin d'identifier les lacunes (avec ou sans données comparatives d'autres médecins aux pratiques comparables) qui permettent l'identification de besoins pour le reste inaperçus. Les plans

de DPC résultant de telles stratégies d'évaluation contribuent à la réalisation de résultats mesurables.

L'utilisation par les médecins de données pour améliorer les compétences et performances restent rares (26) et leurs propres évaluations de leurs forces et faiblesses dans les domaines des connaissances, des aptitudes, des attitudes ou des performances sont souvent imprécises (27). Les comparaisons entre les évaluations subjectives du médecin et les observations externes démontrent peu, voire pas de corrélation ou montrent une relation inverse (28). Les médecins dont les niveaux de précision sont les plus mauvais en termes d'autoévaluation se sont avérés les moins qualifiés et les plus confiants (29). Ces études étayent la nécessité de développer de nouvelles initiatives et de nouveaux formats pour améliorer le processus d'autoévaluation et évaluer des domaines de compétence plus étendus (tels que l'apprentissage permanent) avec plus de précision (27).

Pour traiter les lacunes dans les connaissances, les aptitudes ou performances, les médecins doivent avoir à la fois l'opportunité et la faculté de s'engager dans des évaluations de leur pratique professionnelle – de les planifier, ils doivent mesurer leurs performances par rapport à des normes de soins spécifiques et ils doivent ensuite traduire leurs conclusions en plans réalisables en pratique. Malheureusement, aucune option d'évaluation n'est uniformément efficace et l'amélioration moyenne des performances avec les approches existantes est modeste (en général, 5 à 10 %) (30).

Il est impératif que les options politiques intègrent ces domaines de compétence afin de garantir qu'il existe une responsabilité partagée entre le médecin individuel, les organisations qui développent des ressources de DPC (par exemple, les sociétés spécialisées) et le système de santé (par exemple, les hôpitaux ou autorités réglementaires régionales).

Quels sont les besoins et questions spécifiques qui motivent l'analyse des concepts et processus d'apprentissage permanent en Europe ?

L'efficacité des systèmes de DPC dans l'engagement de médecins dans l'apprentissage qui est lié directement à des meilleurs soins des patients reste incertaine. Actuellement il n'existe aucune stratégie ou convention cohérente concernant la façon dont l'apprentissage permanent devrait être organisé, structuré, fourni, documenté et régulé en pratique. Cependant, les besoins et questions spécifiques motivant la nécessité de reconsidérer les concepteurs d'apprentissage permanent en Europe – et dans l'Union européenne spécifiquement – sont résumés ci-dessous sur la base des principaux thèmes émergeant dans la littérature (1).

Participation dans des activités d'apprentissage permanent : obligatoire contre volontaire

Les changements rapides des données factuelles qui informent des soins des patients impliquent que les membres du corps médical doivent s'engager dans des activités d'apprentissage destinées à améliorer leurs connaissances, leurs qualifications, leurs compétences et leurs performances. Afin de garder le privilège de l'autorégulation, les membres du corps médical ont l'obligation de participer au DPC pour démontrer (au public) les compétences qu'ils prétendent avoir.

Définitions de la nécessité d'une certification limitée dans le temps et des exigences d'une nouvelle certification

La mise en œuvre d'un système d'évaluation des compétences se termine traditionnellement lorsque les médecins commencent à exercer. L'adage selon lequel "une fois qu'on le sait, on ne l'oublie jamais" n'est plus défendable. Bien que les systèmes réglementaires puissent utiliser soit une stratégie formative, soit une stratégie sommative, il est nécessaire de définir un processus – ancré sur les compétences et performances – pour promouvoir l'excellence.

Gestion des systèmes ou activités d'apprentissage permanent (par exemple, nationaux ou régionaux)

La durabilité de l'apprentissage individuel, en groupe ou en équipe nécessitera de soutenir des systèmes d'apprentissage qui facilitent les compétences de l'apprentissage permanent, les systèmes de gestion des connaissances pertinentes pour la pratique individuelle et les données qui permettent l'identification de lacunes dans les compétences et performances. Ce système nécessitera le développement d'activités d'apprentissage formelles, d'évaluation et d'apprentissage basé sur la pratique.

Définitions des sanctions ou implications de défaut de participation une FMC

Bien que la participation à la FMC soit actuellement obligatoire dans certains pays, les sanctions ou implications pour les non-participants restent à définir. Si les médecins ne s'engagent pas dans des systèmes d'apprentissage destinés à renforcer leur DPC, il est nécessaire de définir une série de facteurs qui méritent d'être pris en considération avant tout retrait de privilèges ou du droit d'exercer. Ces étapes pourraient impliquer de prendre en considération des facteurs contextuels, d'explorer de quelconque barrières qui pourraient avoir limité l'engagement au système d'apprentissage et le respect explicite de la procédure adéquate.

Développement de structures stimulantes pour une participation efficace à des activités de FMC/DPC (par exemple, systèmes de crédits, options de rétribution en fonction des performances)

Les systèmes pour la stimulation de l'engagement dans les activités de FMC/DPC varient dans le monde entier et vont des privilèges hospitaliers à la rémunération en passant par le droit d'exercer. Les stimulants peuvent impliquer des motivateurs internes (professionnalisme) ou externes (rétribution en fonction des performances) ou des menaces (réductions du remboursement). Les stratégies stimulantes nécessitent une considération attentive afin d'éviter les conséquences inattendues.

Développement de classifications ou de taxonomies pour les activités de DPC au-delà des systèmes nationaux

Etant donné que les médecins peuvent circuler librement d'un système à l'autre pour s'engager dans des activités d'apprentissage, il est nécessaire d'appliquer une classification commune des activités qui favorise la compréhension et le transfert des crédits. Etant donné que des conditions similaires sont utilisées (par exemple, autoévaluation) dans différents contextes pour décrire différentes activités, le développement d'une taxonomie commune sera précieux pour la promotion de l'intégration d'activités de DPC dans les systèmes nationaux.

Définitions des principes, valeurs et mesures des systèmes d'accréditation de DPC : focalisation sur les prestataires de DPC, les activités/programmes ou les deux

Les systèmes d'accréditation, que le DPC soit fourni par une organisation ou qu'il fasse partie d'un programme individuel, sont développés pour traiter des facteurs contextuels et culturels spécifiques ou de priorités éducationnelles. La faculté de différents systèmes de DPC de se reconnaître mutuellement et de collaborer à leur développement futur peut cependant être facilitée en parvenant à un consensus en ce qui concerne un corpus de principes, valeurs et mesures que tout système de DPC devrait traduire. Ce processus contribue à définir les bases à une équivalence substantielle entre différents systèmes d'accréditation de DPC.

Détermination du degré de choix des médecins pour choisir les activités d'apprentissage qui répondent aux besoins d'apprentissage spécifiques à leur pratique

L'apprentissage en pratique est contextuel et doit être motivé par les besoins spécifiques des médecins. Étant donné que différents médecins apprennent à traiter leurs besoins ou problèmes de différentes manières, les systèmes de DPC

doivent inclure une large gamme de stratégies d'apprentissage et encourager les apprenants à choisir ou à intégrer différentes stratégies d'apprentissage (par exemple, variables par leur type et leur séquence) afin de leur permettre de traiter des besoins spécifiques.

Accréditation ex ante pour les prestataires

Les médecins sont supposés s'engager dans des opportunités d'apprentissage qui sont raisonnablement exemptes de toute influence commerciale et qui sont centrées sur l'apprenant. Dans un système national de DPC, ces opportunités d'apprentissage doivent être accréditées ; la désignation est considérée comme un marqueur d'approbation ou de qualité, confirmant que certains standards ou critères sont bien remplis. L'accréditation ex ante permet aux prestataires d'être reconnus en tant que prestataires accrédités capables d'accréditer complètement des événements de DPC, à la fois locaux et nationaux.

Définition de l'implication industrielle et du sponsoring des activités ou événements de DPC

Les activités éducationnelles qui sont intégrées au sein d'un système national de DPC doivent être développées pour garantir que le contenu est d'une qualité académique et d'une intégrité optimales, qu'il est équilibré et qu'il est exempt de toute influence commerciale. L'acceptation d'une aide financière de l'industrie pour les activités ou événements de DPC accrédités doit être motivée par une série de normes ou directives éthiques qui décrivent explicitement comment de tels fonds seront reçus et reconnus.

Existe-t-il des modèles ou cadres de DPC qui pourraient être utilisés comme plate-forme pour développer des nouveaux modèles ou modifier les modèles existants d'apprentissage permanent en Europe ?

Les modèles d'apprentissage permanent présentent un caractère hétérogène dans le monde entier. Ces différences existent en partie en raison de la grande diversité dans les domaines suivants : la structure des systèmes de soins de santé, les modèles éducatifs médicaux ; les systèmes d'accréditation ; les constructions socioéconomiques et la géographie. En dépit de ces variations, il existe quelques caractéristiques communes énumérées ci-dessous (31).

- Bon nombre d'entre eux emploient des systèmes de crédits (par exemple, les heures d'activités éducatives sont égales aux crédits).
- Les activités sont classées comme suit : activités "live" ou externes (par exemple, cours, séminaires) ; activités internes (par exemple, activités basées sur la pratique, conférences basées sur une étude de cas) ; et les matériaux durables (par exemple, imprimés, CD).

- Dans les systèmes qui prévoient une recertification ou une revalidation obligatoires, la démonstration d'un engagement continu à l'apprentissage est obligatoire.

Il existe trois modèles qui pourraient être considérés comme une plate-forme pour modifier les modèles existants ou pour développer un nouveau modèle d'apprentissage permanent pertinent pour les Etats membres de l'Europe et l'U.E. en particulier.

Un modèle basé sur les résultats

Un modèle basé sur les résultats (32) est concerné principalement par les performances des médecins et se concentre finalement sur les résultats améliorés pour le patient. Les évaluations des performances peuvent se concentrer sur des variables dans le processus des soins ou sur les résultats pratiques. Les évaluations peuvent être complétées individuellement ou collectivement mais sont souvent limitées par une disponibilité médiocre des données, des outils ou des stratégies de support. Des registres de données au niveau institutionnel, régional, provincial ou national peuvent donner aux spécialistes un accès à leurs données de performances concernant soit leurs pairs, soit les normes de soins établies.

Les preuves concernant l'efficacité des techniques d'évaluation (telles que l'audit et le feed-back, les visites académiques, la simulation, les programmes d'autoévaluation, le feed-back multisource et l'utilisation des dossiers électroniques de santé) se sont avérées améliorer la pratique professionnelle et dans certains cas la qualité générale des soins. Les effets de ces techniques sur les résultats pour le patient restent cependant relativement méconnus. La littérature sur l'autoévaluation des médecins démontre que la capacité d'un médecin à autoévaluer l'un des composants de sa pratique professionnelle avec précision est limitée à moins qu'un processus rigoureux n'ait été mis place et qu'il soit guidé par les données sur les performances (33,34). Les médecins très performants sous-estiment leurs capacités et la précision la plus médiocre en termes d'autoévaluation a été enregistrée par les médecins qui étaient les moins qualifiés et les plus confiants (27). Pour un examen de l'approche d'audit et de feed-back comme mécanisme spécifique pour garantir une bonne pratique médicale, voir le Condensé thématique 3.

L'évaluation des médecins doit être intégrée – et soutenue – par le contexte pratique et le système de santé dans lequel les spécialistes exercent. L'évaluation doit être considérée comme un processus formatif destiné à identifier les domaines de la pratique sur lesquels l'apprentissage permanent doit être concentré. Par conséquent, l'évaluation doit intervenir dans un environnement sûr, préservé des menaces de litiges et des craintes d'erreur. L'évaluation doit être pertinente pour chaque dimension de la pratique professionnelle (clinique,

éducative, administrative et recherche) dans tous les domaines de contenu (connaissances, aptitudes et attitudes) et dans chaque rôle ou compétence, tel qu'il est défini dans le modèle CanMEDS illustré dans la Figure 1. Finalement, les stratégies d'évaluation doivent être favorisées à la fois à un niveau et dans une perspective individuels (par exemple, analyse de sa pratique personnelle) et collectifs (analyse de la pratique collective).

Modèle basé sur les compétences

Les normes d'accréditation pour les organisations ou programme de DPC sont basées en grande partie sur une série de critères éducatifs qui commencent par l'évaluation d'un certain type de besoin. Pour la majorité des programmes, ces besoins sont définis par des commissions de planification qui reflètent l'audience cible recherchée. L'évaluation des besoins informe le développement des objectifs d'apprentissage, de la sélection des méthodes éducatives et du succès dans la satisfaction des besoins des médecins. L'hypothèse est que la participation conduira à l'apprentissage qui se traduira dans la pratique. L'impact du DPC formel basé sur ce mode de planification du programme a été étudié extensivement. Plusieurs analyses systématiques récentes examinant l'impact ou l'efficacité de l'apprentissage en groupe sur les résultats définis ont identifié qu'il avait un impact modérément positif sur les niveaux de connaissance mais seulement un impact minime, voire négligeable sur les comportements politiques et les résultats du patient (35,36). Compte tenu des limitations des systèmes actuels de DPC (focalisation sur les résultats de la satisfaction et manque d'une approche basée sur les besoins, etc.), le rétablissement d'un système de DPC autour des compétences qui améliorent les performances, améliorent la qualité des soins et augmentent la sécurité pour le patient présente des avantages.

Le DPC basé sur les compétences favorise l'importance de l'apprentissage destiné à réaliser des améliorations quantifiables en pratique. Si les résidents commencent à exercer avec les compétences d'apprentissages requises, ils sont en mesure de développer un plan de DPC spécifique à la pratique qui répond à leurs besoins, améliore leurs performances en continu et mesure l'impact de leur apprentissage sur leur pratique et le système de santé dans lequel ils évoluent (37). Les compétences favorisent l'engagement dans l'apprentissage qui est basé, en partie, sur des évaluations authentiques des connaissances, aptitudes et compétences actuelles. Le DPC basé sur les compétences ne devrait pas limiter l'apprentissage à une salle de conférence ou un atelier en petit groupe. L'apprentissage qui améliore les compétences doit se dérouler dans le cabinet du médecin par l'échange d' "anecdotes" et des connaissances tacites, dans des centres de simulation et en exerçant sous la surveillance d'un mentor ou coach. Les opportunités d'apprentissage doivent être associées le plus étroitement possible à la pratique, permettant ainsi aux individus

d'appliquer et d'évaluer rapidement ce qu'ils ont appris par les cours ou des ateliers dans leur contexte pratique.

De la même manière, le modèle de DPC basé sur les compétences n'est pas limité aux évaluations des connaissances, aptitudes ou performances dans la pratique clinique : les évaluations sont également nécessaires dans des zones de compétences multiples telles que les aptitudes de communication, la collaboration et les aspects du professionnalisme. Au lieu de simplement documenter une participation dans des activités d'apprentissage "pour des crédits", une approche du DPC basé sur les compétences devrait exiger des médecins qu'ils développent des activités d'apprentissage afin de répondre aux résultats définis et mesurables.

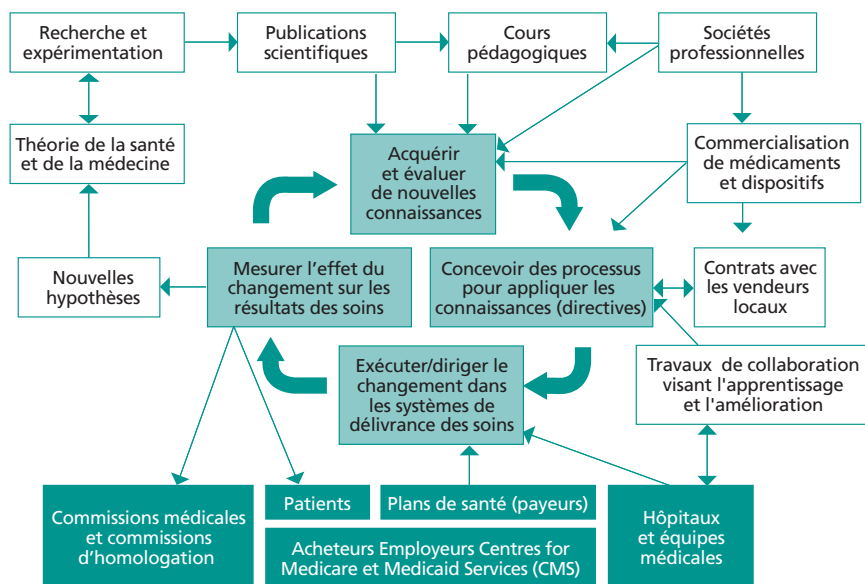
Le DPC basé sur les compétences change l'approche de l'identification des besoins basée sur la perception et l'opinion des besoins dérivés des mesures des performances, des résultats pour la santé et des effets secondaires. Le processus de planification pour un événement d'apprentissage basé sur les compétences commencera en gardant l'objectif final à l'esprit pour revenir en arrière au lieu de commencer par ce que veulent les médecins et d'espérer que ce qu'ils apprennent se traduira en pratique (38). Le DPC basé sur les compétences intègre le développement d'activités d'apprentissage dans un large éventail de conférences, de tables rondes, d'évaluations, dans une pratique réelle, simulée ou virtuelle. Afin de répondre aux besoins des différents médecins à différents niveaux dans le processus de changement, chaque activité d'apprentissage doit avoir plusieurs couches de complexité. Finalement, le DPC basé sur les compétences favorise la mesure des résultats au-delà de la satisfaction des apprenants ; c'est nécessaire pour garantir que les connaissances, aptitudes ou compétences acquises sont traduites et intégrées dans la pratique. Les organisations de DPC contribuent en grande partie au développement d'un cadre de compétences qui s'étend au-delà de l'éducation post-universitaire et facilite la capacité des médecins individuels à atteindre leurs objectifs d'apprentissage.

Une approche basée sur les compétences dans la formation médicale post-universitaire a le potentiel de réduire le temps nécessaire pour acquérir les connaissances, aptitudes et attitudes, permettant un accès plus précoce à une pratique autonome. Un tel exemple est la mise en place d'un système de formation post-universitaire basée sur les compétences dans le programme de chirurgie orthopédique à l'Université de Toronto au Canada qui anticipe une réduction de la durée de la formation de 5 à 3 ans (39). Bien que la formation médicale basée sur les compétences ne conduise pas nécessairement à raccourcir la formation mais dissocie plutôt l'acquisition des compétences d'un cadre temporel défini, ce projet ambitieux anticipe que certains individus atteindront des niveaux de compétence mesurés plus vite que d'autres.

Modèle basé sur les systèmes

Un modèle basé sur des systèmes qui explorent les relations réciproques entre la production des connaissances, le transfert des connaissances, l'apprentissage basé sur la pratique et le professionnalisme a été proposé par l'Association of American Medical Colleges et l'American Association of Colleges of Nursing (40). Les éléments du modèle original sont résumés dans la Figure 2.

Fig. 2. Modèle de la pratique, de l'apprentissage et de l'amélioration basés sur les systèmes



Le modèle souligne la création de nouvelles connaissances (formulées par de nouvelles hypothèses générées par les besoins et mesures des soins) qui sont alors diffusées ou traduites par les auteurs (sous la forme de cadres blancs dans la Fig. 2). Les conclusions des recherches et directives publiées sont "compensées" par les sociétés professionnelles, les institutions éducationnelles et le personnel médical (y compris les médecins, infirmiers, pharmaciens, etc.) par des cours de "méthodologie" qui aident les médecins et gestionnaires à réorganiser des systèmes pour intégrer de nouveaux produits, compétences et méthodes en changements pratiques (40). Le rôle envisagé pour le marketing et les sociétés de produits pharmaceutiques/dispositifs dans l'acquisition et l'évaluation de nouvelles connaissances ou de leurs applications à la pratique

est très controversé et soulève des inquiétudes significatives relatives aux conflits d'intérêts, aux biais et à la commercialisation de l'éducation et des soins de santé.

Selon ce modèle, les composants inclus dans les cadres noirs illustrés dans la Fig. 2 (commissions médicales et commissions d'homologation, patients, etc.) ont peu d'influence sur le DPC. Au contraire, ils représentent des objectifs pour la responsabilité du médecin. Cependant, les contributions des patients et le support fourni par les instances médicales et réglementaires, les hôpitaux et le personnel médical peuvent largement contribuer à l'apprentissage des médecins.

Les cadres gris dans la Fig. 2 soulignent les tâches des médecins dans l'apprentissage basé sur la pratique. La première tâche implique l'acquisition et l'évaluation de nouvelles connaissances (par exemple, apprentissage sur le terrain (POC)) et la deuxième tâche implique la conception de processus pratiques afin d'appliquer les nouvelles connaissances. Bien que les médecins sachent souvent ce qu'il faut faire, il leur arrive de ne pas atteindre avec certitude le résultat souhaité. L'importance de la création d'une culture de l'"apprentissage à partir des expériences" qui favorise l'expérimentation est soulignée dans ce modèle.

Le modèle définit également les relations entre les sociétés médicales, les collaborations d'apprentissage, les fabricants de produits pharmaceutiques et dispositifs et les vendeurs locaux dans la fourniture de formations et d'informations de telle sorte que les médecins puissent reconsidérer leur pratique. Cependant, pour les raisons susmentionnées, séparer la formation de toute influence commerciale est d'une importance essentielle pour tout système d'apprentissage.

Nous apprenons de ce que nous mesurons et, finalement, la mesure est essentielle pour l'amélioration. La création de nouvelles connaissances par la production de nouvelles hypothèses est basée sur les résultats observés. Point important, la mesure est souvent considérée comme un élément essentiel de la responsabilité publique.

Quels sont les options, conditions et stimulants politiques nécessaires pour actualiser les connaissances et qualifications des médecins ?

Engagement obligatoire dans le DPC/les programmes ou systèmes d'apprentissage permanent

L'offre de données sur les soins de santé, en perpétuelle croissance, et les inquiétudes croissantes relatives à la sécurité des patients, la qualité des soins

et les taux d'effets secondaires impliquent qu'il existe un argument visant à garantir que tous les médecins qui exercent dans l'U.E. doivent s'engager dans des activités d'apprentissage permanent qui soutiennent leurs compétences et performances pendant toute leur vie professionnelle. L'écart entre les attentes des patients et les facultés de leurs médecins mettent à rude épreuve la relation entre le public et la profession. Ces écarts ont incité la profession à renforcer les arguments de professionnalisme et ont encouragé le développement de programmes d'apprentissage permanent pour renforcer la responsabilité en vue du maintien des compétences en pratique.

Cependant, déterminer simplement l'engagement dans des activités de DPC est une mesure inadéquate de l'apprentissage, du changement ou de l'amélioration. Les arguments pour promouvoir mais ne pas imposer l'engagement dans le DPC sont souvent basés sur un manque de preuve que la participation à des formations obligatoires est efficace et sur le fait que l'apprentissage permanent fait déjà partie du professionnalisme de la grande majorité des médecins (qui se sont déjà engagés à améliorer les compétences, les performances et les résultats pour la santé).

Si une participation obligatoire à l'apprentissage permanent est réputée importante pour la profession et le public, les systèmes qui évoluent en Europe (et dans toute l'Union européenne) ne seront pas nécessairement les mêmes pour tous les médecins. Idéalement, les systèmes de DPC doivent :

- soutenir le développement des aptitudes et compétences d'apprentissage permanent ;
- être pertinent pour le profil pratique de chaque apprenant ;
- traiter les besoins perçus et non perçus de la pratique professionnelle de chaque apprenant (par exemple, lacunes des connaissances, qualifications ou performances) ; et
- inclure des évaluations continues des performances de l'apprenant individuel ou de l'équipe de soins de santé (par exemple, audit et feed-back). En tant que telle, la promotion de la participation à des systèmes obligatoires de DPC est basée sur une attente publique, un impératif professionnel et une exigence réglementaire.

Le Tableau 1 fournit une liste plus complète de tous les arguments pour et contre l'introduction d'un système de formation médicale obligatoire.

Bien qu'une participation à des systèmes obligatoires de CPD garantisse que chaque médecin autorisé à exercer s'engage et atteint les attentes minimales, le principal argument contre le DPC obligatoire est le manque de preuves démontrant que l'engagement dans un DPC renforce ou améliore la pratique professionnelle. Les systèmes obligatoires améliorent-ils les connaissances,

Tableau 1 Arguments pour et contre le DPC obligatoire

Arguments pour un DPC obligatoire	Arguments contre un DPC obligatoire
La formation professionnelle obligatoire des médecins est nécessaire pour protéger le public.	Les professionnels doivent répondre de leurs propres performances effectives, pas seulement de leur participation ; le DPC obligatoire élimine cette responsabilité individuelle.
L'implication de chaque praticien dans les programmes de formation est garantie.	Seule la présence peut être obligatoire ; il n'existe aucune garantie de changement dans les attitudes, les connaissances et les qualifications.
La responsabilité continue du droit d'exercer est garantie.	Les principes de l'apprentissage adulte sont violés ; il existe un élément punitif pour ceux qui s'engagent volontairement dans le processus.
Le DPC obligatoire représente une transition vers des systèmes plus efficaces de responsabilité professionnelle.	Les médecins peuvent dépendre de programmes traditionnels au lieu d'assumer la responsabilité de leur propre apprentissage.
Une conscience professionnelle éclairée est garantie.	La plupart des médecins poursuivent leur propre apprentissage autodirigé ; le DPC obligatoire n'est nécessaire que pour les personnes qui ne s'engagent pas.
Les médecins participeront à une formation pour répondre à des besoins qu'ils pourraient sinon ignorer.	Les performances des incompetents risquent de ne pas s'améliorer.
Des programmes bien conçus peuvent influencer la pratique effective.	Il manque de preuve d'une amélioration de la pratique.
L'isolement professionnel et géographique peut être minimisé.	Il se peut que les programmes dispensés ne soient pas cohérents et manquent de pertinence en fonction des besoins du praticien.
Les performances du praticien "réticent" sont améliorées.	On risque d'assister à une prolifération des programmes d'une qualité douteuse.
	Le DPC obligatoire est une politique coûteuse.

Source : résumé de Donen (41).

qualifications ou compétences des médecins ? Les systèmes obligatoires de DPC ont-ils un impact sur les performances ou les résultats pour la santé ?

Le modèle traditionnel de FMC était basé sur l'hypothèse que, si les experts donnaient des exposés expliquant aux médecins comment ils devaient pratiquer, cette connaissance serait automatiquement mise en œuvre dans leur pratique et les soins des patients seraient améliorés. Après plusieurs décennies de recherches basées sur ce modèle traditionnel de FMC, il reste des preuves persistantes d'une défaillance de la qualité des soins, 30 à 40 % des patients ne recevant pas des traitements d'une efficacité éprouvée et 20 à 25 % des patients recevant des soins qui ne sont pas nécessaires ou sont potentiellement nocifs (42). En outre, l'adhésion aux indicateurs recommandés de soins de santé fournis aux adultes reste faible, quel que soit le domaine de la santé impliqué : pour des soins préventifs, le taux d'adhésion s'est avéré de 54,9 % (43) et pour les soins chroniques ce taux était de 56,1 % (43).

Il existe aujourd'hui des preuves cohérentes et croissantes d'analyses systématiques démontrant que la participation dans l'apprentissage de groupe est efficace pour l'amélioration des connaissances mais a un impact inférieur sur les comportements pratiques ou résultats cliniques (35,36). En 2009, l'analyse systématique mise à jour de Cochrane de réunions de formation continue et d'ateliers sur la pratique professionnelle et les résultats des soins de santé a démontré que l'amélioration absolue ajustée médiane de la compliance avec la pratique souhaitée était de 6 % et que la valeur pour les résultats du patient était de 3 % (44). Cependant, les améliorations médianes dans la pratique souhaitée passaient à 13,6 % lorsque l'événement de groupe contenait des méthodes pédagogiques interactives et didactiques ou lorsque la complexité du changement de comportement était modérée (10,5 %) ou faible (4,7 %). Ces conclusions démontrent que l'apprentissage de groupe peut être aussi efficace qu'un audit et un feed-back ou des visites académiques éducatives en termes de changements de comportements pratiques.

Des systèmes obligatoires de DPC ne sont pas réputés confirmer ou infirmer la compétence des médecins ou l'aptitude continue à la pratique. Il existe des processus et stratégies pour arriver à de telles conclusions. La participation dans des systèmes obligatoires de DPC qui intègrent des stratégies éducationnelles efficaces et des outils pour améliorer les connaissances, l'évaluation et le renforcement des compétences et performances et pour atteindre de meilleurs résultats pour le patient nécessite un changement de culture vers un système d'amélioration continue de la qualité dans un apprentissage qui soit à la fois dynamique et orienté sur les résultats. L'apprentissage permanent continu dans la pratique sert de base pour satisfaire aux attentes de la profession, du public et du système de santé.

Développement d'un système d'accréditation commun du DPC pour les prestataires et/ou programmes

Dans les systèmes de formation médicale universitaire et post-universitaires, des systèmes d'accréditation ont été développés et mis en œuvre sur la base d'un corpus établi de principes, de normes et de mesures. Dans le cadre du DPC, plusieurs systèmes nationaux de DPC ont développé des systèmes d'accréditation axés sur les prestataires de DPC (c'est-à-dire un modèle centré sur le prestataire), des programmes ou activités individuels (c'est-à-dire un modèle centré sur le programme) ou les deux. Les systèmes d'accréditation pour les activités de DPC sont typiquement basés sur une série de normes qui articulent les exigences éducationnelles et éthiques à remplir pour qu'une activité soit incluse dans un système de DPC ou pour pouvoir prétendre à des crédits.

En Europe et dans l'U.E., plus spécifiquement, on observe l'opportunité de promouvoir la reconnaissance mutuelle des systèmes d'accréditations nationaux de DPC entre les Etats membres. Les approches de la reconnaissance mutuelle peuvent être développées de telle sorte que tous les systèmes d'accréditation du DPC doivent être identiques ou équivalents en substance. L'équivalence substantielle est basée sur la capacité de chaque système de traduire un ensemble commun de principes, de valeurs et de mesures. Par exemple, les principes, valeurs et mesures définies par le "Groupe de Rome" décrivent les valeurs durables qu'un système de DPC doit défendre et articule ensuite les responsabilités des instances d'accréditation, des apprenants et du prestataire ou de l'organisateur des activités de DPC (Annexe 1).

Quelle que soit la portée des activités d'apprentissage intégrées dans les cadres nationaux de DPC ou le nombre de crédits à atteindre, le processus de l'équivalence substantielle est basé sur la capacité des système de DPC à démontrer comment ces principes, valeurs et mesures sont mis en œuvre et exprimés dans chaque système. Les barrières à l'adoption ou à la mise en œuvre d'activités d'apprentissage de nature externe résultent d'une incertitude quant à savoir si ces activités ont été conçues pour promouvoir un apprentissage approfondi (31).

L'engagement dans les activités d'apprentissage en groupe est pratiquement universel parmi les médecins et la littérature de recherche pédagogique a établi la valeur de l'apprentissage de groupe qui répond aux critères définis. Par conséquent, les systèmes d'accréditation de DPC contribuent à la qualité de l'éducation dans le cadre de systèmes obligatoires d'apprentissage des médecins. Les médecins utilisent des stratégies d'apprentissage multiples pour répondre aux besoins dans leur pratique professionnelle. Les organisations de DPC jouent un rôle important dans le développement d'activités d'apprentissages qui sont rigoureuses sur le plan éducationnel et éthique.

La création de normes et systèmes d'accréditation de DPC définit les exigences et attentes des prestataires ou programmes en garantissant la qualité du processus éducationnel et contribue à la confiance des médecins qui choisissent de participer à ces activités.

Un système d'accréditation commun est concentré sur le renforcement de la qualité et de la rigueur des prestataires ou programmes dont dépendent les médecins ou qu'ils utilisent pour développer et mettre en place un plan d'apprentissage basé sur les besoins, spécifique à la pratique et des exemples utiles peuvent être tirés d'autres juridictions, comme indiqué ci-dessous.

Amérique du Nord

Aux États-Unis, le système d'accréditation de DPC est axé sur les organisations des prestataires. L'Accreditation Council for Continuing Medical Education est l'organe responsable d'établir et de surveiller l'adhésion aux normes d'accréditation. Les normes d'accréditation évaluent les aspects suivants : l'objectif et la mission de l'organisation de DPC ; divers éléments relatifs au processus de planification éducationnelle ; les stratégies d'évaluation de l'efficacité des activités individuelles de DPC ; et le programme global de DPC et le cadre organisationnel qui garantissent que les ressources, politiques et procédures requises sont en place pour répondre aux exigences d'accréditation. Une accréditation continue exige la conformité dans chacun de ces domaines. L'accréditation avec réussite est basée sur la capacité de démontrer comment l'organisation a développé des processus pour améliorer la pratique professionnelle, comment elle a levé les barrières à l'apprentissage et au changement et comment elle a collaboré dans un cadre systémique et institutionnel à atteindre une amélioration de la qualité. Les normes d'accréditation traduisent l'importance de baser les activités d'apprentissage sur l'évaluation des besoins, la promotion de l'apprentissage, l'amélioration des performances et l'indépendance de toute influence commerciale.

Au Canada, le système d'accréditation du DPC du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada est également axé sur les prestataires de DPC et basé sur l'adhésion à un corpus similaire de normes nationales d'accréditation. En 2008, l'Accreditation Council for Continuing Medical Education et le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada ont participé à un processus pour déterminer l'équivalence substantielle de ces deux systèmes. Le processus d'analyse - basé sur l'exécution d'une enquête, la fourniture de la documentation requise et une visite sur place effectuée pour déterminer comment les décisions relatives à l'adhésion ont été basées sur des données - est arrivé à la conclusion que les deux systèmes étaient en substance équivalents. En plus de développer des activités accréditées d'apprentissage en groupe, les organisations accréditées de DPC au Canada

sont capables de développer indépendamment des simulations et des programmes d'autoévaluation et sont supposées faciliter les stratégies d'auto-apprentissage des médecins individuels. Les organisations qui sont accréditées pour la fourniture de DPC (sur la base de leur adhésion démontrée aux normes d'accréditation) sont autorisées par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada à analyser et approuver les activités d'autres organisations pour garantir qu'elles répondent aux normes éthiques et éducationnelles du programme de Maintien de la Certification. En outre, des tables rondes, "journal clubs" et activités d'apprentissage en petits groupes sont accréditées s'il est établi qu'elles adhèrent aux normes d'accréditation définies pour ces sessions organisées régulièrement.

Nouvelle-Zélande et Australie

En Nouvelle-Zélande, la participation à des systèmes obligatoires de DPC a été exigée par le gouvernement. En Australie, les différents collèges royaux ont développé des systèmes de CPD mais la participation peut être obligatoire ou volontaire. Quelles que soient les exigences de participation pour un engagement dans un apprentissage continu, il n'existe aucun système d'accréditation établi de prestataires ou de programme. Sans un système d'accréditation de DPC, il n'existe aucun processus pour garantir que les processus éducationnels développés répondent aux besoins de la profession. Il n'est pas possible non plus de s'assurer que l'intégrité académique et l'équilibre du contenu sont exempts de toute influence commerciale ou s'il s'est produit une évaluation adéquate de l'apprentissage, du changement ou de l'amélioration.

Définition du rôle et des attentes du système de soins de santé dans le support de l'amélioration continue de la qualité dans l'apprentissage

Les médecins rencontrent une foule de barrières potentielles qui peuvent les empêcher de traduire les résultats de leur DPC en une optimisation des soins. Ces obstacles peuvent se produire à divers niveaux, notamment les suivants : difficultés structurelles (par exemple, dissuasions financières) ; barrières organisationnelles (par exemple, un éventail inapproprié de qualifications ou un manque d'installations ou d'équipements) ; difficultés liées au groupe de pairs (par exemple, les normes locales des soins ne sont pas conformes à la pratique souhaitée) ; barrières individuelles (par exemple, concernant les connaissances, les attitudes ou les qualifications) ; "surcharge d'informations" dans des consultations complexes conduisant à des actes ou omissions ; ou problèmes impliquant les attentes du patient (par exemple, publicités pharmaceutiques adressées aux consommateurs). Pour lever ces barrières et optimiser les avantages de l'apprentissage permanent pour les soins du patient et les résultats, les médecins, les prestataires de DPC et le système de santé ont besoin d'assumer une approche de "responsabilité

partagée” dans l'apprentissage permanent et le DPC. De la même manière, les systèmes de santé peuvent soutenir les activités d'apprentissage permanent des médecins et prestataires de DPC en créant et en soutenant un environnement propice à l'apprentissage. Par exemple, les systèmes de santé doivent garantir l'accès à une base de données factuelles qui informe des stratégies de gestion des connaissances et des données sur les performances. Les systèmes de santé doivent également s'employer à la mise en œuvre et la promotion de stratégies ciblées pour renforcer le transfert des connaissances.

Les systèmes de santé et d'éducation doivent créer une infrastructure qui favorise une gamme d'activités que les médecins et équipes de santé peuvent utiliser pour évaluer leurs performances en pratique. Par exemple, les médecins et autres acteurs des soins de santé ont besoin d'un accès de base aux sources de connaissances et d'activités renforcées de communication afin de diffuser et faciliter le transfert de connaissances. Ces dernières peuvent inclure les bibliothèques électroniques et les bases de données (p.ex. MEDLINE/PubMED), les données des performances des médecins (par exemple, dossiers de santé électroniques) et le matériel d'apprentissage décentralisé (POC) (par exemple, synthèses basées sur des données factuelles). En général, les médecins doivent se concentrer sur des connaissances synthétisées (par opposition aux preuves d'études individuelles) afin d'informer leur cabinet.

Malheureusement, de nombreux médecins n'ont pas accès facilement à de telles connaissances dans leurs environnements de travail. Dans le cas où les médecins y ont accès, les données factuelles suggèrent que les erreurs de recherche et une incapacité à générer des questions bien formulées sont des obstacles majeurs à l'accès efficace à des informations pertinentes et d'excellente qualité. Les systèmes de soins de santé pourraient faciliter un accès équitable aux connaissances parmi les médecins en utilisant l'achat coordonné centralisé et la fourniture de ressources de connaissances clés (par exemple, en constituant une bibliothèque électronique). Il se pourrait également que les questions telles que la fourniture d'un accès à Internet et l'acquisition de qualifications sur le lieu de travail doivent également être abordées. Dans l'U.E., la barrière de la langue pourrait également se produire, surtout si le matériel d'apprentissage est distribué au-delà des frontières.

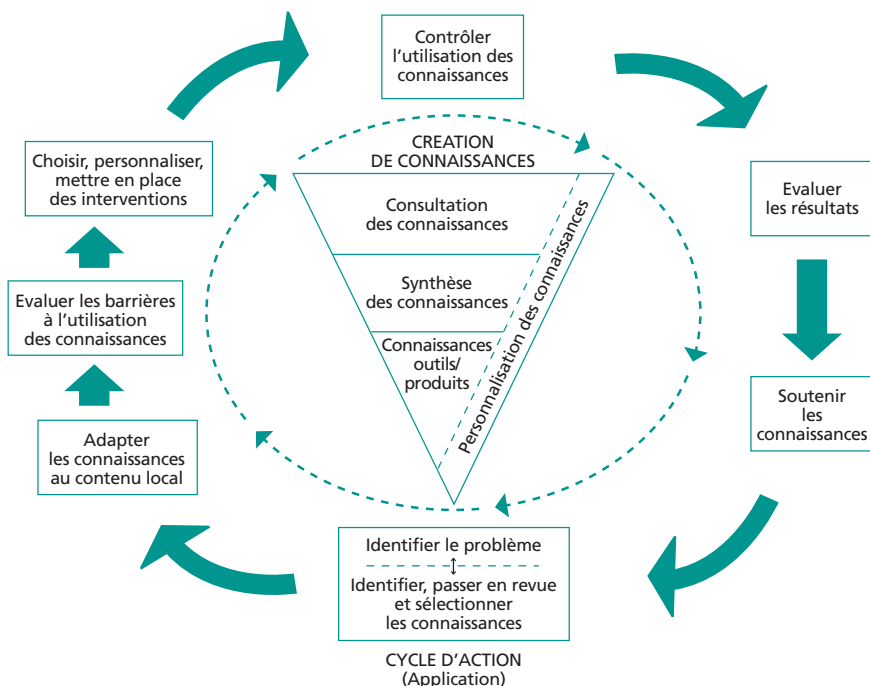
Par ailleurs, les médecins peuvent également manquer du temps et des qualifications nécessaires pour avoir accès et apprécier les connaissances de la recherche. Par conséquent, la création de différentes stratégies stimulantes, définies ci-dessous - pour passer en revue les données factuelles pourraient faciliter l'utilisation des connaissances par les médecins.

- Les portails de connaissances peuvent être utilisés pour organiser, apprécier et résumer les ressources de connaissances afin de faciliter l'identification d'informations pertinentes d'excellente qualité.

- Les services de connaissances asynchrones peuvent être utilisés pour analyser et apprécier les informations de recherche et souligner les données factuelles de recherche très pertinentes d'excellente qualité pour les cliniciens (16,45).
- Les services de connaissances "just-in-time" peuvent fournir une base de connaissances (synchrone) en temps réel pour répondre aux questions spécifiques basées sur la pratique des médecins (46).
- Les services à réponse rapide peuvent fournir une base de connaissances asynchrone pour les médecins, par exemple en offrant une analyse de la portée de la base de recherche dont les 1 – 2 semaines d'une demande.

Les systèmes de soins de santé devraient également partager la responsabilité de soutenir, promouvoir et faciliter le transfert de connaissances. Les systèmes de santé doivent s'efforcer de garantir que les nouvelles connaissances sont utilisées de manière optimale pour améliorer les soins des patients. La boucle "de la connaissance à l'action" (Fig. 3) souligne les processus centraux relatifs à la création, la diffusion et l'utilisation des connaissances (47).

Fig. 3 Boucle de la connaissance à l'action



Dans ce modèle, l'entonnoir central de la création des connaissances représente la production des connaissances, la synthèse et le développement des outils de connaissance. Les parties d'action du cycle sont basées sur des théories d'action planifiées qui se concentrent sur l'engineering délibéré du changement dans les systèmes et groupes de soins de santé. Les processus requis afin de mettre en œuvre les connaissances dans les milieux de santé sont inclus dans la boucle : identification des problèmes, évaluation des déterminants du transfert des connaissances (TC) ; sélection, personnalisation, mise en œuvre et évaluation des interventions de TC et détermination de stratégies pour garantir une utilisation soutenue des connaissances.

Le Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group a complété trois aperçus des activités de transfert de connaissances (48,49,50).

A ce jour, des synthèses de plus de 200 revues systématiques d'interventions professionnelles de changement du comportement ont été mises à disposition dans la base de données Rx for Change (qui résume les données actuelles de la recherche à propos des effets de stratégies destinées à améliorer la pratique de prescription de médicaments et leur consommation) (49).

L'Annexe 2 qui est basée sur les analyses d'excellente qualité de la base de données Rx for Change (49) résume les effets des interventions clés.

Par ailleurs, nous considérons les mécanismes probables des interventions, les barrières potentielles que les interventions pourraient lever et quelques questions pratiques et logistiques.

Dans l'ensemble, les résultats démontrent que la plupart des interventions sont efficaces dans certaines circonstances et sont associées à des effets modestes - mais importants. S'il existe une base substantielle de données factuelles qui étayent l'efficacité de certaines interventions (par exemple, audit et feed-back ; visites académiques), beaucoup moins de preuves sont disponibles à propos d'autres interventions (par exemple, le rôle de leaders d'opinion) ; par conséquent, les inférences sont limitées. Les ressources nécessaires pour fournir ces interventions vont de ressources relativement bon marché (par exemple, matériel didactique) à d'autres relativement coûteuses (par exemple, visite académique). Cependant, compte tenu des coûts des soins de santé, même les effets relativement minimes d'intervention relativement coûteuses peuvent toujours être rentables (51). Finalement, les étapes pratiques requises pour fournir des interventions sont souvent mal identifiées dans les études disponibles. Certaines de ces interventions pourraient être délivrées par des mécanismes de DPC (par exemple, matériel didactique et réunions) tandis que d'autres sont plus susceptibles d'être délivrées par le système de soins de santé (par exemple, audit et feed-back et rappels). Cela souligne l'importance potentielle d'aligner le DPC et les activités d'apprentissage permanent avec les priorités du système de santé.

Considérations pratiques

En tenant compte des considérations infrastructurelle qui devraient être mises en place pour poursuivre des options politiques quelconques, cette discussion traite spécifiquement de considérations pour la promotion de l'apprentissage/formation transnationale et de nouvelles formes de transfert des connaissances.

La diversité des systèmes de DPC en Europe constitue un défi pour les professionnels de santé et les décideurs politiques aussi, surtout en ce qui concerne les mouvements transfrontaliers et les exigences pratiques. Dans l'U.E., spécifiquement, cette diversité devient de plus en plus une barrière pour les personnes qui investissent dans la poursuite de l'harmonisation du DPC entre les Etats membres. Afin de développer des systèmes de DPC nationaux équivalents, plusieurs questions infrastructurelles doivent être envisagées si les options politiques définies dans cette Synthèse doivent être mises en œuvre avec succès.

Accord mutuel et reconnaissance du DPC

Point plus important, il doit y avoir commun accord et reconnaissance de tous les médecins, acteurs et sociétés médicales dans tout Etat membre qu'un engagement dans un DPC formel et, plus largement, un apprentissage permanent est une obligation professionnelle et éthique nécessaire et acceptée. C'est un fondement essentiel d'une harmonisation réussie entre les Etats membres est qu'il existe un accord de collaboration à cet effet..

Uniformité des normes de l'accréditation

L'uniformité des normes d'accréditation entre les nations doit être définie pour garantir que les médecins puissent s'engager avec confiance dans des formations transfrontalières. L'uniformité doit exister pour les principes et résultats de l'accréditation des prestataires et organisateurs de FMC/DPC. Cette uniformité doit garantir que les médecins à la recherche d'activités éducationnelles qui n'existent pas dans leur propre pays bénéficient d'une équivalence similaire sur le plan des modules éducationnels, des résultats et de la qualité.

Un groupe de leaders de systèmes d'accréditation du DPC dans plusieurs Etats membres au sein de l'Union européenne, aux États-Unis et au Canada (le Groupe de Rome) a commencé à développer un consensus des valeurs et responsabilités fondamentales sous-jacentes à l'équivalence substantielle des systèmes de DPC. Cette déclaration stipule que les systèmes d'accréditation de FMC/DPC doivent (1) améliorer les performances des médecins et, dès lors, améliorer la santé des individus et (2) être basés sur des informations

concernant les besoins éducationnels des médecins dans le but ultime de les aider à améliorer leur santé.

Les valeurs et responsabilités fournissent une vision claire des attentes qui pourraient être envisagées plus largement au sein de l'U.E.

1. Valeurs

Les systèmes FMC/DPC doivent être basés sur des valeurs durables qui :

- améliorent les performances des médecins et, dès lors, profitent à la santé des patients ;
- sont basés sur des informations concernant les besoins éducationnels des médecins dans le but ultime de les aider à améliorer leur santé.

2. Responsabilités dans le Système (instances d'accréditation du DPC)

Les organisations d'accréditation doivent faire montrer :

- équité, validité, innovation, honnêteté et cohérence dans les pratiques d'accréditation ;
- des normes et critères raisonnables pour les prestataires/organiseurs de FMC/DPC ;
- la responsabilité, la réactivité et le leadership ;
- que le processus d'accréditation comprend la vérification que les responsabilités requises des prestataires/organiseurs sont assumées ;
- la promotion de l'amélioration continue de la qualité du processus d'accréditation ainsi que des systèmes éducatifs qu'ils sous-tendent ; et
- que la collaboration et le partenariat entre et les instances d'accréditation et en leur sein et entre les instances d'accréditation et les prestataires/organiseurs.

Afin de prétendre à des crédits, l'apprenant doit assumer certaines responsabilités, à savoir :

- participation à une FMC/un DPC qui est basé sur ses besoins éducationnels individuels ;
- garantir que ses besoins sont pertinents pour sa pratique professionnelle et son développement dans le contexte de l'amélioration des soins et de la santé des patients ;
- évaluer la mesure dans laquelle ses besoins ont été remplis dans le contexte d'un changement dans les connaissances, les compétences ou les performances ; et

- vérifier que des mécanismes sont en place pour préserver les activités éducatives des biais commerciaux.

Afin d'accorder des crédits, le prestataire/organisateur des activités de FMC/DPC doit assumer certaines responsabilités, définies ci-dessous.

- Tout sponsoring commercial ou intérêt du planificateur de l'activité, des présentateurs ou des modérateurs doit être révélé au prestataire/organisateur, aux apprenants et aux instances accréditation.
- Tout support, sponsoring ou financement par des organisations commerciales de soins de santé ne peut influencer la structure ou le contenu de l'activité éducationnelle et doit être indiqué clairement aux participants et aux instances accréditation.

Le prestataire/organisateur doit :

- s'assurer qu'il existe des mesures des résultats pour l'efficacité éducationnelle (exprimée en termes de réalisation des connaissances, des compétences ou des objectifs de performance de l'activité) ;
- être capable de fournir une confirmation de participation à une fréquence et d'une nature appropriées aux exigences réglementaires ;
- garantir que les objectifs d'apprentissage sont spécifiquement définis en termes de connaissances, de compétences ou de performances et sont pertinents pour l'audience cible ;
- garantir que les méthodes d'apprentissage utilisées conviennent aux objectifs d'apprentissage définis ; et
- pouvoir démontrer qu'ils ont évalué la qualité de toutes les activités éducationnelles précédentes et ont apporté des améliorations, si nécessaire.

Mécanismes de délivrance pour DPC

En respectant les directives exposées dans les lois de réciprocité, chaque pays doit créer adopter ses propres moyens de délivrer un DPC. Il est important de souligner le fait que la considération sous-jacente à l'harmonisation dans cette Synthèse réside dans la reconnaissance réciproque et l'équivalence des valeurs et normes. Chaque pays doit également développer une méthode (par exemple, un mécanisme centralisé de dossiers électroniques) pour le suivi des activités et des résultats de l'apprentissage. Comme la délivrance d'un DPC, les mécanismes de suivi sont également supposés conçus spécifiquement pour se conformer aux infrastructures économiques, sociales, culturelles et technologiques de chaque pays.

Sponsoring industriel

Bien qu'il existe de nombreux types de relations financières entre les médecins et les personnes impliquées dans les activités de DPC, la relation qui a reçu le plus d'attention et est la plus préoccupante est le sponsoring commercial. Certains pensent que le DPC est devenu trop dépendant de l'industrie pour un soutien financier dans le développement des activités de DPC. En fait, les données de l'Accreditation Council for Continuing Medical Education ont révélé qu'aux États-Unis seulement, le DPC est une activité de \$2 milliards de dollars par an, moins de 50 % de ses revenus étant générés par des médecins (52).

Alors que les dépenses en soins de santé diminuent et que les coûts augmentent, quelles sont les options pour garantir que cette formule garde son intégrité éducationnelle tout en équilibrant les coûts croissants ? Morris et coll. (2009) ont défini les options suivantes et ont fourni à la fois les perspectives positives et négatives pour chaque option (53).

La première option consiste à interdire complètement le sponsoring commercial pour les événements de DPC. Cela permettrait avec succès d'éliminer la majeure partie voire la totalité des biais commerciaux dans les événements de DPC. Si les médecins sont supposés couvrir la totalité des coûts, ils pourraient commencer à exiger une éducation plus pertinente en échange de leur fonds de formation. A son tour, cela devrait encourager les prestataires de DPC à offrir des programmes de qualité à moindre frais.

La deuxième option autorise le sponsoring commercial du DPC sans influence sur le programme éducatif. Deux cadres pourraient être envisagés : un mécanisme de pool de financement ou un menu de thèmes. Le mécanisme de pool de financement permet à des organisations du financement de DPC, à la fois de recevoir des bourses des sponsors et d'attribuer des fonds afin de soutenir des événements éducationnels. La collecte de fonds est effectuée et ensuite, par un processus transparent et objectif, les fonds sont attribués sur la base du mérite éducatif du programme de DPC ; cependant, les donateurs ne sont pas autorisés à spécifier quels programmes ils préfèrent soutenir. L'utilisation d'un menu de thèmes de DPC est une approche dans laquelle un tiers respecté a pour tâche d'identifier les besoins éducationnels et d'exiger que l'accréditation du DPC couvre un thème de ce menu.

L'option finale à considérer examine l'accréditation d'activités spécifiques de DPC à la place des prestataires de DPC. Bien que l'accréditation au niveau de l'activité soit une approche axée davantage sur les ressources, parce que les sociétés professionnelles respectées passent en revue des programmes individuels, cette approche pourrait fournir l'assurance de la qualité éducationnelle lorsque les activités de DPC sont choisies.

Évaluation des performances

Les pressions pour améliorer la qualité des soins, la sécurité des patients et la rentabilité ont servi de forces au changement dans la communauté de DPC. Le DPC ne concerne plus seulement l'apprentissage : l'attention croissante et les attentes sont concentrées sur l'amélioration des performances des médecins (qualifications cliniques, aptitudes de communication, etc.) et, enfin, sur les résultats pour les patients. L'évaluation des performances ou des compétences est aujourd'hui reconnue comme un impératif. En termes d'évaluation des performances, les systèmes doivent garantir que les mesures de résultats pour la santé sont liées directement au DPC. Comme décrit précédemment, l'évaluation des médecins doit être intégrée et soutenue par à la fois la pratique et le système de santé dans lequel les spécialistes exercent. L'évaluation doit être considérée comme un processus formatif destiné à identifier les domaines de la pratique sur lesquels l'apprentissage doit être concentré. Par conséquent, l'évaluation doit intervenir dans un environnement sûr et être détaché des menaces de litiges et des craintes d'échec. L'évaluation doit être pertinente pour chaque dimension (clinique, éducationnelle, administrative et pour la recherche) de la pratique professionnelle et s'appliquer dans tous les types de contenu (connaissances, qualifications, attitudes) et les rôles ou compétences CanMEDS susmentionnés.

Les stratégies d'évaluation doivent être favorisées à la fois au niveau individuel (par exemple par un examen personnel des pratiques) et au niveau collectif (par un examen collectif des pratiques).

Synthèse

En Europe, il n'existe actuellement aucune approche communément admise à l'apprentissage permanent mais les avis s'accordent sur le fait que les patients sont mieux soignés lorsque les personnes qui les soignent entretiennent leurs compétences en participant à des stratégies d'évaluation et d'apprentissage permanent.

Pour stimuler l'engagement de tous les médecins dans l'apprentissage permanent et augmenter la responsabilité, l'engagement obligatoire dans des systèmes ou programmes de DPC doit être envisagé. Il sera important de garantir (et d'améliorer) la qualité et la rigueur des prestataires ou programmes dont dépendent les médecins en cas de développement et de mise en œuvre de leurs propres plans d'apprentissage basés sur les besoins, spécifiques à la pratique. Le développement d'un système d'accréditation de DPC commun pour les prestataires et programmes est réputé essentiel, tout comme le concept de la "responsabilité partagée" par toutes les parties du système de soins de santé dans la promotion et le soutien d'un environnement dans lequel l'apprentissage peut intervenir.

Références

1. Alguire PC. The future of continuing medical education. *American Journal of Medicine*, 2004, 116(11):791–795.
2. Hammond M, Collins R. Self-directed learning to educate medical educators. Part 1: How do we use self-directed learning? *Medical Teacher*, 1987, 9(3): 253–260.
3. Regehr G, Mylopoulos M. Maintaining competence in the field: learning about practice, through practice, in practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2008, 28(S1):S19–S23.
4. Bankey R, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *Lifelong learning*. Ottawa, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Centre for Learning in Practice, 2007.
5. Anderson MC. New opportunities to improve physicians' lifelong learning. *Academic Medicine*, 1996, 71(2):115–116.
6. Frank, JR. *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.
7. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [web site]. CanMEDS. Ottawa, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2009 (<http://rcpsc.medical.org/canmeds/>, accessed 14 May 2009).
8. Garattini L et al. Continuing Medical Education in six European countries: a comparative analysis. *Health Policy*, 2010, 94(3):246–254.
9. Merkur S et al. *Do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practise?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008, Joint HEN-Observatory Policy Brief, No. 12.
10. Bennett NL et al. Continuing medical education: a new vision of the professional development of physicians. *Academic Medicine*, 2000, 75(12):1167–1172.
11. Parboosingh J et al. *Pursuing excellence in practice: a CanMEDS Scholar Workshop on Lifelong Learning* [unpublished work]. 2008.
12. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 2009, 14(4):595–621.
13. Galbraith RM, Hawkins RE, Holmboe ES. Making self-assessment more effective. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2008, 28(1):20–24.

14. McKibbin KA, Wilczynski NL, Haynes RB. What do evidence-based secondary journals tell us about the publication of clinically important articles in primary healthcare journals? *BMC Medicine*, 2004, 2:33.
15. Coppus SF et al. A clinically integrated curriculum in evidence-based medicine for just-in-time learning through on-the-job training: the EU-EBM project. *BMC Medical Education*, 2007, 7:46.
16. Haynes RB et al. McMaster PLUS: a cluster randomized clinical trial of an intervention to accelerate clinical use of evidence-based information from digital libraries. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2006, 13(6):593–600.
17. Davidoff F, Florance V. The informationist: a new health profession? *Annals of Internal Medicine*, 2000, 132(12):996–998.
18. Shaughnessy AF, Slawson D. Are we providing doctors with the training and tools for lifelong learning? *Western Journal of Medicine*, 1999, 171(5–6):325–328.
19. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 2001, 323(7313):625–628.
20. Ho K et al. Technology-enabled knowledge translation: frameworks to promote research and practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2004, 24(2):90–99.
21. Barrie AR, Ward AM. Questioning behaviour in general practice: a pragmatic study. *BMJ*, 1997, 315(7121):1512–1515.
22. Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: are they being met? *Annals of Internal Medicine*, 1985, 103(4):596–599.
23. Ebell M. Information at the point of care: answering clinical questions. *Journal of the American Board of Family Practice*, 1999, 12(3):225–235.
24. Huang X, Lin J, Demner-Fushman D. Evaluation of PICO as a knowledge representation for clinical questions. *AMIA: Annual Symposium Proceedings*, 2006, 2006:359–363.
25. Armstrong EC. The well-built clinical question: the key to finding the best evidence efficiently. *Wisconsin Medical Journal*, 1999, 98(2):25–28.
26. Audet AM et al. Transparency as a pillar of a quality and safety culture: the experience of the New York City Health and Hospitals Corporation. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2008, 34(12):707–712.
27. Davis DA et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*, 2006, 296(9):1094–1102.

28. Eva KW, Regehr G. "I'll never play professional football" and other fallacies of self-assessment. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2008, 28(1):14–19.
29. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999, 77(6):1121–1134.
30. Jamtvedt G et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, no. 2, CD000259.
31. Peck C et al. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*, 2000, 320(7232):432–435.
32. Campbell C et al. Competency-based continuing professional development. *Medical Teacher*, 2010 (in press).
33. Eva KW, Regehr G. Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda. *Academic Medicine*, 2005, 80(Suppl):S46–S54.
34. Regehr G, Eva K. Self-assessment, self-direction, and the self-regulating professional. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2006, 449:34–38.
35. Marinopoulos SS et al. Effectiveness of continuing medical education *Evidence Report/Technology Assessment* No. 149, AHRQ Publication No.07-E006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.
36. Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2007, 27(1):6–15.
37. Batalden PB, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 2007, 16(1):2–3.
38. Moore DE Jr, Green JS, Gallis HA. Achieving desired results and improved outcomes: integrating planning and assessment throughout learning activities. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2009, 29(1):1–15.
39. Kraemer W, Alman B, Reznick R. Resident Training in 2009: it's the quality of time and not the quantity that matters. *COA Bulletin*, 2009, 85:1-4.
40. Association of American Medical Colleges, American Association of Colleges of Nursing. *Lifelong learning in medicine and nursing: final report*. Washington, DC, American Association of Colleges of Nursing, 2010.

41. Donen N. No to mandatory continuing medical education, yes to mandatory practice auditing and professional educational development. *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 158(8):1044–1046.
42. Cabana MD et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 1999, 282(15):1458–1465.
43. McGlynn EA et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348(26):2635–2645.
44. Forsetlund L et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, CD003030.
45. Haynes RB et al. Second-order peer review of the medical literature for clinical practitioners. *JAMA*, 2006, 295(15):1801–1808.
46. McGowan J et al. A rapid evidence-based service by librarians provided information to answer primary care clinical questions. *Health Information and Libraries Journal*, 2010, 27(1):11–21.
47. Graham ID et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2006, 26(1):13–24.
48. Bero LA et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ*, 1998, 317(7156):465–468.
49. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health [web site]. Rx for Change. Ottawa, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2010 (<http://www.cadth.ca/index.php/en/compus/optimal-ther-resources/interventions>, accessed 29 May 2010).
50. Grimshaw JM et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 2001, 39(Suppl 2):II2–II45.
51. Mason J et al. When is it cost-effective to change the behavior of health professionals? *JAMA*, 2001, 286(23):2988–2992.
52. Accreditation Council for Continuing Medical Education. *ACCME® Annual Report Data 2007*. Chicago, Accreditation Council for Continuing Medical Education, 2008.
53. Morris L, Taitsman JK. The agenda for continuing medical education – limiting industry's influence. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361(25):2478–2482.

Annexes

Annexe 1. Poursuite de la mondialisation, réciprocité et équivalence substantielle des systèmes d'accréditation et de crédit dans la FMC et le DPC

Contexte et motivation

Il est communément admis qu'une uniformité raisonnable entre les pays en termes de principes et de résultats dans l'accréditation de FMC/DPC et les prestataires organisateurs et systèmes de crédit serait un élément précieux. Les médecins pourraient obtenir des crédits pour différentes organisations locales, nationales et internationales qui exigent une FMC/un DPC aux fins de garder un statut. En outre, les médecins qui participent à des activités et des organisations qui apprécient des FMC/DPC accrédités ont pu être assurés d'une éducation d'une qualité satisfaisante prévisible. Parmi les nombreux éléments importants et les systèmes de FMC et de développement professionnel (FMC/DPC), on dénombre : (i) l'implication d'apprenants médecins dans des projets d'apprentissage en support de leur DPC personnel ; (ii) les prestataires et organisateurs d'activités éducationnelles (ou événements) qui sont une ressource éducationnelle pour les médecins et (iii) des organisations d'accréditation qui certifient que les prestataires et organisateurs d'activités éducationnelles répondent à certaines normes d'accréditation de telle sorte qu'un "crédit" puisse être attribué pour leur participation à l'activité.

Par conséquent, les représentants d'organisations au sein de systèmes de crédit et d'accréditation de FMC/DPC de Bulgarie, du Canada, de France, d'Allemagne, d'Italie, d'Espagne, du Royaume-Uni, des États-Unis et de l'U.E. sont parvenus à convenir que les aspects suivants sont des valeurs partagées et durables d'un système d'accréditation et de crédit de FMC/DPC tout en faisant partie des responsabilités fondamentales/clés essentielles des prestataires/organisateur de tels systèmes. L'intégration de ces éléments dans des systèmes de FMC/DPC est supposée faciliter la libre circulation des apprenants entre les systèmes FMC/DPC des différentes nations. Les participants dans ce processus à l'origine d'un consensus croient que la mise en place de systèmes de FMC/DPC développés en utilisant ces valeurs et responsabilités conduira à la reconnaissance mutuelle et la réciprocité tout en préservant en même temps le caractère historique et culturel unique de chacun.

Organisations participantes

Niveau international

European Accreditation Council for Continuing Medical Education

Niveau national

Accreditation Council for Continuing Medical Education (Etats-Unis)
 American Medical Association (Etats-Unis)
 Union Bulgare des Sociétés Médicales Scientifiques (Bulgarie)
 Collège des Médecins de Famille du Canada (Canada)
 Federation of Royal Colleges of Physicians (Royaume-Uni)
 Conseil National de l'Ordre des Médecins français (France)
 Fédération Italienne des Sociétés Médicales Scientifiques (Italie)
 Commission nationale de DPC du Ministère italien de la Santé (Italie)
 Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Canada)
 Conseil espagnol d'Accréditation pour le DPC (Espagne)

Niveau régional

Chambre bavaroise des Médecins (Allemagne)

Annexe 2. Stratégie de recherche d'analyse systématique de l'OMS

Ovid MEDLINE® 1950 à la 2^e semaine de mars 2010-09-03

	Recherche	Résultat
1	Exp. Formation, Médicale/	108135
2	Exp. Formation, Soins infirmiers/	62451
3	Exp. Formation, Pharmacie/	3983
4	Formation, Professionnel de santé public	334
5	Mesure éducationnelle/	21852
6	Compétence clinique/	47956
7	Programmes d'auto-évaluation/	848
8	Développement professionnel continu.tw	582
9	Formation médicale continue.tw	3173
10	Influence éducationnelle ?.tw	3
11	Apprentissage permanent.tw	509

Ovid MEDLINE® 1950 à la 2^e semaine de mars 2010-09-03 (suite)

	Recherche	Résultat
12	(adj.réfléchi (apprentissage\$ ou pratique)).tw	530
13	(formation\$ adj (méthode ? ou matériel ? ou programme\$ ou intervention\$ ou réunion ? ou session ? ou strateg\$ ou atelier ? ou visite ?)).tw	30326
14	Audit médical/	12270
15	Audit infirmier/	2777
16	Audit clinique/	227
17	Feed-back/ ou Feed-back, Psychologique/	24409
18	(audit adj2 feed-back).mp	271
19	1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 ou 12 ou 13 ou 14 ou 15 ou 16 ou 17 ou 18	272330
20	Méta-analyse comme Thème/	9937
21	Méta-anal\$.tw	27143
22	Métaanal\$.tw	902
23	Méta-analyse/	23488
24	(adj systématique (analyse\$1 ou aperçu \$1)).tw	20282
25	Exp "Revue de la littérature comme thème"/	4668
26	20 ou 21 ou 22 ou 23 ou 24 ou 25	57532
27	Cochrane.ab	12936
28	Embase.ab	10479
29	(psychlit ou psyclit).ab	778
30	(psychinfo ou psycinfo).ab	3200
31	(cinahl ou cinhal).ab./	4139
32	Science citation index.ab	1061
33	Bids.ab	276

Ovid MEDLINE® 1950 à la 2^e semaine de mars 2010-09-03 (suite et fin)

	Recherche	Résultat
34	Cancerlit.ab	455
35	27 ou 28 ou 29 ou 30 ou 31 ou 32 ou 33 ou 34	19969
36	Reference list\$.ab	5068
37	Bibliograph\$.ab	8035
38	Recherche manuelle\$.ab	2259
39	Journaux pertinents.ab	399
40	Recherche manuelle\$.ab	1271
41	36 ou 37 ou 38 ou 39 ou 40	15294
42	Critères de sélection.ab	12157
43	Extraction de données.ab	5600
44	42 ou 43	16809
45	"Revue"/	1504311
46	44 et 45	11372
47	Commentaire/	404125
48	Lettre/	672491
49	Editorial/	251714
50	Animaux/	4510349
51	Humains/	11058165
52	50 pas (50 et 51)	3359807
53	47 ou 48 ou 49 ou 52	4311573
54	26 ou 35 ou 41 ou 46	75147
55	54 pas 53	69634
56	19 et 55	1728
57	Limite 56 à la langue anglaise	1580

Annexe 3. Références supplémentaires à prendre en considération

European Union of Medical Specialists. *Continuing medical education and professional development in Europe: development and structure*. Brussels, European Union of Medical Specialists, 2010.

Gaga M, Severin T, Stevenson R. Continuing medical education across Europe: the role of EBAP and the ERS in facing the challenges of life-long learning. *European Respiratory Journal*, 2010, 35:721–722.

Maisonneuve H et al. Continuing medical education and professional revalidation in Europe: five case examples. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2009, 29:58–62.

Michels HR. Continuing medical education in Europe: NVVC, CVOI, ESC, UEMS and EBAC. *Netherlands Heart Journal*, 2001, 9:288–291.

Scrivens E. Policy issues in accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*, 1998, 10:1–5.

Shaw K, Armitage M. Supporting revalidation: methods and evidence. *Clinical Medicine*, 2005, 5:460–464.

Vandendael K, Van HF. Continuing medical education and its accreditation—an overview of the situation in the European Union and in the United States. *European Journal of Cancer*, 2003, 39:2430–2438.

Youngson GG et al. The UK proposals for revalidation of physicians: implications for the recertification of surgeons. *Archives of Surgery*, 2010, 145:92–95.

Annexe 4. Résumé des principales conclusions de l'aperçu des analyses

Intervention (référence-clé)	Définition de l'intervention basée sur (1)	Barrières levées	Efficacité	Considérations des ressources	Considérations pratiques
Matériel didactique imprimé (2).	Distribution de recommandations publiées ou imprimées pour les soins cliniques, y compris les directives de la pratique clinique, le matériel audiovisuel et les publications électroniques.	Connaissances professionnelles individuelles (attitudes).	6 études contrôlées randomisées (ECR) Généralement efficace. Médiane des effets : +4,6% d'amélioration absolue (marge).	Relativement peu coûteux.	Connaissances professionnelles individuelles (attitudes).
Réunions didactiques (3).	Les prestataires de soins de santé qui ont participé à des conférences, exposés, ateliers ou stages.	Connaissances professionnelles individuelles et en groupe de pairs, attitudes et qualifications.	30 ECR Généralement efficaces. Médiane de l'effet dans les 36 comparaisons 6% d'amélioration absolue (intervalle interquartile 1, 8 – 15,9%) Effets plus grands observés avec : participation plus intensive aux réunions didactiques avec visites didactiques et interactives mixtes ; comportements plus simples ; et résultats sérieux.	Coût relativement faible (didactique) à dépense modeste (mixte/interactive – en général, ratio modérateur/participant plus élevé que les activités didactiques).	Habituellement utilisées dans les milieux de soins de santé.

Intervention (référence-clé)	Définition de l'intervention basée sur (1)	Barrières levées	Efficacité	Considérations des ressources	Considérations pratiques
<p>Visites scientifiques éducationnelles (4).</p>	<p>Utilisation d'une personne qualifiée qui a rencontré les prestataires dans leurs cabinets pour donner des informations dans l'intention de changer la pratique des prestataires.</p>	<p>Connaissances professionnelles individuelles et attitudes évaluées en utilisant une approche de marketing social (5).</p>	<p>69 ECR Généralement efficaces. Comportements prescripteurs : Taille médiane de l'effet dans 17 comparaisons 4,8% d'amélioration absolue (intervalle interquartile 3,0 – 6,5%) Autres comportements : Effet médian dans 17 comparaisons 6,0% d'amélioration absolue (intervalle interquartile 3,6 – 16,0 %).</p>	<p>Relativement coûteuses en raison de l'utilisation d'orateurs académiques (même si cela peut toujours être efficace) (6).</p>	<p>Utilisées dans certains systèmes de santé. Typiquement destinées à obtenir un maximum de trois messages en 10 – 15 min (en utilisant une approche personnalisée en fonction du prestataire individuel de soins de santé) ; utilisent des stratégies supplémentaires pour renforcer l'approche (5). Se concentrent ordinairement sur le contrôle de comportement relativement simples de médecins individuels (p. ex., choix de médicaments pour prescription).</p>
<p>Leaders d'opinion locaux (7).</p>	<p>Utilisation de prestataires désignés par leurs collègues comme étant "influents sur le plan éducatif". Les chercheurs doivent avoir stipulé clairement que leurs collègues avaient identifié les leaders d'opinion.</p>	<p>Connaissances professionnelles individuelles et en groupe de pairs, attitudes (qualifications).</p>	<p>12 ECR Généralement efficaces. Effet médian 10% d'amélioration absolue (gamme absolue -6% à +25%).</p>	<p>Modérément coûteux en raison de la nécessité de sonder une population-cible pour chaque affection.</p>	<p>Rarement utilisés dans les systèmes de soins de santé. La majorité des études ont utilisé l'instrument Hiss pour identifier les leaders d'opinion (qui sont de bons communicateurs, actuels et humanistes). L'intervention s'avère spécifique à l'affection (8). La couverture dans les réseaux sociaux est souvent incertaine. La stabilité temporelle est incertaine (8).</p>

<p>Audit et feedback (9).</p>	<p>Tout résumé des performances cliniques des soins de santé sur une période de temps spécifiée.</p> <p>Sensibilisation professionnelle individuelle (en groupe de pairs) des performances actuelles.</p>	<p>118 ECR Généralement efficaces. Effet médian dans 88 comparaisons de qualité +5% (intervalle interquartile +3% – 11%) Effets plus importants observés si la compliance de base est faible.</p>	<p>Les ressources nécessaires concernent en grande partie les frais d'extraction des données. Peuvent être relativement bon marché si les données peuvent être extraites en utilisant des systèmes administratifs de routine.</p>	<p>La faisabilité peut dépendre de la disponibilité de données administratives d'excellente qualité.</p>
<p>Rappels (10).</p>	<p>Informations spécifiques au patient ou à la rencontre (fournies sur un écran informatique) qui sont destinées ou conçues pour encourager un professionnel de santé à rappeler les informations.</p> <p>Barrières cognitives/de mémoire professionnelles individuelles.</p>	<p>28 ECR Généralement efficaces. Effet médian dans 32 comparaisons +4,2% (intervalle interquartile 0,8 – 18,8%).</p>	<p>Les ressources varient en fonction du mécanisme de délivrance. Utilisation croissante des rappels informatisés (puisque l'inclusion de rappels est relativement peu coûteuse).</p>	<p>Connaissance insuffisante à propos de la façon de définir des priorités et d'optimiser des rappels.</p>
<p>Interventions aux multiples facettes (11).</p>	<p>Intervention comprenant deux composants ou plus.</p> <p>Ciblage des barrières multiples affectant les composants d'intervention inclus.</p>	<p>Grimshaw et coll. Ne sont pas parvenus à démontrer une analyse dose-réponse (c'est-à-dire que les effets apparents d'interventions n'ont pas augmenté le nombre de composants).</p>	<p>Probablement plus coûteuses que les interventions individuelles.</p>	<p>Besoin de considérer attentivement comment combiner les interventions pour garantir des effets additionnels ou synergiques (p. ex., les interventions qui comprennent des composants ciblés sur les mêmes barrières ne peuvent être additionnelles/synergiques.</p>

Références

1. Bero L, Eccles M, Grilli R. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. About The Cochrane Collaboration (Cochrane Review Groups (CRGs)). *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, 2007, Issue 4: Art. No. EPOC.
2. Farmer AP et al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, CD004398.
3. Forsetlund L et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, CD003030.
4. O'Brien MA et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, CD000409.
5. Soumerai SB, Avorn J. Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. *JAMA*, 1990, 263(4):549–556.
6. Mason J et al. When is it cost-effective to change the behavior of health professionals? *JAMA*, 2001, 286(23):2988–2992.
7. Doumit G et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, CD000125.
8. Doumit G. *Opinion leaders: effectiveness, identification, stability, specificity, and mechanism of action* [thesis]. Ottawa, University of Ottawa, 2006.
9. Jamtvedt G et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, no. 2, CD000259.
10. Shojania KG et al. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, CD001096.
11. Grimshaw JM et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 2004, 8(6):iii–72.

Synthèses communes

1. Comment les systèmes de santé européens peuvent-ils soutenir les investissements dans les stratégies de santé de la population et leur mise en œuvre?
David McDaid, Michael Drummond, Marc Suhrcke
2. Comment accroître l'impact des évaluations des technologies de santé?
Corinna Sorenson, Michael Drummond, Finn Børlum Kristensen, Reinhard Busse
3. Où sont les patients dans la prise de décisions concernant leurs propres soins de santé?
Angela Coulter, Suzanne Parsons, Janet Askham
4. Comment trouver un équilibre entre différents lieux de dispensation de soins aux personnes âgées?
Peter C. Coyte, Nick Goodwin, Audrey Laporte
5. Quand des programmes verticaux (autonomes) ont-ils une place dans les systèmes de santé?
Rifat A. Atun, Sara Bennett, Antonio Duran
6. Comment mettre en œuvre des programmes de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins?
Debbie Singh
7. Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services?
James Buchan
8. Comment et pourquoi mettre en place un éventail de qualifications optimal?
Ivy Lynn Bourgeault, Ellen Kuhlmann, Elena Neiterman, Sirpa Wrede
9. Est-ce qu'un apprentissage permanent et la revalidation des compétences garantissent la capacité d'exercer des médecins?
Sherry Merkur, Philipa Mladovsky, Elias Mossialos, Martin McKee
10. Comment les systèmes de santé peuvent-ils répondre au vieillissement de la population?
Bernd Rechel, Yvonne Doyle, Emily Grundy, Martin McKee
11. Comment les Etats européens peuvent-ils concevoir des systèmes de financement efficaces, équitables et durables pour les soins de longue durée des personnes âgées?
José-Luis Fernández, Julien Forde, Birgit Trukeschitz, Martina Rokosová, David McDaid
12. Comment l'égalité des sexes peut-elle être intégrée par les systèmes de santé?
Sarah Payne
13. Comment la télésanté peut-elle aider à la mise en place de soins intégrés?
Karl A. Stroetmann, Lutz Kubitschke, Simon Robinson, Veli Stroetmann, Kevin Cullen, David McDaid
14. Comment créer les conditions à l'adaptation des compétences des médecins aux nouveaux besoins et à l'apprentissage permanent?
Tanya Horsley, Jeremy Grimshaw, Craig Campbell
15. Comment créer un environnement de travail attractif et stimulant pour les professionnels de la santé?
Christiane Wiskow, Tit Albrecht, Carlo de Pietro

L'Observatoire européen a un programme indépendant de synthèses (voir <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/policybriefs/joint-hen-obs-policy-briefs>).

Le HEN produit des rapports de synthèse et résumés (disponibles sur <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence-network-hen>).

Organisation mondiale de la santé
Bureau Régional pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark
Tél.: +45 39 17 17 17
Fax: +45 39 17 18 18
E-mail: postmaster@euro/who.int
Site web: www.euro.who.int

La Synthèse a été préparée pour la Conférence sous la Présidence belge de l'U.E. sur le thème "Investir dans le personnel de santé de demain en Europe: portée de l'innovation et de la collaboration (La Hulpe, 9–10 septembre 2010).

Cette publication fait partie d'une série de synthèses communes du Réseau des Bases factuelles en Santé et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Destinée principalement aux décideurs qui souhaitent des messages décisionnels, la série aborde des questions telles que: si et pourquoi une question est traitée, que sait-on des conséquences probables de l'adoption de stratégies particulières pour traiter la question et comment, en tenant dûment compte des considérations relatives à la mise en œuvre de la politique, ces stratégies peuvent être combinées pour déboucher sur des options politiques viables.

En se basant sur les rapports de synthèse du Réseau et sur les synthèses de l'Observatoire, cette série est fondée sur une analyse et une appréciation rigoureuses des documents de recherche disponibles et une évaluation de leur importance dans les contextes européens. Les synthèses n'ont pas pour but de fournir des modèles idéaux ou des approches recommandées. Mais, par la synthèse des principaux documents de recherche et leur interprétation en vue de déterminer leur importance pour la politique, la série a pour but de délivrer des messages sur des options politiques potentielles.

Le **Réseau des Bases factuelles en Santé** (HEN) du Bureau Régional pour l'Europe de l'OMS est une source fiable de données factuelles pour les décideurs dans les 53 Etats membres de la Région européenne de l'OMS. Le réseau HEN donne des réponses ponctuelles aux questions de politique sanitaire en matière de santé publique, de soins de santé et de systèmes de santé par des rapports factuels ou des synthèses, résumés ou notes et offre un accès facile à des données factuelles et informations extraites d'un certain nombre de sites web, de bases de données et de documents sur son site web (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen>).

L'**Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé** est un partenariat qui soutient et favorise une politique de santé factuelle par une analyse globale et rigoureuse des systèmes de santé dans la Région européenne. Il réunit un large éventail de décideurs, d'académiciens et de praticiens pour analyser les tendances dans la réforme de la santé, en puisant dans les expériences de toute l'Europe pour éclairer les questions politiques. Les produits de l'Observatoire sont disponibles sur son site web (<http://www.healthobservatory.eu>).