



CP 1999/025 Final FR

Comité Permanent des Médecins Européens
Standing Committee of European Doctors

Original : English

Subject

Continuing Medical Education/Continuous Professional Development
Submitted by Dr HOLM

Sujet

Formation médicale continue/Développement professionnel continu
Présenté par le Dr HOLM

Concerning / Concerne

Toutes les Délégations
All Delegations

Purpose / Objet

Approved by the General Assembly on 13 November 1999
Approuvé par l'Assemblée Générale le 13 novembre 1999

Key word / Mot clé

Continuing Medical Education/Continuing Professional Development
Formation médicale continue/Développement professionnel continu

16/11/1999

Avenue de Cortenbergh, 66 box 2
B - 1000 BRUSSELS - BELGIUM

☎ ++ 32 2 7327202

Fax ++ 32 2 7327344

E-mail : cp@euronet.be - WWW : <http://www.cpme.be>

Memorandum sur la formation médicale continue (FMC) et développement professionnel continu (DPC) en Europe

Récapitulatif

- Les médecins sont autonomes et indépendants ; ils ont des obligations éthiques leur imposant d'exercer leur art conformément à des normes éthiques reconnues, ce qui implique un effort permanent de développement de leurs connaissances, compétences et attitudes, pour répondre aux besoins des patients.
- La principale motivation de cet apprentissage permanent réside dans la volonté et le désir d'entretenir ses qualités professionnelles, grâce à un processus de développement professionnel continu (DPC), réunissant l'ensemble des activités destinées à progresser dans des domaines de compétences (médicales, gestionnaires, sociales et personnelles) nécessaires pour répondre aux besoins des patients.
- La confiance du public repose sur l'hypothèse selon laquelle les médecins adhèrent aux normes actuelles de qualité professionnelle. La profession doit être capable d'exercer des pressions sur ses pairs et de contrôler ceux qui ne respectent pas ces normes. Les procédures appliquées devraient être connues et assurer un traitement équitable.
- Un bon fonctionnement du service de la médecine du travail pour les médecins est un élément important dans la prévention de la pratique de moindre qualité
- Le praticien est totalement responsable de ses actes cliniques quel que soit son statut (employé ou indépendant), mais ne peut être rendu responsable des défaillances du système, national ou local, ne relevant pas de son contrôle.
- A tout moment, le praticien doit rechercher en priorité l'intérêt du patient. Par conséquent, l'application de certaines connaissances et expériences, un écart délibéré aux directives et protocoles interviendront parfois et font partie intégrante de la pratique professionnelle.
- D'une manière générale, les médecins sont capables d'identifier leurs besoins en matière d'apprentissage, mais devraient profiter de l'évaluation des pairs et des méthodes d'auto évaluation. En définitive, le praticien bénéficie du privilège et de la responsabilité de planifier et d'exécuter les activités de DPC correspondant à ses besoins.

- Les preuves en faveur de l'introduction de mesures obligatoires (ex. une période déterminée de FMC) pour maintenir le niveau de compétence sont rares. D'autre part, les professionnels devraient volontairement partager les stratégies qu'ils appliquent pour entretenir leurs connaissances et les employeurs ont le devoir de faciliter le DPC du personnel (ex ; financement adéquat, équipements et temps réservé).
- Les médecins ont l'obligation de participer à des activités d'apprentissage pour faciliter le développement des compétences de leurs pairs et des autres membres de l'équipe soignante, dans le cadre de leur rôle dirigeant. Les médecins doivent chercher à acquérir les compétences personnelles leur permettant d'être à la tête du changement organisationnel et d'identifier de nouvelles compétences susceptibles d'améliorer la qualité des soins de santé.
- Les praticiens devraient se familiariser avec les méthodes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) ; ex. : se documenter sur le niveau des soins, disséquer les domaines où les progrès sont nécessaires, définir les besoins d'apprentissage et diriger le cycle de perfectionnement.
- L'ACQ devrait faire partie intégrante du programme médical à tous les niveaux de formation.
- La réussite de l'introduction de l'ACQ dans les soins de santé requiert l'adhésion totale des médecins et la conduite du processus par ces derniers, reconnaissant que des soins de santé performants reposent sur un travail en équipe et des résultats obtenus par l'ensemble de l'équipe.

Introduction

Des études entreprises par le CP (CP 97/072 Rev1) et l'UEMS révèlent que de plus en plus de pays européens adoptent des systèmes imposant aux médecins diplômés des périodes précises d'activité de FMC/DPC, allant dans certains pays jusqu'à une nouvelle homologation, dispositions contraires à la Charte CP sur la FMC (Déclaration de Dublin, 1982, revue en 1993 à Funchal (CP 93/26)), ce qui renforce l'idée que cette activité doit être volontaire.

La médecine étant une profession libérale, cela implique que les médecins exercent leur art de manière autonome, s'imposent des règles et agissent en toute indépendance. Dans des conditions idéales, le public fait confiance au corps médical et à son aptitude à fournir un service conforme aux intérêts de ce même public.

Les médecins et leurs organisations professionnelles sont supposés pratiquer leur art conformément aux normes éthiques généralement admises (codes professionnels) largement diffusées et dont les médecins sont comptables.

La confiance du public repose sur la présomption selon laquelle la profession dispose de mécanismes capables d'identifier et de remédier à des pratiques non conformes aux normes reconnues.

Ces mécanismes peuvent être mis au point par les pouvoirs publics (ex : les pouvoirs publics responsables de la tenue du registre de ceux habilités à exercer) des registres des licences), en coopération avec les organisations professionnelles, dont les membres sont les seuls capables d'évaluer la qualité de la pratique de leurs pairs. Un système transparent, connu de la profession et du public doit garantir des normes de qualité pour la pratique médicale et conserver la confiance du public.

De nombreux médecins estiment que leur profession est actuellement la cible de nombreuses attaques. Ils évoquent une bureaucratisation accrue et l'émergence de règles imposées à la pratique médicale non seulement par les pouvoirs publics mais parfois, par des initiatives émanant de la profession pour réglementer la pratique de ses membres. La réglementation de la pratique, comme les restrictions imposées aux méthodes de diagnostic et aux thérapies, vécues dans de nombreuses organisations de santé (HMO) peuvent avoir de sérieuses répercussions sur la prise de décisions cliniques et l'autonomie. Certains éléments de la médecine basée sur le niveau de preuve et l'explosion du nombre de directives médicales et de protocoles sont perçus par de nombreux médecins comme des carcans plutôt que comme des outils utiles facilitant la prise de décisions cliniques. Dans de nombreux pays, ces tendances négatives sont encore renforcées par la tension croissante entre le système juridique et la profession médicale. Nombreux sont les médecins qui estiment que l'EBM et les directives sont dénaturées par les avocats pour étayer des dossiers de négligence médicale.

Dans les divers Etats membres, les systèmes de sécurité sociale tentent de plus en plus de restreindre le taux de croissance des budgets de soins de santé. Ces mesures sont souvent justifiées par des motifs invoquant le "rapport qualité/prix" ou encore la "rentabilité". De nombreux docteurs considèrent toutefois ces mesures soit comme des restrictions en matière de soins sous une forme ou une autre (rationnement), soit comme une tentative d'augmentation des volumes (nombre de cas) à moindre frais, en serrant les cordons de la bourse, c'est-à-dire en proposant des soins de moindre qualité.

Le Développement professionnel continu (DPC)

Le Développement professionnel continu est un mécanisme grâce auquel le médecin revoit et actualise ses connaissances et aptitudes, afin de pouvoir satisfaire les besoins de ses patients. Le DPC englobe l'acquisition continue de nouvelles connaissances, compétences et attitudes. Il n'existe pas de distinction nette entre la formation médicale continue (FMC) et le DPC, puisqu'au cours des dernières décennies, la FMC a progressivement intégré des thèmes sortant des traditionnels sujets à vocation médicale. L'utilisation du terme de DPC atteste la nécessité, pour pouvoir pratiquer une médecine de qualité, d'acquérir de multiples compétences, parmi lesquelles des compétences médicales, de gestionnaire, sociales et personnelles.

Même si les connaissances et les compétences figurant traditionnellement dans la FMC restent l'essentiel de la pratique médicale, les changements de l'exercice médical et des connaissances tout au long d'une carrière sont le fruit d'une série de facteurs parmi lesquels l'environnement de la pratique médicale, avec les caractéristiques de la population soignée jouent un rôle déterminant.

Le DPC considère la médecine comme un art et reconnaît les compétences professionnelles, intégrant les aspects liés à la technique scientifique médicale ainsi que ceux liés à l'expérience quotidienne et personnelle. Chaque praticien acquiert ainsi un ensemble unique de connaissances, de compétences et d'attitudes qui lui permet, dans ses décisions, d'incorporer des éléments médicaux, personnels, sociaux, moraux, éthiques, de gestion et de tenir compte des situations. Très souvent, les décisions des praticiens s'appuient sur des jugements intuitifs qui sont difficiles à expliquer et qui ne s'inscrivent pas toujours dans des directives.

Mais même si ces décisions ne trouvent pas toujours une justification immédiate ou ne sont pas toujours bien comprises, cela ne signifie pas pour autant qu'elles soient de mauvaise qualité. Elles témoignent simplement du fait que le praticien s'inspire fréquemment des connaissances acquises et intériorisées, qui ne se prêtent pas à une dissection rationnelle.

La procédure de DPC

La volonté et le souci des médecins d'entretenir leur qualité professionnelle est l'une des principales motivations qui les incite à se lancer dans ce processus d'apprentissage et de changement continu. Le « programme de DPC » est déterminé par les rencontres quotidiennes avec les patients. Grâce à ces rencontres, les médecins identifient leurs besoins d'apprentissage et de changement dans les diverses compétences citées plus haut. Cet apprentissage est auto dirigé et est l'une des caractéristiques de l'apprentissage adulte.

Le processus d'évaluation personnelle est essentiel dans l'apprentissage continu et peut être favorisé par des programmes d'évaluation personnelle (ex. programmes fournissant des réactions en cas de réponses erronées). Il convient toutefois de noter que manifestement, l'auto évaluation des résultats de la pratique conduit plus souvent à l'engagement de modifier sa pratique, qu'à la participation à un programme d'évaluation personnelle. Un professionnel est relativement compétent pour évaluer ses résultats et prendra les mesures pour combler le fossé entre les résultats atteints et souhaités. C'est l'un des aspects essentiels du DPC. Comme en atteste la tendance allant dans le sens de systèmes obligatoires de nouvelle homologation. Il semble qu'en tant que pairs et gestionnaires de soins de santé, notre confiance dans la capacité de nos collègues à suivre un apprentissage auto-dirigé (contrairement à nous-mêmes) est très limité.

Les instruments les plus utiles pour favoriser le DPC devraient déjà exister dans l'environnement de travail, notamment un moment de réflexion sur la pratique, des systèmes d'information adéquats et un environnement de travail favorable. Actuellement, la plupart des médecins travaillent en équipe avec d'autres médecins et catégories de personnel médical. La qualité de la pratique dépend du fonctionnement de l'ensemble de l'équipe. Nous faisons partie d'une organisation d'apprentissage. La réflexion sur la pratique clinique et l'interaction (non seulement formelle et mais aussi informelle) avec les pairs et les autres membres du personnel médical favorisent grandement le DPC d'un médecin. Des programmes de FMC plus formels, spécialement sélectionnés par le praticien pour répondre aux besoins identifiés sont des compléments importants.

Un bon DPC ne se conçoit pas sans un certain capital temps ; les médecins doivent pouvoir disposer de périodes au cours desquelles, loin des problèmes cliniques et de leur pratique, ils peuvent réfléchir et, le cas échéant, imaginer de nouvelles méthodes pour aborder les problèmes cliniques. Cette réflexion peut être personnelle ou s'inscrire dans une évaluation de l'équipe. Un DPC correct est voué à l'échec s'il dépend d'activités organisées en dehors des horaires de travail, lorsque les praticiens risquent d'être fatigués, après une journée d'activités cliniques.

La nécessité pour les médecins d'acquérir des compétences dans les domaines du leadership, du travail en équipe, de la communication et le processus d'apprentissage lui-même (évaluation des besoins, planification de l'apprentissage et évaluation des résultats) ne s'imposent qu'après une parfaite compréhension de la complexité de la médecine moderne. Ces aspects du DPC ne figurent que rarement dans la FMC traditionnelle. Ces dernières années cependant, les offres de programmes de gestion et de leadership proposées aux médecins ne cessent de se multiplier et elles émanent souvent des organisations professionnelles. Ces programmes intègrent régulièrement l'apprentissage de compétences en matière de communication et d'encadrement.

Clarifier le problème de l'incompétence

En parlant de FMC/DPC, on ne peut ignorer le problème de l'incompétence. Cette discussion s'impose, non pas parce qu'il existe un lien quelconque entre les deux, mais parce que ce problème empêche toute discussion constructive à propos du DPC, le débat se résumant souvent à savoir si la FMC doit ou non être obligatoire. D'une part, très peu de preuves viennent étayer l'affirmation selon laquelle la FMC obligatoire, telle que nous la connaissons actuellement, contribue de manière significative au maintien de la qualité dans la pratique médicale. D'autre part, il est inutile d'effectuer des recherches pour établir qu'un médecin refusant, ou incapable de suivre le progrès des développements actuels, deviendra très rapidement inapte à répondre aux besoins de la population qu'il ou elle soigne.

Il est important de clairement distinguer les causes de l'incompétence professionnelle. Comme le veut la médecine en général, les remèdes proposés doivent se fonder sur une analyse et un diagnostic corrects. La tâche n'est pas toujours facile, mais il serait utile d'analyser les cas d'incompétence sous deux angles différents au moins :

- incompétence, résultat d'une défaillance personnelle et
- incompétence, résultat d'une défaillance du système.

Développer un service de médecine de travail pour les médecins est essentiel afin d'empêcher ceux-ci d'exercer de manière incompétente du fait d'incapacité mentale ou physique.

Dans de nombreux cas, des éléments de défaillance personnelle et de défaillance du système se retrouvent, la défaillance du contrôle du système ou du contrôle des procédures, étant probablement le résultat d'une défaillance personnelle. Mais les médecins sont également blâmés pour des contretemps ou de mauvais résultats, même s'ils ont fait le maximum avec les moyens disponibles. Ceci souligne l'importance pour les médecins, dans le cadre de leurs obligations professionnelles, de signaler correctement les lacunes du système.

Si le contexte et les procédures de la pratique en question et si les procédures d'évaluation sont mal comprises, l'évaluation des cas de faute professionnelle présumée peut rapidement déraiser et entraîner des drames personnels et professionnels. L'une des erreurs classiques concerne un domaine particulier, celui de la médecine générale, où les cas sont évalués par des personnes travaillant dans un cadre complètement différent, par exemple des spécialistes (consultants), ou encore, des médecins spécialistes évalués par des universitaires. La violation des principes de l'évaluation par les pairs représente une menace pour l'« équité ».

Tout professionnel doit savoir qu'une pratique conforme aux normes professionnelles généralement admises (la norme) ne sera pas sanctionnée par un verdict d'erreur professionnelle et lorsque les praticiens respectent les normes reconnues, les allégations d'erreur professionnelle devraient être exceptionnelles. Ce sont les critères minimaux pour la mise en place d'un système de responsabilité, de transparence et de confiance.

Responsabilité personnelle

Chaque professionnel est personnellement responsable de ses actes, qu'il soit indépendant ou employé. Il est fondamental que les patients et le public comprennent que leur médecin est responsable et comptable de ses actes, quelle que soit la structure de l'organisation dans laquelle il travaille.

Actuellement, beaucoup de médecins travaillent dans des organisations complexes, où les systèmes d'information et les responsabilités personnelles sont plus flous et où les interactions professionnelles peuvent s'avérer moins efficaces. Il est prouvé qu'un environnement de travail imparfait risque d'affecter le processus de guérison, même si le traitement prescrit est à l'abri de toute critique.

Le développement professionnel doit aborder ces problèmes et les médecins, qui ont une fonction dirigeante dans la plupart de ces organisations, ont une responsabilité particulière dans l'instauration et la préservation d'un climat propice aux soins et à la guérison.

Dans les organisations plus complexes, et plus particulièrement en cas de problème, le défi consiste à distinguer, comme précisé plus haut, les défaillances du système, lesquelles sont de la responsabilité de la direction clinique (dirigeants et supérieurs) de celles provoquées par des actes inappropriés posés par des professionnels.

La responsabilité personnelle des praticiens travaillant dans un système inclut également l'obligation d'identifier et de signaler les manquements du système, susceptibles de porter préjudice au patient (englobant les aspects liés aux techniques, aux procédures, aux personnes ou à l'organisation). Une culture professionnelle et organisationnelle « exigeant » des praticiens une vigilance permanente visant à l'introduction de changements et d'amélioration, c'est-à-dire, une participation active à une amélioration constante de la qualité ne peut qu'être bénéfique pour le patient et pour les professionnels de la santé.

Les médecins travaillant en équipe avec d'autres médecins et d'autres catégories du personnel médical se doivent de contribuer à l'apprentissage et au développement de leurs pairs et des autres catégories du personnel médical. Travailler avec d'autres personnes offre des possibilités d'apprentissage et d'enrichissement permanent, puissants moteurs de DPC, rarement exploités à leur juste valeur.

Amélioration continue de la qualité (ACQ)

Les termes contrôle de qualité (CQ) et garantie de qualité (GQ) circulent depuis longtemps et sont souvent perçus par les médecins comme des inventions bureaucratiques, venant entraver, plutôt que faciliter la pratique médicale. Dans de nombreux pays, le CQ et la GQ font partie des dispositions juridiques régissant et réglementant la pratique médicale.

La logique inhérente à ces réglementations, appelées gestion clinique, peut paraître raisonnable : ex. : veiller à mettre en place des systèmes de contrôle de la qualité de la pratique clinique. Néanmoins, très souvent, les médecins perçoivent ces mécanismes comme des entraves, des jugements, critiques et totalement étrangers à leur mission principale qui consiste à traiter le patient. Ces sentiments sont compréhensibles, ces systèmes étant souvent conçus sous la forme d'une procédure descendante, fondée sur la nécessité de contrôle. Il existe évidemment d'excellents exemples de GQ, mais ces activités nous enseignent que si les médecins ne participent pas à l'élaboration du système et n'y adhèrent pas, il aura un impact pratique limité et ne contribuera pas énormément au DPC.

De plus, les dispositions légales régissant la pratique médicale ne vont pas disparaître et il n'est pas aisé de nier la nécessité d'introduire des systèmes assurant un cadre de qualité. Bien au contraire, les médecins devraient les accueillir favorablement et, chaque fois que cela s'avère possible, participer à la mise en œuvre de systèmes contribuant à une bonne pratique clinique (ex. l'apprentissage continu représente un élément essentiel de la GQ de toute organisation et doit figurer dans des documents décrivant les mesures de la qualité)

Le CQ et la GQ, de même que l'évaluation clinique sont apparemment conçus pour identifier les « poids morts » et les éliminer. Le CQ et la GQ peuvent trouver des applications utiles, surtout lorsqu'il s'agit de définir les systèmes et les structures dans lesquels les soins sont dispensés. Ces systèmes sont souvent la pierre angulaire des systèmes d'agrément. Mais ils ont cependant moins à offrir en matière de soins, élément prioritaire du clinicien. C'est là qu'intervient l'amélioration continue de la qualité (ACQ).

La philosophie même de l'ACQ suppose que les praticiens maîtrisent le processus, un processus ascendant. Le praticien identifie les domaines d'amélioration, conçoit le processus d'amélioration, passe à l'action appropriée, évalue les résultats et assume la responsabilité, le cas échéant, du remodelage du processus étudié. C'est l'exemple classique du cycle Planifier, Concevoir, Etudier (Vérifier), Agir, attribué à EW Deming.

Cette méthode se rapproche du fameux apprentissage expérimental, effectué jour après jour, décrit par Kolb et de la réflexion dans l'action et la réflexion sur l'action, décrit par Donald Schön après des études sur la manière dont les professionnels apprennent.

L'ACQ combine le processus d'apprentissage permanent, a un impact sur les soins aux patients et propose un système de documentation (se fondant sur des indicateurs pertinents). Associée à la pratique, l'ACQ permet de visualiser la complexité des procédures cliniques et démontre le caractère interdisciplinaire des soins de santé modernes.

Cela ne signifie pas que les notions de MQT/ACQ soient facilement assimilées par les médecins. Elles ne figurent pas souvent dans les programmes de médecine et,

quand elles sont enseignées, elles sont souvent présentées comme des notions n'ayant aucun lien avec un environnement identifié par les praticiens.