



**UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES  
EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS**

20, Av. de la Couronne  
B-1050 BRUSSELS  
[www.uems.net](http://www.uems.net)

tel: +32-2-649.5164  
fax: +32-2-640.3730  
e-mail: [uems@skynet.be](mailto:uems@skynet.be)

D 0120

## DECLARATION DE BALE

Politique de l' UEMS sur le Développement Professionnel Continu  
20 octobre 2001

### INTRODUCTION

Ce document présente la politique de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) en matière de développement professionnel continu (DPC) des médecins spécialistes en Europe. Le DPC est défini comme suit : moyens éducatifs permettant aux médecins de mettre à jour, de développer et d'améliorer les connaissances, aptitudes et attitudes requises par leur activité professionnelle. Par conséquent, l'UEMS estime que le DPC est indispensable à la garantie d'un haut niveau de pratique médicale.

Ce document représente la politique de l' UEMS qui considère le DPC comme une forme d'amélioration de la qualité des soins de santé ; sa politique sur la recherche de qualité est reprise dans un autre document et sera davantage développée.

Ce document s'adresse à toute personne concernée par le sujet : patients, médecins, associations médicales, employeurs des établissements de soins de santé, organismes de financement, décideurs du DPC, législateurs nationaux et européens. Bien que ces groupes aient une approche différente du DPC, l' UEMS estime qu'ils peuvent être tous réunis autour d'une politique commune. Ce consensus nécessite la mise place d'un système visant à :

1. définir les résultats souhaités du DPC – à la fois le maintien de normes sûres pour la pratique, et l'obtention de normes de qualité plus rigoureuses
2. déterminer les processus requis pour arriver à ces résultats, rendant le DPC plus aisément disponible et la participation au DPC plus réelle et vérifiable
3. convenir des structures et des sources de financement – spécifiques à la structure des soins de santé de chaque pays – qui soutiendront la mise en pratique du DPC pour tous les médecins spécialistes

Le résumé suivant fournit une liste de recommandations tirées du texte intégral et a pour objectif d'identifier les personnes pouvant intervenir dans sa mise en pratique. Il s'agit également d'un index se rapportant à certains paragraphes du document.

### RECOMMANDATIONS

Le DPC incorpore et va au-delà de la FMC ; par conséquent, il devrait être le concept à préférer (3 et 4)

*Action : tous les groupes concernés*

Le DPC se base sur une tradition bien développée d'apprentissage à vie au sein de la profession médicale (5, 6, 9) et fait partie de la responsabilité éthique de chaque médecin (7, 25)

*Action : médecins, associations médicales*

Il faut une plus grande reconnaissance des intérêts légitimes qu'ont pour le DPC tous ceux ayant un enjeu dans la qualité de la pratique médicale : patients, profession, employeurs et organismes de financement des soins de santé (10)

*Action : tous les groupes concernés*

Au bout du compte, c'est le patient, en tant que consommateur de services médicaux, qui paie pour le DPC et bénéficie de l'amélioration de la qualité des soins de santé qui en résulte (11, 41)

*Action : tous les groupes concernés*

Afin de développer un système optimal de DPC, il est nécessaire de déterminer les résultats souhaités, d'envisager les processus auxquels il faudra recourir et de convenir de la structure requise pour parvenir à ces résultats (15,16)

*Action : tous les groupes concernés*

Le DPC doit être encouragé pour tous les médecins, qui doivent reconnaître leur responsabilité dans sa mise en pratique et la garantie de son efficacité (17, 25, 42)

*Action : employeurs, organismes de financement, médecins, associations médicales*

Le DPC est le moyen essentiel d'améliorer la qualité et la sécurité de la pratique médicale (18)

*Action : tous les groupes concernés*

L'impact éducatif du DPC doit être contrôlé et des indicateurs plus précis doivent être développés pour soutenir celui-ci (20, 21)

*Action : associations médicales, décideurs en matière de DPC*

Le DPC est un processus de développement. Il sert un usage différent et est distinct des processus qui confirment l'aptitude continue de pratiquer ou qui s'occupent de médecins en difficulté (22-24, 46)

*Action : employeurs et organismes de financement, décideurs en matière de DPC, législateurs nationaux et européens*

Chaque médecin doit confirmer sa participation au DPC et en contrôler les résultats éducatifs (28-30)

*Action : médecins, associations médicales*

Il faut tenir compte des différentes méthodes d'apprentissage et des nouvelles technologies de l'information lorsqu'on développe des activités éducatives (33, 34)

*Action : médecins, associations médicales, décideurs en matière de DPC commun et*  
Lorsqu'on détermine les besoins éducatifs, il faut accorder de l'importance à la fois aux composants spécialisés du DPC (35)

*Action : médecins, associations médicales, décideurs en matière de DPC*

Lorsqu'on évalue la mise en pratique du DPC, il est indispensable de considérer à la fois le médecin individuel et son environnement professionnel et éducatif (36-38)

*Action : médecins, associations médicales, employeurs et organismes de financement, décideurs en matière de DPC*

Il faut accorder plus d'attention à la nature de l'activité de DPC : l'apprentissage actif a plus d'impact sur la qualité de la pratique (34, 37)

*Action : médecins, associations médicales, décideurs en matière de DPC*

Il faut tenir des registres aisément accessibles des activités éducatives (39, 40)  
*Action : associations médicales, décideurs en matière de DPC*

Tandis que les résultats du DPC peuvent être communs à tous les médecins, le principe de subsidiarité – spécificité en fonction de circonstances nationales – doit être adopté pour les structures éducatives, les mécanismes de financement et de responsabilité (19, 44-47)

*Action : associations médicales, employeurs et organismes de financement, législateurs nationaux et européens*

Les ressources appropriées doivent être disponibles pour le DPC. Il s'agit du temps, de l'argent, du soutien des pairs et des opportunités de formation (41, 42, 48)

*Action : employeurs des établissements de soins de santé et organismes de financement, législateurs nationaux et européens*

Indépendamment de la source de financement, il faut un budget spécifique de soutien au DPC (41, 48)

*Action : associations médicales, employeurs et organismes de financement, législateurs nationaux et européens*

## SECTION 1 : INTRODUCTION

### Le rôle de l'UEMS

1. L'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) est l'organisation représentative des médecins spécialistes membres des associations nationales de tous les pays de l' Union Européenne et de l' Espace Economique Européen et d'un certain nombre de pays n'appartenant ni à l' Union Européenne ni à l' Espace Economique Européen. Ses activités couvrent l'ensemble de la pratique médicale spécialisée et sont menées conjointement par son Conseil de Direction et plus de trente Sections Spécialisées.
2. L'UEMS estime qu'il est de sa responsabilité d'aboutir à un consensus sur l'avenir du développement professionnel continu (DPC) des médecins en Europe. Plutôt que de simplement décrire la situation actuelle, ce document va tenter de développer ce point.

### Qu'est-ce que le DPC ?

3. L'UEMS définit le DPC comme suit : moyens éducatifs permettant aux médecins de mettre à jour, de développer et d'améliorer les connaissances, aptitudes et attitudes requises par leur activité professionnelle. L'objectif du DPC est d'améliorer tous les aspects de la performance professionnelle du médecin.
4. Par conséquent, le DPC incorpore le concept de FMC, qui en général réfère uniquement à l'amélioration des connaissances et aptitudes des médecins. Tandis que le modèle de départ de la formation continue des médecins était la FMC, une reconnaissance accrue des divers composants contribuant à une bonne pratique médicale a entraîné l'acceptation du DPC comme le concept le plus approprié.
5. Il y a une continuité entre la formation médicale de base, la formation spécialisée et le développement professionnel continu (DPC). Le DPC fait partie d'un programme personnel d'apprentissage à vie dans lequel chaque médecin s'engage dès son entrée à la faculté de médecine jusqu'à sa retraite.

## **Les bases traditionnelles de la FMC et du DPC**

6. Il y a une longue tradition de formation continue au sein de la profession médicale et les facteurs de motivation les plus puissants sont des facteurs positifs. Ils comprennent la prise de conscience par le médecin de sa responsabilité dans la garantie d'une pratique médicale sûre, la reconnaissance par ses pairs, et l'accent de la collectivité est mis sur la qualité de la pratique médicale. Bien que les facteurs répressifs – comme la perte de statut, un besoin officiel de suivre des activités de FMC/DPC et un critère pour l'obtention d'un emploi – jouent certainement un rôle, ils entrent moins fréquemment en ligne de compte.
7. L'UEMS estime fermement que le DPC fait partie de la responsabilité éthique de chaque médecin et recommande que celui-ci soit à même de vérifier sa participation aux activités de DPC. Malgré que le DPC obligatoire ou volontaire entraîne de nombreuses discussions, il n'existe aucun consensus européen à ce sujet.

## **Les médecins, étudiants à vie**

8. Le DPC incorpore également le principe de l'apprentissage adulte, dans lequel on attend des médecins qu'ils évaluent leurs besoins éducatifs et identifient les moyens nécessaires pour les rencontrer. On est également passé de l'apprentissage passif (la méthode traditionnelle de formation au moyen de conférences) à l'apprentissage actif, davantage stimulé, dans lequel on attend de l'individu qu'il recherche activement des opportunités de formation, qu'il les synthétise et les applique à sa propre pratique.
9. Il est caractéristique des médecins qu'ils cherchent à améliorer leur pratique, disposent de plusieurs moyens d'apprendre, identifient leurs besoins éducatifs, et veulent être soutenus en tant qu'étudiants adultes. Ils travaillent dans un environnement riche en formations et, de par la nature de leur travail, sont capables de produire des résultats positifs suite à leur participation au DPC. Ces caractéristiques sont particulièrement importantes étant donné qu'elles permettent de définir une approche plus raisonnée du DPC.

## **Le DPC dans un contexte moderne**

10. La dispense de soins de santé concerne quatre grands groupes d'acteurs, chacun ayant un intérêt légitime à ce que l'on arrive à des normes rigoureuses en matière de performance médicale. Ces groupes peuvent être résumés comme suit : la société dans son ensemble et les patients individuels ; les professionnels qui les soignent ; les employeurs des établissements de soins de santé ; et ceux qui financent les soins de santé.
11. Étant donné que les systèmes de soins de santé en Europe diffèrent, il existe d'importantes variations dans les relations entre ces groupes. Cependant il est un principe commun qu'au bout du compte, c'est le patient, en tant que consommateur de services médicaux, qui paie pour le DPC et bénéficie de l'amélioration de la qualité des soins qui en résulte. Ceci se produit soit directement, dans le cas des soins privés, soit indirectement, dans les systèmes basés sur les assurances ou les systèmes nationaux financés par les impôts.
12. Le DPC est devenu un sujet litigieux. Ceci est dû à un changement dans les attentes de la société, au rôle changeant des médecins, au développement de nouvelles technologies en médecine, et aux difficultés accrues de financement des systèmes de soins de santé. Le DPC est également considéré comme un outil servant à améliorer l'efficacité clinique et à accroître la responsabilité du médecin.

## **Le pouvoir des consommateurs**

13. Les médecins, comme d'autres groupes de professionnels, sont remis en question par ce que l'on peut décrire comme une "politique du consommériste". La société a pendant longtemps eu comme exigence absolue d'augmenter la quantité de soins médicaux ; plus récemment, l'attention s'est davantage concentrée sur la qualité des services dispensés. De la même manière, via la dérégulation, on a tenté de revoir les responsabilités des professionnels qui délivrent ces soins. Outre ces changements, l'accent est davantage mis sur la responsabilité, l'ouverture et la transparence.
14. Tandis que certains médecins considèrent peut-être cette "politique du consommériste" comme une menace, l'UEMS estime qu'elle donne à la profession médicale l'occasion de montrer la quantité de travail déjà réalisé en matière de services médicaux efficaces et de grande qualité.

## **L'approche de ce document**

15. L'UEMS estime qu'une analyse basée sur le résultat, le processus et la structure est nécessaire pour envisager l'avenir du DPC. Dans les pages qui suivent, on reviendra sur chacun de ces points individuellement.

## **SECTION 2: QU'ATTENDONS-NOUS DU DPC ?**

### **Résultats souhaités**

16. L'UEMS estime qu'un consensus existe parmi les quatre principaux acteurs – patients, profession, employeurs et organismes de financement – en ce qui concerne le résultat premier qui est la garantie pour tous que le médecin maintienne et développe ses performances dans le domaine de la pratique. Ceci implique à la fois de maintenir des normes sûres pour la pratique et de favoriser l'obtention de normes de qualité élevées.

### **Maintien**

17. Le DPC – en se basant sur ses objectifs définis de mise à jour et d'amélioration de la mise en pratique par les médecins de leurs connaissances, aptitudes et attitudes – est indispensable pour garantir que les médecins maintiennent et améliorent leurs performances dans leur vie professionnelle. S'il est correctement appliqué, le DPC permettra également aux médecins de démontrer qu'ils travaillent activement dans ce but.

### **Développement**

18. Avec les avancées rapides de la science et l'introduction de nouvelles technologies, il est indispensable de les introduire tout en insistant sur la sécurité. Il est généralement admis que les médecins qui sont formés à remplir des tâches spécifiques ont moins de chance de faire des erreurs lors de l'utilisation de ces nouvelles modalités thérapeutiques. Par conséquent, la formation est reconnue comme un mécanisme de sécurité, avec un concept qui s'étend du DPC à une qualité améliorée et à une sécurité accrue de la pratique.

### **Résultats spécifiques à une spécialité**

19. L'UEMS estime qu'étant donné l'existence probable d'un consensus sur les résultats généraux du DPC, il sera également possible de développer des

résultats spécifiques à une spécialité qui pourraient être appliqués au système de DPC de chaque pays. Tandis que la majeure partie du travail dans ce domaine sera faite au niveau national, les Sections Spécialisées de l'UEMS seront bien placées pour participer à l'harmonisation de tels résultats entre pays européens.

### **Evaluation de l'efficacité**

20. Avec l'accroissement des contraintes budgétaires dans le domaine de la santé, le financement du DPC dépendra davantage de la capacité de ses partisans à démontrer son utilité. Jusqu'à présent, peu de recherches ont été menées dans ce domaine, pourtant celles-ci s'avèrent indispensables au développement d'un audit planifié pour la dispense de DPC. En évaluant l'impact du DPC en tant qu'intervention éducative, il sera possible de garantir un DPC de meilleure qualité et de permettre également aux médecins de montrer qu'ils participent à une activité qui produit une amélioration quantifiable de leur pratique. Par conséquent, l'UEMS soutient fermement le développement continu des travaux dans ce domaine.
21. Les mesures suggérées permettant de fournir une telle information comprennent les indicateurs de performances qui démontrent des soins améliorés pour les patients. Ces indicateurs peuvent être soit globaux et liés à la totalité de la pratique du médecin soit, dans le cas d'indicateurs de substitution, avoir spécifiquement trait à des résultats éducatifs discrets. La seconde catégorie comprend des mesures qui démontrent la satisfaction de l'étudiant, les changements bénéfiques apportés à la pratique et les changements positifs dans l'attitude. Ce qui est plus difficile à mesurer mais qui peut être aisément évalué par le peer-review, c'est le développement de la pratique réfléchie, où les médecins considèrent leur travail clinique à la lumière d'informations éducatives et l'utilisent comme une opportunité de formation, développant un cycle "apprendre, travailler, apprendre".

### **Politique de qualité**

22. De nombreux articles traitent de la qualité des soins de santé ; malheureusement ils n'ont pas toujours clarifié ce point. L'UEMS estime fermement que les composants de la gestion de la qualité comme ils sont appliqués aux soins médicaux ont une applicabilité spécifique et doivent être maintenus séparés. Dans le contexte de ce document, l'UEMS définit l'Amélioration de la Qualité comme un effort continu à fournir une pratique meilleure. Par conséquent, le DPC peut être décrit comme le processus d'amélioration de la qualité qui garantit que les médecins compétents le demeurent et s'améliorent.
23. Le concept de Recherche de Qualité doit être maintenu séparé de celui de l'amélioration de la qualité. Des exemples de processus d'amélioration de la qualité sont l'audit et l'examen de la performance, tous deux mieux appliqués à l'aptitude continue de pratiquer. De la même manière, le Contrôle de Qualité est un domaine tout à fait distinct, lié au règlement médical, dans lequel les médecins qui ont été identifiés comme ayant des difficultés dans leur pratique sont évalués et pour lesquels une action appropriée est prise.

### **Responsabilité**

24. Il est indispensable que cette séparation des composants amélioration de la qualité, recherche de qualité et contrôle de qualité soit maintenue lors de la mise en œuvre de méthodes de responsabilité appropriées. Celles-ci doivent être correctement traitées par des organes différents, chacun ayant une responsabilité spécifique. C'est pour cette raison que l'UEMS ne soutient pas

l'usage du DPC comme moyen de revalider l'enregistrement d'un médecin ou de recertifier les privilèges liés à la pratique du médecin ; ce serait une confusion entre amélioration de la qualité et recherche de qualité qui pourrait discréditer les deux types d'initiative.

25. Les médecins doivent reconnaître qu'ils sont responsables de leur participation au DPC, envers chacun des quatre principaux acteurs. Envers leurs pairs médicaux, et bien sûr envers eux-mêmes, il est de leur responsabilité éthique de garantir que le DPC maintient et développe une pratique sûre. Outre les patients, les employeurs et les organismes de financement des soins de santé, ils sont responsables de leurs performances et du financement du DPC.

## SECTION 3: COMMENT PARVENIR AU MIEUX AUX RESULTATS ESCOMPTES ?

### Introduction

26. Quelques principes de base relatifs à la théorie de la formation, comme elle est appliquée aux organisations médicales, permettront de déterminer le meilleur moyen de parvenir aux résultats attendus du DPC. Les systèmes de soins de santé sont complexes et ont tendance à accepter toute forme d'innovation avec lenteur et prudence ; ils tendent également à présenter des problèmes. Introduire un changement exige une bonne préparation et un consensus général. Les personnes, même si elles sont de bonne volonté, sont plus à même d'apporter du changement si elles disposent de suffisamment de temps pour le faire et des moyens financiers nécessaires.
27. Chaque action a une réaction égale et opposée : l'évaluation détermine l'apprentissage et le résultat. Tous les étudiants tendent à influencer leur travail éducatif en fonction de ce qu'ils savent qu'on attend d'eux. Par conséquent, le DPC doit inclure et développer suffisamment de points pour que les spécialistes se sentent capables d'y participer sans se sentir menacés.

### Soutenir l'apprentissage adulte

28. Chaque médecin doit être capable de vérifier sa participation au DPC. Ceci peut se faire aisément au moyen d'un portefeuille personnel contenant toutes les informations pertinentes. Idéalement, celui-ci devrait comprendre un aperçu documenté des activités cliniques du médecin ainsi qu'une évaluation des besoins de ce dernier en DPC et d'un programme de DPC. L'enregistrement et la certification électroniques permettraient en outre au médecin de confirmer qu'il a suivi des activités de DPC.
29. Diverses méthodes ont été décrites pour soutenir les médecins dans leur développement continu. Un exemple est celui du peer-review et de l'évaluation formative, où le médecin rencontre un collègue pour discuter et évaluer son programme de DPC. Les médecins en charge de ce peer-review doivent eux-mêmes avoir été entraînés à cet effet et exiger le respect de leurs collègues et de ceux qui financent le DPC.
30. Après avoir participé à des activités éducatives, les médecins doivent évaluer le résultat et l'opportunité. Ceci peut se faire au moyen d'un examen personnel des changements qui en résultent dans leur pratique ou, via un processus similaire à celui décrit ci-dessus, au travers de la discussion avec un pair. De nouveau, un cycle "apprendre, travailler, apprendre" doit être encouragé.
31. Les moyens requis par le DPC sont le temps, l'argent et le soutien continu des pairs. Tandis que la source de ces ressources et la manière dont celles-ci sont allouées différeront en fonction de la structure du système de soins de

santé auquel le médecin appartient, sans ces ressources les projets de mise en application du DPC seront vains. Les principaux groupes concernés doivent convenir qu'il est tout à leur avantage que les médecins soient soutenus par des programmes de DPC riches en ressources.

32. Indépendamment de la nature du système de soins de santé, la culture de l'apprentissage en médecine doit être davantage développée. Les médecins doivent être capables de reconnaître que leurs activités éducatives sont appréciées et sont pleinement soutenues. Dans un même temps, tous les groupes concernés doivent être capables de sentir que les médecins participent à un programme de DPC sérieux produisant des résultats valables.

### **Méthodes d'apprentissage**

33. Des études sur la formation montrent que les médecins ont des méthodes d'apprentissage individuelles et qu'il n'existe pas de méthode unique applicable à tous. Les individus développent leurs propres façons d'apprendre et, tandis qu'ils continuent d'acquérir de nouvelles méthodes, tendent à recourir à celles avec lesquelles ils sont familiers. Cependant, il est inopportun de ne recourir qu'à des formes stéréotypées. De nouvelles technologies, comme les CD-ROMs interactifs ou la formation par internet, peuvent s'avérer être très attrayantes.
34. En tant qu'étudiants adultes, les médecins doivent donc être capables de s'investir dans une série d'activités éducatives. En même temps, il faut reconnaître qu'un certain degré de direction est nécessaire. Par exemple, tandis que la formation didactique est une méthode populaire et efficace, elle a peu de chances par rapport à d'autres méthodes, d'influencer la pratique étant donné qu'elle requiert une réaction relativement passive de la part de l'audience. Par contre, l'apprentissage auto dirigé est un processus actif et, bien qu'il prenne relativement plus de temps, a plus de chances d'être efficace. En fait, les deux méthodes sont nécessaires pour un apprentissage optimal.
35. Ceci a son importance particulièrement quand le concept de DPC commun est introduit, dans lequel les médecins participent à des activités éducatives qui mettent à jour leur pratique médicale de base. De nombreuses techniques génériques et attitudes appartiennent à cette catégorie, et ont leur importance dans le contexte général du DPC. Il faut par conséquent arriver à un certain équilibre avec les domaines de la connaissance et du développement des aptitudes qui sont au centre de la pratique du médecin spécialiste et appartiennent à leur DPC optionnel (ou spécialisé).

### **Méthodes de responsabilité / contrôle de qualité**

36. Pour faire une évaluation complète, il est indispensable que les médecins individuels et les organisations de soins de santé auxquelles ils appartiennent et où ils se forment soient régulièrement contrôlés. De cette manière, les influences relatives de chaque facteur peuvent être envisagées : l'étudiant et son environnement d'apprentissage.
37. Pour les médecins individuels, des méthodes comme un portefeuille de DPC, un carnet de stage avec des points pour chaque activité de FMC/DPC, ou une évaluation basée sur l'apprentissage de leur pratique clinique peuvent être pertinentes. Conformément au processus d'amélioration de la qualité, ce contrôle doit principalement être formatif. Si on utilise un système basé sur des points pour confirmer une activité de DPC, il faut accorder plus d'importance au marquage différentiel, en fonction de la nature de l'activité. Un processus actif, bien que moins quantifiable en termes de temps, a plus

de chances de produire des résultats que la participation à une conférence. Le simple fait d'être présent à un événement éducatif ne peut être considéré comme un résultat sérieux, et constitue par conséquent une base faible pour toute méthode de responsabilité. Ce processus de contrôle doit incorporer ces concepts afin d'être valable méthodologiquement, conserver la confiance des médecins et être soutenu par ceux-ci.

38. Il est également important qu'un audit externe de l'environnement d'apprentissage soit effectué. Il s'agit d'un processus de contrôle collectif qui peut comprendre des visites de services – comme celles menées par les Sections Spécialisées de l' UEMS conformément à sa "Charte sur la Visite des Centres de Formation" de 1997. D'autres méthodes comprennent l'analyse des incidents critiques survenus dans les différents services, ou les contrôles nationaux relatifs aux décès de patients. Des problèmes, qui au départ peuvent se refléter dans le DPC inadéquat d'un individu, peuvent donc être considérés dans un contexte plus large ; il est probable que les changements bénéfiques nécessitent une approche similaire.

### **Registre des activités de DPC disponibles**

39. Il est indispensable qu'une gamme d'activités éducatives soit disponible pour les médecins, à la fois en termes de nature et de lieu. Par exemple, cette gamme doit inclure des activités de DPC proposées par des services individuels, des employeurs et des autorités de formation, et des listings doivent être établis signalant s'il s'agit d'une réunion locale, nationale ou internationale. L'utilisation de systèmes d'information modernes, comme des sites web mis à jour, doit être envisagée comme moyen de garantir cette réussite.
40. Dans sa "Charte pour la Formation Médicale Continue", publiée en 1994, l' UEMS recommandait que "l'autorité professionnelle coordinatrice, ou ses mandatés, devra tenir un registre des manifestations de formation médicale continue, tant dans le pays qu'à l'étranger". Ceci demeure valable mais malheureusement n'est pas toujours effectué.

### **Financement**

41. La rémunération des médecins en Europe varie en fonction de la nature des structures de soins de santé dans lesquelles ils travaillent. Les médecins travaillent en pratique privée, dans des systèmes d'assurance, sont employés par des hôpitaux ou par leur gouvernement. En général, il faut reconnaître que le DPC bénéficie aux 4 principaux groupes concernés ; par conséquent, il est approprié de définir le DPC comme faisant partie de la rémunération du médecin. Il est également un principe général qu'au bout du compte c'est le patient, en tant que consommateur, qui paie pour le DPC, soit directement lorsqu'il paie pour des services médicaux soit indirectement via les primes d'assurance ou les impôts. Indépendamment de la source de financement, un budget spécifique de soutien au DPC doit être maintenu.
42. Par conséquent, le DPC peut être considéré comme faisant partie d'un "contrat social" plus vaste entre médecins, patients, employeurs et organismes de financement des soins de santé. Des ressources, notamment financières, sont fournies aux médecins pour qu'ils suivent des activités de formation appropriées ; en échange, on attend d'eux qu'ils présentent des résultats positifs suite à ces activités. L'UEMS pense fermement que sans ces ressources, on ne peut attendre des médecins qu'ils fournissent le DPC global recommandé dans ce texte.
43. L'UEMS estime qu'étant donné les différentes structures de soins de santé en Europe – outre ses propres efforts – il est de la responsabilité des organes

nationaux de promouvoir le développement du DPC, de motiver la fourniture des ressources nécessaires, et d'encourager la participation de tous les médecins aux activités et programmes de DPC. Ceci reflète l'opinion récemment adoptée par le Parlement Européen mais ne doit pas exclure la possibilité d'une approche plus harmonisée de la dispense et du financement du DPC.

## **PARTIE 4: QUELLES STRUCTURES SONT NECESSAIRES POUR Y ARRIVER ?**

### **Opportunités de formation**

44. Il devrait être évident de l'approche fonctionnelle adoptée ci-dessus qu'il faut un équilibre entre les activités de DPC locales, nationales et internationales. Les médecins doivent avoir accès à toutes ces activités. Chaque pays disposera de ses propres moyens pour dispenser le DPC ; il est seulement nécessaire ici de recommander que ces structures soient développées, financées et gérées correctement et soient responsables de la qualité du DPC fourni aux médecins – qui, dans ce contexte, sont eux-mêmes des consommateurs. La Charte de l' UEMS pour la Formation Médicale Continue fournit de plus amples informations quant aux structures recommandées.

### **Moyens de dispenser**

45. Ici aussi, il faut reconnaître le principe de subsidiarité. Il est indispensable qu'une gamme complète d'activités de DPC soit disponible à chaque niveau structurel et que les médecins puissent participer au DPC d'une manière qui convient à leur portefeuille de besoins personnels et à leur méthode d'apprentissage préférée. A l'heure actuelle en Europe, la tendance est à davantage de moyens didactiques pour la dispense du DPC. L'UEMS défie tous les dispensateurs de DPC d'élargir leur gamme d'activités et les invite à innover dans ce domaine.

### **Organes dispensateurs**

46. Il existe d'importantes variations entre les pays européens en matière de structure d'organisations proposant et gérant le DPC. Il peut s'agir d'une institut de formation gouvernementale, collégiale, hospitalière ou privée. Conformément à son opinion que l'amélioration de la qualité, la recherche de qualité et le contrôle de qualité doivent être maintenus séparés, l'UEMS estime qu'une approche fonctionnelle fournit des moyens nécessaires et simples pour déterminer quelles structures nationales ou régionales conviennent le mieux à chacun de ces rôles. Il est de la responsabilité des associations médicales nationales de s'assurer que les organes pertinents seraient identifiés ou établis.

### **Comment les relier**

47. Jusqu'à présent, les liens entre dispensateurs de DPC ont eu tendance à se faire au niveau national. L'UEMS a créé l' EACCME – une structure internationale qui a défini des critères de qualité pour la reconnaissance d'activités de DPC et permet de reconnaître le DPC au-delà des frontières nationales (voir annexe 1). Des modèles de cette nature augmentent les possibilités d'harmonisation des résultats de DPC tout en reconnaissant la subsidiarité pour les structures qui le proposent.

## Financement

48. Les structures responsables du financement du DPC varieront en fonction des accords nationaux et de l'équilibre entre les secteurs privé, des assurances et salarié. L'UEMS estime que le principe directeur est que les méthodes de responsabilité financière – à la fois pour les médecins individuels et pour les dispensateurs de DPC – doivent exiger une confiance totale et être basées sur l'ouverture et la transparence. Le financement par des tiers, comme l'industrie pharmaceutique, doit être conforme à ces critères et ne doit être autorisé qu'en accord avec les directives nationales et internationales.

**Adoptée par le Conseil de Direction le 20 octobre 2001.**

### **Annexe 1, l'EACCME®:**

En 2000, l'UEMS a créé l'EACCME (European Accreditation Council for Continuing Medical Education). Son objectif est:

- a. d'harmoniser et d'améliorer la qualité de la formation en Europe de proposer une formation "objective" aux médecins européens en fonction des critères de qualité acceptés mutuellement
- b. d'être le gardien de l'autorité des organes nationaux de FMC en Europe de faire le lien entre les organes nationaux de FMC au sein d'un système de reconnaissance mutuelle des activités de FMC accréditées
- c. de fournir un système dans lequel les crédits de FMC obtenus à l'étranger lors d'activités accréditées par l' EACCME sont reconnus par les organes nationaux de FMC
- d. de créer des liens avec des systèmes similaires en dehors de l' Europe

l' EACCME améliore l'accessibilité des médecins spécialistes d' Europe à la FMC et encourage l'échange international des connaissances et aptitudes. L'instrument utilisé pour améliorer la qualité de la FMC en Europe est le transfert facilité des crédits de FMC obtenus par des médecins individuels lors d'activités de FMC répondant à des critères de qualité communs:

- entre pays européens
- entre différentes spécialités
- en cas de migration d'un médecin spécialiste en Europe
- entre le système de crédits européen et des systèmes similaires en dehors de l' Europe

Bien qu'à l'heure actuelle le transfert de crédits de FMC constitue l'objectif principal de l' EACCME, dans un avenir proche, le transfert européen de crédits/résultats de DPC sera introduit dans le système. Il faudra créer un système de conversion fiable à cet effet.

### **Annexe 2, Références:**

Voir le site web de l'UEMS [www.uems.be](http://www.uems.be), aux pages correspondantes et aux listes annuelles des documents numérotés:

1. Comité Permanent : Déclaration de Dublin, Funchal mise à jour 1994. Site web de l'UEMS, page "FMC".
2. Charte de l'UEMS pour la Formation Médicale Continue, 1994. Site web de l'UEMS, page "FMC".
3. Position de l'UEMS sur la Formation Médicale Continue, 1994. Site web de l'UEMS, page "FMC".

4. Comité Permanent Policy statement CP 2001/082 ([www.cpme.be](http://www.cpme.be)), UEMS D 0130.
5. FMC, Critères européens de qualité, voir document D 9908.
6. EACCME, History and Political Background, document D 0134.
7. EACCME, Purpose and Procedures, document D 0140.
8. EACCME informations générales, voir page correspondante "EACCME" sur le site web de l'UEMS.
9. Sections Spécialisées de l'UEMS et Boards Européens, politique de FMC, voir pages correspondantes "Sections" et "FMC" sur le site web de l'UEMS.