PrimaryCare 2003;3:790–794

Le maintien des compétences: une responsabilité personnelle

André Jacques

Introduction

Le maintien des compétences est d'abord avant tout une responsabilité personnelle. Dans certains pays ou provinces, il s'agit également d'une responsabilité déontologique. Par exemple au Québec, le code de déontologie des médecins le mentionne explicitement [1]. Cette nécessité de maintien de la compétence existe pour tous les pays et les moyens utilisés diffèrent dans chacun d'eux. Le but de ce texte est de présenter quelques solutions utilisées au Québec afin de permettre aux médecins en exercice de maintenir leur compétence à jour et de présenter les avantages et inconvénients liés à certaines de ces solutions.

Les connaissances, habiletés ou attitudes acquises par le futur médecin durant ses années de formation (quatre à cinq ans de formation prégraduée suivis de deux à cinq ans de formation spécialisée dans la province de Québec) devront nécessairement être mises à jour par le médecin au fil de son exercice professionnel.

Formation prégraduée	4–5 ans
Formation spécialisée	2–5 ans
Exercice professionnel	40–50 ans

On attend – et on est en droit d'attendre – des médecins qu'ils soient compétents et qu'ils le demeurent, dans un monde où les connaissances évoluent rapidement, où les données épidémiologiques changent et où les découvertes thérapeutiques et technologiques modifient régulièrement les approches diagnostiques et thérapeutiques.

Dans un tel contexte, le maintien des compétences n'est pas seulement une affaire de responsabilité personnelle. Il comporte un caractère social indéniable; le public s'attend à ce que le professionnel assume la responsabilité de se maintenir à la fine pointe des connaissances et des découvertes médicales.

Le médecin, un apprenant tout au long de sa vie professionnelle

Plusieurs options sont offertes aux médecins par les facultés de médecine et les organisations médicales (ordres professionnels, syndicats, sociétés savantes, etc.) dont ils sont membres pour les aider à maintenir leur compétence à jour.

Ainsi, de nombreuses organisations vont offrir des programmes de formation médicale continue (FMC). Plusieurs formules sont offertes aux médecins: lecture de journaux scientifiques, programmes d'autoformation, colloques, congrès, séminaires, discussions avec des collègues, apprentissage en petits groupes, ateliers pratiques … La participation à ces programmes s'effectue sur une base facultative.

Malgré ce caractère facultatif, une étude réalisée au Québec [2] démontre que plus de 80% des médecins généralistes québécois participent à des activités collectives de FMC, et ce quel que soit leur nombre d'années de pratique.

Certaines associations professionnelles et sociétés savantes, auxquelles l'adhésion des médecins est toutefois facultative, ont choisi de lier le maintien de l'appartenance à l'association à une certaine forme de FMC obligatoire. Au Canada, par exemple, le Collège des médecins de famille du Canada exige de ses membres qu'ils participent à au moins 50 heures d'activités de FMC par année. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, de son côté, exige de ses membres une participation à 80 heures de FMC par année. Cependant, cette participation ne garantit ni l'acquisition de nouvelles connaissances ni le transfert des apprentissages ainsi acquis dans la pratique quotidienne du médecin.

Une autre option est offerte aux médecins. Il s'agit des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles par les pairs, jumelés à des activités individualisées de perfectionnement. Au Québec, ce type d'évaluation est principalement effectué par l'ordre professionnel. L'avantage de cette méthode est qu'elle permet non seulement de faire une évaluation des forces et des faiblesses des compétences du médecin, mais également de lui proposer une rétroaction et des mesures de mise à jour pour l'application de ses connaissances auprès de ses patients. Cette rétroaction au médecin lui donne l'op-

Cet article est une reproduction d'un article publié dans «Pédagogie médicale» (2002;3[nº2]:116–21) avec l'autorisation du rédacteur un chef.

Dr André Jacques
Collège des médecins du Québec
2170 bd René-Lévesque Ouest
Montréal QC H3H2T8
Canada
jacques.cmq@sympatico.ca

Le Dr André Jacques est directeur de la Direction de l'amélioration de l'exercice au Collège des médecins du Québec

portunité de corriger les lacunes identifiées. Elle permet donc une évaluation et une amélioration non seulement de la compétence du médecin mais également de sa performance, c'est-à-dire de ce qu'il réalise réellement dans sa pratique (le terme de performance n'est pas utilisé de la même façon en France) [4].

La qualité de l'exercice des médecins

Une étude [5], dans laquelle des généralistes choisis au hasard étaient évalués par des pairs, a démontré que 92% des médecins généralistes consacrent suffisamment de temps à leur FMC pour garantir une qualité de soins jugée satisfaisante, et ce dans une proportion de 96%.

Ces données nous permettent de conclure que la FMC obligatoire, au Québec, ne viserait que 4% des généralistes ou tout au plus 8% si on compare ces données à celles se rapportant aux généralistes de l'Ontario [6].

De plus, aucune étude n'indique que des médecins, contraints d'assister à des activités de FMC, intégreraient les nouvelles connaissances acquises à leur pratique quotidienne. En conséquence, ce processus obligatoire serait contraire aux principes de l'andragogie moderne.

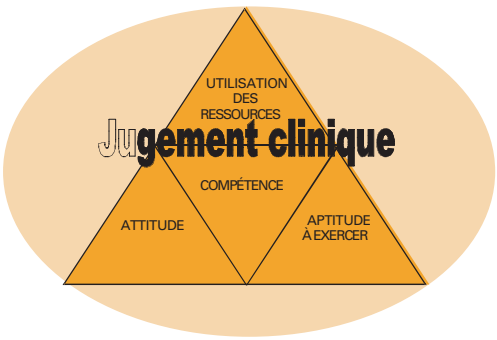
C'est pourquoi il vaut mieux offrir à tous les médecins des activités de FMC de qualité répondant à leurs besoins, investir dans des activités interactives en petits groupes, dont le potentiel d'induction de changements est plus grand, et laisser aux ordres professionnels la responsabilité d'identifier les médecins présentant des lacunes et leur prescrire des activités de FMC faites sur mesure.

Le rôle des ordres professionnels: la protection du public

En 1994, la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC) a défini quatre secteurs à surveiller relativement à la performance des médecins:

- la compétence (connaissances et habiletés techniques),
- le comportement (les habiletés de communication, la relation médecin-patient),
- l'aptitude physique et mentale pour exercer la médecine,
- l'utilisation des ressources.

Figure 1



La compétence est effectivement à la base de la performance des médecins. Mais la compétence (connaissances des données scientifiques et des techniques médicales) ne suffit pas ...

En effet, un médecin peut être très compétent mais, à un moment ou l'autre de sa vie professionnelle, vivre des problèmes personnels (problèmes financiers, familiaux ou de santé physique ou mentale) susceptibles de prendre le pas sur sa compétence et l'empêcher de prendre les bonnes décisions diagnostiques ou thérapeutiques à l'égard d'un patient.

Un médecin pourrait aussi, tout en étant compétent, avoir de la difficulté à établir une relation interpersonnelle adéquate avec ses malades, de sorte que ceux-ci comprendraient peu ou mal les explications ou consignes livrées par le médecin.

Enfin, un médecin compétent peut être appelé à exercer dans un contexte de consultations sans rendez-vous le forçant à voir un nombre élevé de patients dans un court laps de temps. La pression induite par un tel mode de fonctionnement pourrait amener ce médecin à demander trop d'examens diagnostiques faute de temps pour questionner et examiner les malades qu'il reçoit en consultation. Dans un tel cas, l'utilisation des ressources serait non optimale.

A ce «triangle de la performance», il faut ajouter un élément devant sous-tendre les quatre secteurs identifiés, soit le jugement. En effet, au-delà de la théorie, le médecin doit intégrer ses connaissances à sa pratique et utiliser son jugement pour bien les appliquer.

Ainsi, il ne suffit pas qu'un médecin exerce la médecine en s'appuyant sur les données probantes; il doit également tenir compte du contexte psychologique, familial, social et environnemental dans lequel évolue son patient. Une telle appréciation de son patient lui permettra, en appliquant son jugement clinique, de recommander le traitement

ou l'intervention la plus appropriée à une situation particulière donnée (figure 1).

La performance est donc le résultat d'une intégration complète des connaissances, des habiletés et des attitudes utilisées avec jugement par un médecin utilisant adéquatement les ressources à sa disposition et jouissant de toutes ses capacités physiques et mentales.

Les exemples qui précèdent illustrent bien que la notion de «maintien des compétences» va au-delà de la simple acquisition de connaissances. Elle doit inclure la transposition de ces connaissances dans l'exercice professionnel quotidien.

La mission d'un ordre de médecins est de protéger le public, notamment en s'assurant que ses membres, les médecins, sont compétents au moment où ils obtiennent leur permis d'exercice et que leur performance, tout au long de leur vie professionnelle, continue à répondre aux besoins de la population de même qu'aux normes d'exercice établies par la profession.

Le public attend de l'ordre qu'il joue un rôle proactif dans la surveillance et l'amélioration de la performance des médecins. Et lorsqu'un médecin présente un problème de performance, l'ordre doit décider quelle est l'intervention la plus à même d'y pallier.

Il est évident qu'un tel système de surveillance de la performance et de l'amélioration de l'exercice des médecins ne peut se déployer sans la collaboration de plusieurs organismes. C'est pourquoi la FOMC a proposé un modèle de collaboration incluant la participation et le soutien du public, de la profession et du gouvernement (figure 2).

Le système québécois de surveillance et d'amélioration de la performance des médecins

Le CMQ a adopté un modèle de surveillance et d'amélioration de la performance des médecins qui vise à fournir aux médecins toute l'information utile à l'amélioration de la qualité des soins qu'ils dispensent. Ce système de surveillance et d'amélioration de la performance comporte trois niveaux d'intervention. Il propose:

- que tous les médecins soient évalués,
- que ceux-ci soient informés systématiquement à tous les niveaux de surveillance,
- que les outils de surveillance et d'amélioration de la performance aient été validés avant leur utilisation,
- que les activités de surveillance soient systématiquement liées à des activités d'amélioration de l'exercice professionnel.

Le système mis en place par le CMQ a la particularité d'être *d'abord orienté vers l'amélioration de la performance plutôt que vers la détection de médecins déviants.* Ainsi, la surveillance de l'exercice professionnel des médecins est intimement liée à un déploiement de mesures devant favoriser l'amélioration de la performance, notamment en utilisant la rétroaction à toutes les étapes du processus (figure 3).

Niveau 1 – Dépistage de tous les médecins
Tous les médecins visés par un programme de surveillance sont évalués au 1er niveau. *Les outils utilisés à ce niveau doivent être simples, peu coûteux, acceptables pour la profession, valides,*

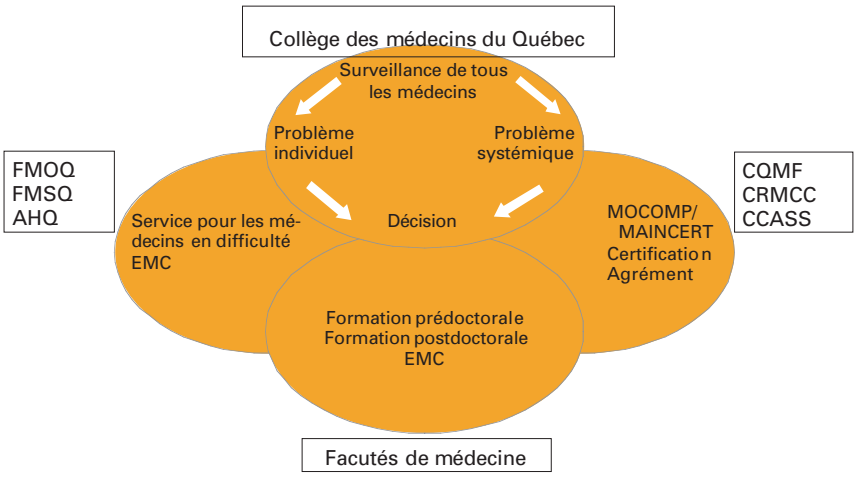


Figure 2
FMOQ: Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ: Fédération des médecins spécialistes du Québec
AHQ: Association des hôpitaux du Québec
CQMF: Collège québécois des médecins de famille
CRMCC: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
CCASS: Conseil canadien d'agrément des services de santé

fiables et crédibles. Ainsi, on a recours, par exemple, aux banques de données gouvernementales (assurance-maladie et assurance-médicaments) pour obtenir des informations sur les prescriptions médicamenteuses, les profils de pratique ou les actes médicaux ou chirurgicaux posés.

Par exemple, dans le cadre d'un programme de surveillance sur la prescription d'un médicament particulier, à la suite d'une compilation et d'une analyse des données pertinentes, chaque médecin concerné pourra recevoir des informations sur son profil individuel de pratique et sur le profil général des médecins visés par le programme. Dans certains cas, des informations sur les standards de pratiques pourront également être fournies aux médecins. Cette rétroaction permettra aux médecins de se situer par rapport à lui-même, par rapport à ses collègues ou par rapport aux données probantes issues de la littérature scientifique. Dans la très grande majorité des cas, cette auto-évaluation permettra aux médecins, le cas échéant, de faire les ajustements nécessaires pour améliorer leur exercice.

Quelques mois après l'intervention, une nouvelle collecte de données pourra être effectuée en vue d'identifier les médecins qui pourraient présenter des difficultés particulières.

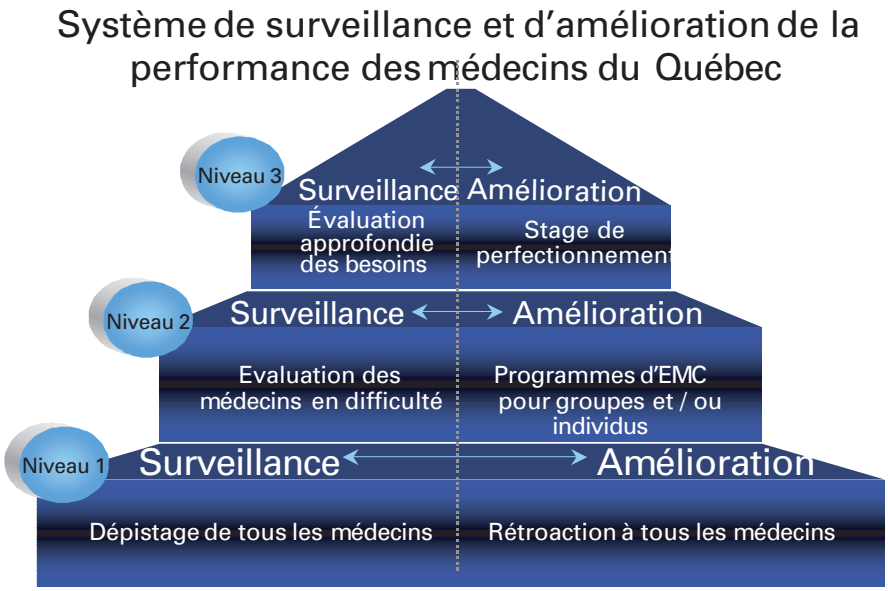
Niveau 2 – Complément d'évaluation des besoins
On estime que 10 à 20% des médecins évalués au 1er niveau auront besoin d'un complément d'évaluation. A ce niveau, différents outils peuvent être utilisés, dont la visite d'inspection professionnelle, qui consiste en une revue des dossiers hospitaliers ou du cabinet et en une rencontre avec un collègue pour compléter l'évaluation.

Au terme de cette évaluation, un programme structuré de FMC ciblé sur les lacunes identifiées (séminaires, colloques, congrès, lectures, …) pourra être recommandé. Une nouvelle évaluation de l'exercice pourra également être effectuée après quelques mois pour en vérifier l'amélioration.

Niveau 3 – Evaluation approfondie des besoins
De tous les médecins évalués au niveau 1, un très petit nombre (1–2%) nécessitera une évaluation approfondie de ses besoins de formation. Des outils tels l'entrevue orale structurée (EOS) [7, 8], des stations d'examens cliniques objectifs structurés (ECOS), des tests de concordance de scripts ou des stages d'évaluation pourront être utilisés pour préciser les lacunes et établir, si nécessaire, une prescription pédagogique.

C'est à la suite de ces évaluations qu'un programme d'activités de perfectionnement individualisé sera, si cela s'avère nécessaire, recommandé ou imposé à certains médecins. Ces activités de perfectionnement peuvent comprendre des tutorats cliniques ou des stages de perfectionnement, avec ou sans limitation de l'exercice professionnel du médecin appelé à y participer.

Figure 3



La prescription pédagogique individualisée

Au cours des dernières années, le CMQ a su démontrer sa capacité à organiser des activités de FMC individualisées en vue de répondre aux besoins spécifiques de médecins présentant des difficultés particulières. Ces activités ont, dans plusieurs cas, été élaborées et organisées en collaboration avec les facultés de médecine québécoises.

Ainsi, entre 1992 et 2000, le CMQ a dirigé quelque 225 médecins (généralistes et spécialistes) vers des activités individualisées de FMC (tutorats cliniques, stages de perfectionnement, etc.).

Dans ces cas, les objectifs de ces activités de perfectionnement ont été élaborés à partir des difficultés d'abord identifiées chez un médecin dans le cadre d'un programme de niveau 1 ou de niveau 2, et précisés lors d'une évaluation de niveau 3.

Les activités éducatives offertes au médecin en stage sont variées: supervision directe au miroir unidirectionnel ou sous vidéo par le maître de stage, lectures dirigées, présentation de cas cliniques, supervision indirecte, révision de dossiers de patients, revue de littérature, cours didactiques, etc.). Elles sont choisies par le maître de stage pour répondre aux objectifs préalablement déterminés.

A la fin du stage (et, lorsque les stages durent plus de quatre mois, à la mi-stage), le maître de stage prépare un rapport faisant état de l'atteinte des objectifs et de la réussite du stagiaire.

Selon les lacunes du médecin stagiaire, le stage pourra s'effectuer à temps partiel ou à temps complet, et sa durée variera en fonction des objectifs à atteindre. Le CMQ pourra également imposer une limitation de son exercice au stagiaire. Dans ces cas, le médecin pourra être contraint de limiter son exercice professionnel aux activités du stage. Les frais encourus par cette activité pédagogique sur mesure sont à la charge du stagiaire.

Conclusion

Le maintien de la compétence est d'abord et avant tout la responsabilité personnelle du médecin. Cette responsabilité individuelle ne restreint cependant en rien la responsabilité des ordres de médecins de s'assurer de la compétences de leurs membres. La très grande majorité des médecins maintiennent leur compétence à jour et exercent une médecine de qualité. Malheureusement, certains médecins ne mettent pas toutes les énergies requises à leur développement professionnel; d'autres, bien que possédant de bonnes connaissances, performeront à un niveau sous optimal en raison de facteurs divers.

La mission du CMQ est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois. En vue de la réalisation de cette mission, le CMQ a mis en place un système qui vise non seulement à surveiller l'exercice des médecins du Québec mais surtout à améliorer leur performance.

Références

1 Article 2.03.15 du Code de déontologie des médecins. Lois refondues du Québec, chapitre C-26, article 87.
2 Goulet F, Gagnon R, DesRosiers G, Jacques A, Sindon A. Participation in CME activities; Family Physicians in Practice for more than 25 years versus those in practice for less than 25 years. Canad Fam Phys 1998;44:541–8.
3 L'Organisateur d'EMC, Juin 1994, Vol. 7, nº 2, p. 3.
4 Miller GE. The assessment of clinical skills / competence / performance. Academic Medicine 1990;65(Suppl.):63–7.
5 Goulet F, Jacques A, Gagnon R, Bourbeau D, Laberge D, Melanson J, et al. Performance assessment: Family Physicians in Metropolitan Montreal meet the mark! Canad Fam Phys. Accepted for publication.
6 McCauley RG, Henderson HW. Results of the reer assessment program of the College of Physicians and Surgeons of Ontario. Canad Med Ass J 1984;131:557–61.
7 Jacques A, Sindon A, Bourque A,. Bordage G, Ferland JJ. Structured oral interview. Canad Fam Phys 1995;41:1346–52.
8 Miller F, Jacques A, Brailovsky C, Sindon A, Bordage G. When to Recommend Compulsory versus Optional CME Programs? A Study to Establish Criteria. Acad Med 1997;72:760–4.