

RAPPORT DE MISSION

**Professeur
Yves MATILLON
Mars 2006**

MODALITÉS ET CONDITIONS D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES MÉDICALES

A l'attention de **Monsieur Xavier BERTRAND**
Ministre de la santé et des solidarités

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Le Chargé de mission

Cab/SLC/AM/D05 792

Paris, le 20 JAN. 2005

Monsieur le Professeur

Votre mission a été initiée en novembre 2002 à la demande de mon prédécesseur, Monsieur Jean-François Mattei, et du ministre de la Jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. Cette mission concernait les professionnels de santé sur l'ensemble de leur exercice et activité (salarié/libéral ; hospitalier/ambulatoire ; Public/Privé) et avait pour objectif de « *s'assurer la participation* de chacune des professions concernées, représentées à la fois par les responsables des structures de formation initiale et continue et par les représentants professionnels ».

Elle a rendu ses premières conclusions et a été prolongée depuis novembre 2003 à la demande du cabinet du ministre chargé de la Santé pour « *compléter la mission en analysant, en collaboration avec* les groupes professionnels, le déroulement d'une procédure d'évaluation des compétences ».

Vous avez identifié quatre pistes de travail, afin de développer une politique ambitieuse d'amélioration continue de la qualité des soins, dont une des composantes est la compétence des professionnels de santé.

Le travail relatif à l'évaluation des compétences s'applique notamment aux médecins pour l'autorisation d'exercice et de choix de la spécialité d'exercice.

Dans ce contexte, l'interchangement entre spécialité médicale et chirurgicale doit pouvoir s'envisager tout au long de la vie professionnelle. Des critères explicites devront être élaborés et utilisés par les structures ordinales, en partenariat avec les collèges de spécialités.

Monsieur le Professeur Yves MATILLON
Hôpital Saint-Joseph
185, rue Raymond-Losserand
75014 PARIS

Ces démarches peuvent et doivent intéresser les autres professions médicales et paramédicales, notamment en coordination avec les mécanismes de "Validation des Acquis de l'Expérience" (VAE) établis par la loi de 2002.

Ceci ne peut se concevoir, pratiquement qu'après une réflexion et le développement de modes opératoires explicitant le contenu des métiers, les compétences pré-requises et les conditions d'exercice quels que soient le lieu et le statut d'exercice (privé/public/hospitalier/ambulatoire).

Cette réflexion amènerait à terme un éclairage préalable indispensable sur les perspectives d'évolution démographique des professionnels de santé, qui fait l'objet de missions dévolues à plusieurs organismes nationaux et régionaux. Elles conduisent à discuter des transferts de tâches entre professionnels de santé.

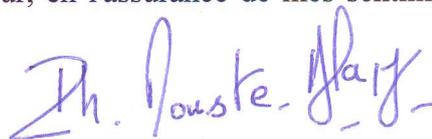
C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de vous confier une mission, afin d'animer la maîtrise d'ouvrage que les Ordres professionnels ont la responsabilité d'engager pour « veiller au maintien de la compétence de leurs membres », comme ceci est précisé dans la loi du 4 mars 2002.

Vous en modéliserez à partir d'expérience des modalités de mise en œuvre plus générales en lien, notamment, avec les sociétés savantes, les Académies et les organisations professionnelles.

En outre, vous préciserez les relations et les interfaces au plan technique et méthodologique avec les processus utilisés en formation continue, dans l'évaluation des pratiques professionnelles et l'accréditation des pratiques professionnelles, telles que définies dans la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004.

Pour mener à bien cette mission, dont j'attends les conclusions dans un délai d'un an, vous bénéficierez du concours des services des administrations.

Je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs



Philippe DOUSTE-BLAZY

REMERCIEMENTS

Les objectifs et le contenu de ce rapport ont bénéficié de l'implication de l'ensemble des professionnels de santé rencontrés.

La Fédération des Collèges français de Spécialités Chirurgicales, les Fédérations des Etablissements de Santé et les Conférences de présidents de CME ont participé de manière très active aux groupes de travail constitués depuis plus d'un an.

Les apports fondamentaux des personnes, des organisations professionnelles et des institutions, notamment des Directions ministérielles concernées par le sujet, ont permis de faire des propositions. Nous leur sommes très reconnaissants.

Notre gratitude va aux personnes qui ont consacré une part significative de leur temps pour faciliter la compréhension de l'évaluation des compétences et pour identifier des perspectives de travail. Un partage des responsabilités équilibré et fructueux entre groupes professionnels et partenaires institutionnels doit, permettre de faire d'engager des actions fondamentalement utiles au système de santé et à la société.

Que tous trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Cette reconnaissance s'adresse tout particulièrement à :

- J *Madame Dominique LEBOEUF, qui par la qualité de son analyse, sa capacité constante à générer un échange constructif et structurant avec nos interlocuteurs et son exceptionnelle capacité de travail, a permis l'élaboration de ce rapport.*
- J *Monsieur Yves BARRAULT*
- J *Madame Rabia BAZI*
- J *Madame Camille COCHET*
- J *Monsieur le Professeur Henri GUIDICELLI*
- J *Monsieur le Docteur Hervé MAISONNEUVE*
- J *Monsieur le Professeur François LACAINE*
- J *Monsieur le Docteur Serge LARUË-CHARLUS*
- J *Monsieur Joël MORET-BAILLY*
- J *Monsieur le Docteur Patrice PAPIN*
- J *Madame Carine SAUL*

Pour leurs contributions spécifiques.

Qu'ils en soient remerciés.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	2
II.	FORMATION MEDICALE CONTINUE, EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, ACCREDITATION DE LA PRATIQUE, EVALUATION DES COMPETENCES : ETAT DES LIEUX SEMANTIQUE	7
II.1	LA FORMATION MEDICALE CONTINUE (FMC)	7
II.2	L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP)	8
II.3	L'ACCREDITATION DE LA PRATIQUE MEDICALE.....	9
II.4	COMPETENCES ET EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES MEDICALES.....	10
II.5	DE L'EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES MEDICALES A LA CERTIFICATION.....	11
III.	ELABORATION ET ACTUALISATION DES REFERENTIELS DE COMPETENCES MEDICALES : ROLE DES COLLEGES	14
III.1	MISSIONS DES COLLEGES : L'EXEMPLE DE LA FEDERATION DES COLLEGES FRANÇAIS DES SPECIALITES CHIRURGICALES	14
III.2	CRITERES DE COMPETENCES REQUISES ELABORES PAR LES COLLEGES.....	16
III.3	LES COLLEGES : UN ROLE ET DES MISSIONS AU CŒUR DES CONTENUS PROFESSIONNELS.....	18
III.4	LES COLLEGES DE MEDECINE.....	19
IV.	MODALITES ET CONDITIONS D'EVALUATION DES COMPETENCES MEDICALES EN ETABLISSEMENT DE SANTE	21
IV.1	POINTS DE DOCTRINE	22
IV.2	QUESTIONS A APPROFONDIR	23
V.	L'ACTUALITE INTERNATIONALE ET LE MOUVEMENT IRRÉVERSIBLE DE L'EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES	26
V.1	CERTIFICATION DES MEDECINS : ETAT DES LIEUX.....	26
V.1.1	<i>EN EUROPE</i>	26
V.1.2	<i>AU CANADA</i>	28
V.1.3	<i>AUX ETATS-UNIS</i>	29
V.2	REVALIDATION, SUIVI DES COMPETENCES, MAINTIEN DE LA CERTIFICATION : EXEMPLES EN COURS	30
V.2.1	<i>L'EXEMPLE DE LA « REVALIDATION » DES MEDECINS ANGLAIS</i>	31
V.2.2	<i>L'EXEMPLE DU SUIVI DES COMPETENCES MEDICALES AU CANADA</i>	32
V.2.3	<i>L'EXEMPLE DU MAINTIEN DE LA CERTIFICATION AUX ETATS-UNIS</i>	33
V.2.4	<i>L'EXEMPLE DU DISPOSITIF D'AGREMENT PROFESSIONNEL DES MEDECINS ETRANGERS AUX ETATS-UNIS & AU CANADA</i>	34
V.3	CONTRACTUALISATION INDIVIDUELLE AVEC LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : QUELQUES EXEMPLES EUROPEENS ET ANGLO-SAXONS.	36
V.3.1	<i>EN EUROPE</i>	36
V.3.2	<i>AUX ETATS UNIS</i>	38
VI.	ANALYSE JURIDIQUE DE L'EXERCICE DES RESPONSABILITES EN CAS D'INCOMPETENCE ET DE RECONNAISSANCE DE LA COMPETENCE	40
VI.1	REGLES RELATIVES A L'OBTENTION D'UNE QUALIFICATION MEDICALE	40
VI.1.1	<i>LES SYSTEMES DE QUALIFICATION</i>	40
VI.1.2	<i>LES ELEMENTS DE CONTROLE</i>	41
VI.1.3	<i>L'ORGANISATION DU CONTROLE</i>	42
VI.2	CONSEQUENCES DE LA VIOLATION DES REGLES DE QUALIFICATION MEDICALE	42
VI.3	CONCLUSIONS.....	44
VII.	PROPOSITIONS ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	45
VIII.	ANNEXES	47

I. INTRODUCTION

Par lettre en date du 26 novembre 2002, Monsieur le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, et Monsieur le ministre de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche ont confié au professeur Yves MATILLON une mission d'étude sur les mécanismes d'évaluation de la compétence professionnelle des différents métiers de la santé.

La mission initiale a eu pour objet :

- J d'une part, d'examiner le cadre et les méthodes permettant de définir les modalités et les conditions d'évaluation des compétences qu'il serait possible de proposer en France ;
- J d'autre part, de préciser les moyens et partenariats qui devraient être mobilisés pour mettre en œuvre une organisation permettant de garantir la compétence des professionnels de santé en exercice.

Cette étude, conduite en étroite collaboration avec chacune des professions concernées représentées à la fois par des responsables de structures de formation initiale et continue et par les représentants professionnels, a permis d'apporter des réponses précises et recevables aux questions suivantes :

Quels sont les différents éléments constitutifs de la compétence professionnelle des métiers de la santé ? Un premier accord sur les éléments constitutifs de la compétence a été retenu par l'ensemble des acteurs auditionnés :

- J La compétence d'un professionnel peut être validée par l'obtention du diplôme initial, la mise en œuvre d'une formation continue, une activité professionnelle effective, et un mécanisme régulier de mise en œuvre de revue par les pairs s'il existe. En corollaire, la question de la certification/recertification des professionnels a été régulièrement abordée.

Peut-on évaluer ces différents éléments constitutifs de la compétence professionnelle ? Par quelles méthodes au vu des expériences françaises et étrangères et dans quel contexte ? La mise en œuvre d'un dispositif d'évaluation des compétences implique une approche transversale et partagée qui doit porter sur :

- J la connaissance de tous les métiers à partir des savoirs professionnels et de l'évolution des sciences et des technologies quels que soient leurs modes et leurs lieux d'exercice ;
- J la connaissance réelle des situations de travail afin de percevoir les passerelles à mettre en place en fonction des évolutions individuelles mais aussi des évolutions organisationnelles en santé et de l'attente des usagers en terme de qualité de prise en charge ;
- J la connaissance des contenus de formation en fonction de domaines de compétences requis afin de permettre des formations sur mesure et une évolution souple des systèmes.

De quelle manière les organisations professionnelles peuvent-elles intervenir dans l'évaluation des compétences ? Pour les organisations professionnelles l'évaluation des compétences doit reposer :

- J sur une véritable reconnaissance des métiers des professionnels de santé ainsi qu'une reconnaissance des situations réelles de travail : le contenu des métiers et leurs évolutions doivent être définis de manière collégiale et transversale par les organisations professionnelles ;
- J sur une véritable légitimité de ces organisations à élaborer, valider et actualiser ces référentiels en cohérence avec les systèmes de validation. Les référentiels métiers et de compétences doivent aussi être élaborés, validés et réactualisés selon les mêmes modalités. La cohérence et la méthode de travail doivent être clairement explicitées aujourd'hui.

Ces mécanismes sont actuellement à l'œuvre dans l'ensemble des pays développés autour des mêmes modèles, de façon plus ou moins organisée notamment pour la profession médicale et la profession infirmière :

- J suivi individuel de développement professionnel par la formation médicale continue (crédits de formation) ;
- J habilitation professionnelle sur la base de reconnaissance de savoirs et savoir-faire de base acquis et reconnus par la profession ou la spécialité (« board ») ;
- J suivi de performance individuelle sur la base de contrat en termes d'habilitation à exercer certains actes par les organisations (habilitation, « credentialing »).

Lors des échanges avec l'ensemble des acteurs au cours de cette première étape, la mission a identifié :

- J une volonté professionnelle pour travailler sur cette question avec de nombreuses démarches en cours ;
- J des outils, proposés dans les expériences internationales, qu'il conviendrait d'appréhender dans leur contexte et d'adapter au contexte national.

En revanche, pour garantir et évaluer la compétence de tous les professionnels de santé de manière efficiente, il est apparu nécessaire à tous les acteurs rencontrés de dépasser le stade actuel d'initiatives indépendantes et souvent catégorielles pour améliorer la cohérence et la qualité des méthodes utilisées.

Dans cette perspective la mission a proposé des expérimentations sur les quatre champs suivants :

- J **les fédérations** (notamment FEHAP, FHP, FHF, FNCLCC) et **leurs conférences** dans des établissements de santé publics et privés ;
- J **les structures ordinales** et un niveau à définir pour les professions n'ayant pas d'ordre professionnel ;
- J **trois ou quatre universités et facultés de médecine**
- J **les groupes professionnels** qui doivent être associés aux orientations précédentes.

Cette mission a été prolongée en janvier 2004 à la demande du cabinet du ministre chargé de la santé pour « *compléter la mission en analysant, en collaboration avec les groupes professionnels, le déroulement d'une procédure d'évaluation des compétences* ».

En première intention la mission a privilégié la consultation et le développement des groupes professionnels les plus organisés et avancés dans ce type de démarche et disposant d'une connaissance fine du « métier » d'un point de vue descriptif et prospectif. Cette deuxième phase a permis d'ouvrir un chantier opérationnel plus particulièrement centré sur les compétences médicales, notamment avec les collèges de chirurgie, autour des objectifs suivants :

- J recherche d'accord sur les concepts, les définitions, et les objectifs ;
- J description d'un mécanisme associant maîtrise d'ouvrage/maîtrise d'œuvre permettant à terme la validation de cette compétence dans le respect de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 qui donne mission au CNOM de veiller « au maintien de la compétence » ;
- J description des activités chirurgicales réelles et attendues (basée sur le carnet de l'interne) et conduisant à l'élaboration de référentiels.

Plusieurs contacts, relayés par la Fédération des collèges de chirurgie, ont été pris dans le même temps à leur demande avec la communauté des chirurgiens et notamment :

- J l'Académie nationale de Chirurgie et l'Académie nationale de Médecine ;
- J les sociétés savantes des spécialités chirurgicales et leurs collèges respectifs ;
- J le CNOM et plusieurs membres de commissions de qualification ;
- J le Conseil National de la Chirurgie ;
- J le « General Medical Council » (GMC) britannique et d'autres organisations internationales.

Ces échanges et premiers travaux ont permis fin 2004 :

- J de formaliser un groupe de travail plus élargi composé de la plupart des représentants de Collèges de chirurgie qui s'est réuni ensuite de manière régulière en 2005 ;
- J d'identifier avec les relais institutionnels professionnels les champs d'action de l'évaluation des compétences professionnelles en cohérence avec les outils de régulation de la qualité de la pratique déjà en place, notamment pour les médecins. Ces points sont repris dans le rapport du Conseil National de Chirurgie (CNC 2005) et les recommandations des Académies nationales de Médecine et de Chirurgie de juin 2005¹.

Parallèlement des contacts réguliers ont été pris avec des correspondants européens et internationaux en charge de ces dossiers, et notamment participation au congrès de Toronto en mai 2004 (concurrent session « compétences, certification et formation continue »), séminaire de travail sur la qualité des actes médicaux avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (compétences requises et actes à risque), des rencontres avec le président de l'UEMS sur les questions de validation de FMC en Europe.

¹ Académie de médecine, Académie de chirurgie. Rapport : la chirurgie en France. Recommandations des Académies nationales de médecine et de chirurgie : séance du 28 juin 2005. Bull Acad Natle Méd 2005 ; 189 (6).

Par lettre du 20 janvier 2005, Monsieur le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille a demandé la poursuite de la mission d'étude, dans la continuité des démarches engagées avec les organisations médicales dans le but d'accompagner les démarches d'élaboration « *des critères explicites de compétences requises utilisés par les structures ordinaires, en partenariat avec les collèges de spécialités* ».

Une concertation large avec les professionnels de santé et les partenaires institutionnels a été poursuivie et la mission a communiqué sur l'avancée de ses travaux dans de nombreux colloques et séminaires professionnels.

Les échanges avec les correspondants européens et internationaux en charge de ces dossiers ont été poursuivis dans la continuité de l'année suivante, et notamment par des réunions de travail avec le « General Medical Council » britannique, et le président de l'UEMS.

En 2005 la lettre de mission précise les points de travail relatifs aux modalités d'évaluation des compétences médicales dans un premier temps.

Dans les pays où une validation régulière de la compétence est mise en place, l'autorité est partagée entre les « boards » et les établissements de santé. Dans cette perspective et en regard de ce qui se fait déjà ailleurs de manière efficace, deux modes d'entrée, ont donc été privilégiés :

- J **un mode professionnel** : la mission a donc commencé un premier travail avec la Fédération des collèges de chirurgie. La première phase consiste à donner un contenu professionnel validé et harmonisé aux critères de qualification des membres de chaque spécialité. Ses modes opératoires sont à articuler avec les modalités de qualification utilisées dans les commissions de qualification ordinaires.
- J **un mode organisationnel** : ce groupe de travail avec les fédérations d'établissements et les conférences de président de CME initie le deuxième axe de la réflexion qui doit apporter une approche plus organisationnelle, intégrant en complémentarité une régulation par l'autorité médicale de l'établissement. Dans les pays anglo-saxons, cette fonction au sein de l'établissement est l'autorité médicale de l'établissement (équivalent du bureau ou d'une commission spécifique de la CME).

Pour éclairer ces deux groupes, un état des lieux européen et international sur ces questions a été effectué ainsi qu'une étude juridique sur « *les aspects réglementaires des qualifications médicales, et description des différents modes d'autorisation d'exercice en vigueur ainsi que leur impact (enjeux et risques) en termes de responsabilités juridiques* ».

Ce document comporte cinq parties :

- J En préalable un état des lieux sémantique sur les notions de Formation Médicale Continue, d'Evaluation des Pratiques Professionnelles/d'accréditation de la pratique/d'évaluation des compétences professionnelles.
- J L'élaboration et l'actualisation des référentiels de compétences et le rôle des Collèges
- J Les modalités et les conditions d'évaluation des compétences Médicales en Etablissement de Santé
- J L'actualité internationale et le mouvement irréversible de l'évaluation des compétences professionnelles.
- J Une analyse juridique de l'exercice des responsabilités en cas d'incompétence et de reconnaissance de la compétence.

II. FORMATION MEDICALE CONTINUE, EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, ACCREDITATION DE LA PRATIQUE, EVALUATION DES COMPETENCES : ETAT DES LIEUX SEMANTIQUE

La notion de compétence médicale n'émerge pas dans un contexte isolé au sein du système de santé. L'accélération du développement des connaissances et des technologies, les attentes sociétales, etc. ont incité au développement de nombreux outils, aujourd'hui en cours de mise en œuvre, tels que la Formation Médicale Continue (FMC), l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), et l'accréditation de la pratique médicale.

Il convient donc en préalable de toute réflexion de définir ces champs pour positionner celui de l'évaluation des compétences professionnelles.

II.1 LA FORMATION MEDICALE CONTINUE (FMC)

« La formation médicale continue a pour objectif de permettre la mise à jour des connaissances des professionnels et de faire évoluer leurs comportements en tenant compte des progrès scientifiques et des innovations technologiques et thérapeutiques. Elle représente l'un des principaux outils de l'amélioration de la qualité des soins. »²⁻³

La FMC n'a constitué une obligation qu'à partir de 1996. La réglementation a depuis cette date fait évoluer les champs d'intervention de la FMC du champ restreint de « l'entretien et le perfectionnement de ses connaissances » à la prise en compte « des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique » pour l'ouvrir en 2004 à « l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique ».

Cette évolution réglementaire suit les évolutions sociétales en matière d'exigences de performance médicale.

Elle renvoie à la définition de la FMC posée par la commission permanente de médecine générale dès 1997 :

« La FMC a pour but le développement des compétences, acquises par la formation initiale et l'expérience professionnelle, et l'acquisition de compétences nouvelles liées à l'apparition de nouveaux besoins. Ses objectifs sont :

J élargir le domaine de compétence ;

J acquérir les nouveautés et intégrer dans la pratique des stratégies diagnostiques et thérapeutiques adaptées ;

J améliorer l'organisation et l'efficacité professionnelles (outils, méthodes...) ;

² Gallois P. La formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris : Flammarion Médecine-sciences ; 1997.

³ Bourdillon F, Brucker G, Tabuteau D. Traité de santé publique. Paris : Flammarion Médecine-sciences ; 2005.

J *et au-delà :*

J *participer à la prise en charge des problèmes de santé publique ;*

J *répondre à des problématiques de santé ou professionnelles, locales, régionales ou nationales.*

*Elle permet ainsi l'amélioration des pratiques individuelles et collectives, et l'adaptation des professionnels aux évolutions du métier, et aux exigences de santé publique, dans une finalité de qualité. »*⁴

La FMC renvoie aussi à la notion de développement professionnel continu (« Continuing professional development ») comme « *processus continu d'acquisition de compétences professionnelles tenant compte d'un continuum depuis l'université, l'internat (ou résidanat) pour la médecine et la formation continue. Ce terme inclut le concept de performances à acquérir grâce à toutes les activités professionnelles et formatives, formelles et informelles.* »⁵

La FMC permet donc aux praticiens :

J **d'entretenir et de développer les compétences acquises en formation initiale tout au long de l'exercice professionnel et d'en acquérir de nouvelles en regard des évolutions du métier ;**

J **d'entretenir la performance professionnelle en regard des attentes des usagers et des priorités de santé publique.**

L'évaluation des pratiques professionnelles, devenue obligatoire depuis 2004, est un des principaux outils de mesure de la performance professionnelle médicale.

II.2 L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP)

L'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est introduite pour les médecins par la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie qui en fait une démarche obligatoire pour les médecins.

Cette obligation est précisée par le décret du 14 avril 2005 : « *Art. D. 4133-0-1. - L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.*

Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue. »

L'EPP est liée dans les textes avec la formation médicale continue (FMC). Pour autant, l'EPP constitue un dispositif indépendant du système de formation. L'EPP peut être approchée à la

⁴ Conférence permanente de médecine générale (AFMG-CNGE). La formation médicale continue : moyen de développement de la compétence des médecins généralistes. Paris ; mars 1997.

⁵ Rapport du Conseil national de la FMC des médecins-biologistes-odontologistes et pharmaciens exerçant dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier (CNFMCH). Paris ; ministère de la Santé ; 2005.

fois comme un outil d'analyse des connaissances et des pratiques médicales et un moyen d'évaluation des besoins de formation des praticiens.

Historiquement, le concept d'EPP est issu des modèles anglo-saxons. En France, l'EPP trouve son origine dans le concept d'évaluation médicale apparu dans les années 1980 pour répondre au souhait des politiques de voir « *rompre le cloisonnement entre la recherche scientifique et le gestion du secteur de santé* »⁶.

L'EPP est aujourd'hui avant tout une méthode, une stratégie d'implémentation de démarches qualité en médecine. Elle utilise des méthodes et des outils de la démarche qualité adapté à la pratique médicale.

L'EPP a pour objectif de diffuser et de s'assurer :

- J de l'application par les praticiens d'attitudes de références et donc des critères de qualité auxquels référer la réalité prenant en compte les données scientifiques et professionnelles ;**
- J de l'éducation des professionnels de santé faisant une plus large place à la théorie des décisions et à celle de l'information prenant en compte les données de la science « Evidence Based Medicine » et les contraintes économiques (intégration dans la pratique d'une vision collective et sociale de l'exercice médical).**

Ces deux thématiques sont reprises dans le programme de la Haute Autorité de santé en 2005 et des publications récentes⁷. L'objectif de l'EPP est avant tout « *d'améliorer les procédures de diagnostic, de soins et de prévention. Ces points sont habituellement contenus dans les recommandations de l'Anaes devenue la Haute Autorité de santé* »⁸. L'EPP peut en ce sens donner des pistes sur les besoins de formation médicale des praticiens évalués.

En revanche, l'EPP reste centrée sur les référentiels choisis par les praticiens ou par leurs pairs lors des démarches d'EPP, loin d'une vision globale de l'ensemble de leurs activités.

II.3 L'ACCREDITATION DE LA PRATIQUE MEDICALE

En parallèle des démarches de FMC et d'EPP, la notion de métiers/spécialités à risque et l'émergence de problèmes liés à la prise en charge des primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle des médecins concernés ont fait émerger le concept d'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle.

La loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit la mise en place de cette procédure dans son chapitre V. « *Art. L.4135-1. Les médecins ou les équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissement de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée dans les conditions mentionnées à l'art. 1414-3-3. L'accréditation est valable pour une durée de quatre ans. Les résultats de la procédure d'accréditation sont publics. Les médecins et les équipes médicales engagés dans la procédure d'accréditation ou accrédités transmettent à la Haute Autorité de santé les informations nécessaires à l'analyse des événements médicaux indésirables.* »

⁶ Armogathe J. Pour le développement de l'évaluation médicale. Rapport au ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Paris : La Documentation française ; 1989.

⁷ Durocher A. L'évaluation des pratiques professionnelles : pourquoi s'y impliquer ? Médecine Thérapeutique ; 2005 ; 11 (4).

⁸ Rapport du Conseil national de la FMC des médecins-biologistes-odontologistes et pharmaciens exerçant dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier (CNFMCH). Paris ; ministère de la Santé ; 2005.

La Haute Autorité de santé est l'acteur central de cette démarche. Son rôle est précisé dans l'article L. 1414-3-2 du Code de la santé publique. « *Au titre de sa mission d'accréditation des médecins exerçant en établissement de santé, la Haute Autorité de santé est chargée :*

- J de recueillir auprès des médecins ou des équipes médicales qui demandent à être accrédités les déclarations des événements considérés comme porteurs de risques médicaux et de procéder à leur analyse ;*
- J d'élaborer avec les professionnels et les organismes concernés, selon des méthodes scientifiquement reconnues, ou de valider des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles fondés sur des critères multiples ;*
- J de diffuser ces référentiels et de favoriser leur utilisation par tous moyens appropriés ;*
- J d'organiser la procédure d'accréditation des médecins ou des équipes médicales au regard des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles ;*
- J de veiller, par tout moyen approprié, à la validation des méthodes et à la cohérence des initiatives relatives à l'amélioration de la qualité dans le domaine de la prise en charge des patients. »*

L'accréditation de la pratique médicale vise à la déclaration des événements médicaux indésirables et/ou considérés comme porteurs de risques médicaux et de procéder à leur analyse dans la perspective d'une gestion anticipée des risques.

II.4 COMPETENCES ET EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES MEDICALES

La notion de compétence peut d'une manière générale être définie comme « la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation »⁹⁻¹⁰⁻¹¹.

Sur la base de cette définition, une déclinaison spécifique pour les professionnels de santé a été établie à partir de la littérature professionnelle. Sans prétendre à l'exhaustivité, les définitions suivantes peuvent être formulées :

- J Le concept de compétence a tout d'abord été défini au niveau de la Communauté européenne à partir d'approches sectorielles telles que l'art dentaire en 1996 et les soins infirmiers généraux en 1998. Deux rapports¹²⁻¹³ ont ainsi défini la compétence de manière identique comme l'ensemble des « caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes, et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide (...) ». Cette définition a été reprise, en tout ou partie, dans les rapports et*

⁹ Mouvement des entreprises de France (MEDEF). Journée internationale de la formation. Objectifs compétences : synthèse des travaux ; 1998.

¹⁰ Le Boterf G. Compétence et navigation professionnelle. Paris : éditions d'Organisation ; 2000.

¹¹ Zarifian P. Le modèle de la compétence. Paris : Editions Liaisons ; 2001.

¹² Comité consultatif pour la formation des praticiens de l'art dentaire. Rapport et recommandation sur les compétences cliniques nécessaires à l'exercice de l'art dentaire dans l'Union européenne. Bruxelles: Commission européenne, XV/E/8316/8/96-FR, 4 juin 1996.

¹³ Comité consultatif pour la formation dans le domaine des soins infirmiers. Rapport et recommandation sur les compétences requises pour l'exercice de l'activité d'infirmier responsable des soins généraux dans l'Union européenne. Bruxelles: Commission européenne, XV/E/8481/4/97-FR, 24 juin 1998.

définitions publiés en France depuis 1998 sur les sujets traitant de la compétence en médecine.

- J Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a défini en 2000¹⁴ la compétence comme « *la première exigence de la morale professionnelle* ». Cette approche est fondée sur l'article 11 du Code de déontologie : « *Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.* » Pour le CNOM, la compétence « *suppose non seulement un savoir aussi large que possible mais elle doit englober une bonne adaptation à l'exercice de l'activité médicale. (..) En effet, il n'est pas pertinent de ne concevoir la compétence que comme une somme de savoirs. Si l'exercice de la médecine ne peut se faire sans une connaissance exhaustive des « données acquises de la science », il ne peut se concevoir sans certaines aptitudes humaines et organisationnelles. Cette conjonction de « savoir-faire » et de « savoir-être » est tout aussi indispensable à un exercice médical de qualité que les connaissances cliniques.* »
- J Plus récemment en 2005, le CNGE a posé la définition suivante pour bâtir son cadre de certification des jeunes médecins généralistes : « *La compétence : savoir agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou de l'exercice, qui intègre plusieurs connaissances et qui permet à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné.* »¹⁵

La compétence médicale repose donc :

- J **d'une part sur des acquisitions théoriques et pratiques qu'il convient de définir a priori en fonction des spécificités de chaque spécialité médicale et d'entretenir tout au long de l'exercice professionnel ;**
- J **d'autre part sur des aptitudes et attitudes individuelles à définir de manière transversale et prendre en compte pour assurer un exercice médical de qualité.**

L'évaluation des compétences n'est « *en aucun cas un processus standardisé, stéréotypé. Evaluer une compétence est un exercice difficile qui doit s'attacher à juger autant le résultat que l'action, c'est-à-dire la performance accomplie, que le processus dynamique qui soutient l'action, c'est-à-dire le raisonnement et l'argument.* » (CNGE, 2005).

II.5 DE L'EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES MEDICALES A LA CERTIFICATION

La validation a priori des compétences reconnues d'un praticien et l'entretien de celles-ci tout au long de l'activité professionnelle sont une condition sine qua non de la qualité de l'exercice médical. La compétence du médecin a des conséquences directes sur la santé et sur la vie de ses patients. Il est donc essentiel d'objectiver par des critères prédéfinis que la confiance que l'on accorde à un médecin est justifiée (CNOM, 2000).

¹⁴ Conseil national de l'ordre des médecins. Qualité de l'exercice professionnel, compétence et déontologie : vers un système intégré de la gestion de la compétence des médecins. Paris : 2000.

¹⁵ Collège national des généralistes enseignants (CNGE). Les compétences du médecin généraliste. Groupe de travail Certification. Revue Exercer ; 2005 sept ; (74) : 75-114.

La mise en œuvre d'une procédure de validation des compétences pour les professionnels de santé est donc porteuse d'enjeux en termes de « valorisation » et de « transparence » de la qualité de l'exercice professionnel médical.

Dès l'année 2000, le CNOM conditionne l'amélioration de la qualité du service rendu par les médecins et l'amélioration de l'information de l'utilisateur à une reconnaissance du « métier » sur la base d'élaboration de référentiels de métiers et de compétences à décliner en fonction des spécialités médicales.

Les référentiels de compétences poursuivent trois objectifs.

- J La reconnaissance, la valorisation et l'entretien d'un niveau de professionnalisme au regard de l'utilisateur : « *Dans une société qui se veut toujours plus transparente, tout professionnel doit pouvoir prouver sa compétence (...)* » Ce thème renvoie à la question de la certification et recertification médicale (dans leur sens anglo-saxon, c'est-à-dire la reconnaissance positive du maintien d'un niveau de compétence au regard de critères prédéterminés par la profession).
- J Une meilleure gestion prévisionnelle des emplois et des compétences tant d'un point de vue individuel que collectif, c'est-à-dire « *des rôles, des positions, des compétences respectives (...) pour accroître l'efficacité du système de soins* ». Ce thème renvoie à la question de la gestion des « carrières » professionnelles tant à l'hôpital qu'en ville : « *qu'attend-on d'un professionnel ? Quelles sont ses missions ?* »
- J La prise en compte de l'évolution des prises en charge vers des approches de plus en plus interdisciplinaires. Ce thème renvoie à la question de l'interface des compétences entre les professionnels médicaux et paramédicaux : « *Dans un contexte d'interdépendance accrue, les rôles respectifs des différentes professions dans l'organisation des soins doivent être mieux définis, notamment par la constitution de référentiels métiers et l'approfondissement des perspectives que peut offrir une substitution des rôles entre les différentes professions.* »

La certification a pour objectif de « juger » qu'un praticien possède bien « des caractéristiques qui lui permettront de résoudre de façon appropriée la majorité des problèmes de santé auxquels il risque d'être confronté dans le contexte de son exercice spécifique ». Certifier/valider/qualifier est une procédure finale attestant que les compétences à exercer la profession de médecin sont acquises. Ces compétences peuvent et doivent être définies dans le cadre des programmes de DES de spécialités. Cette procédure est construite sur une évaluation continue tout au long des trois années du DES. Elle est déclinée dans les différents lieux d'apprentissage et aboutit in fine à l'autorisation d'exercer (CNGE, 2005).

La recertification/revalidation/requalification consistera, une fois passé le préalable de la certification initiale, à s'assurer que le praticien, tout au long de son parcours professionnel, maintient bien son niveau de compétence en regard des références définies par la ou les spécialités qu'il exerce ou serait amené à exercer.

En conclusion

Ces différentes définitions ont été présentées lors de réunions de travail par la mission afin de valider avec les différents interlocuteurs :

J la place de ces différentes démarches dans leur contexte et leurs interactions ;

J la position de chaque acteur institutionnel/professionnel et leurs missions.

A ce titre, le maintien de la compétence échoit par la loi 2002-303 au Conseil national de l'Ordre des médecins, par l'intermédiaire (possible) des commissions de qualification placées près de lui.

Ces définitions mettent en exergue la complémentarité des dispositifs de FMC, d'EPP et d'accréditation et leur objectif commun à la fois historique et réglementaire de renforcer la qualité des soins. L'évaluation des compétences et les procédures de certification/recertification/requalification sont d'un autre ordre. Elles visent à objectiver a priori la capacité à pratiquer des soins de qualité sur la base de référentiels professionnels connus de tous.

J Un schéma a été établi pour présenter les mécanismes actuels entre les différents dispositifs et fait référence à un futur possible de la gestion des compétences professionnelles (Annexe 1).

III. ELABORATION ET ACTUALISATION DES REFERENTIELS DE COMPETENCES MEDICALES : ROLE DES COLLEGES

La reconnaissance du « métier » et la certification/validation/qualification se fondent donc sur la base d'élaboration de référentiels de métiers et de compétences à décliner en fonction des spécialités médicales. Les collèges de spécialités médicales jouent un rôle central dans l'élaboration et l'actualisation de ces référentiels.

La mission travaille depuis plus d'un an avec la Fédération des collèges de chirurgie. Le groupe s'est réuni six fois depuis le mois de juillet 2004. Les travaux de ce groupe de travail ont permis de définir :

- J les missions des collèges à partir de l'étude des statuts des différents collèges ;
- J un premier état des lieux des compétences requises élaboré par les collèges de chirurgie pour garantir la qualité de l'exercice de chaque spécialité ;
- J un premier contour du rôle de ces collèges de chirurgie dans le cadre d'un dispositif d'évaluation des compétences.

III.1 MISSIONS DES COLLEGES : L'EXEMPLE DE LA FEDERATION DES COLLEGES FRANÇAIS DES SPECIALITES CHIRURGICALES

En référence aux statuts, la plupart des collèges sont constitués de chirurgiens « jouant un rôle dans la formation des futurs chirurgiens » et/ou « dans la formation post-universitaire ». Ils regroupent donc les chirurgiens représentatifs de l'ensemble de la spécialité avec ses composantes universitaire, hospitalière et libérale. Son rôle de réflexion et de coordinateur national des différents niveaux de formation, sa large représentation parmi les chirurgiens français permettent au collège de garantir la qualité de l'exercice de la spécialité chirurgicale sur tous les lieux où elle s'exerce.

Leurs statuts sont organisés :

- J autour de la mission d'organisation de l'enseignement de la formation du 3^e cycle d'une part ;
- J autour de la formation continue de leurs membres d'autre part.

Ils ont pour mission de « valider » les compétences acquises a priori de leurs membres et d'en assurer un suivi a posteriori et le maintien et l'actualisation de compétences nouvelles par le biais de la formation continue.

Par leurs missions et la représentation professionnelle de leurs membres, les collèges sont de fait positionnés à l'interface du 3^e cycle et de l'exercice professionnel.

Les derniers statuts renouvelés par certains collèges en 2005 intègrent des nouvelles missions d'évaluation et de prise en compte de la spécialité au sein de la politique de santé régionale et nationale.

Ainsi tous les statuts des Collèges de spécialités chirurgicales étudiés associent dans leurs textes des missions de réflexion, d'organisation et de contrôle du contenu de la formation initiale en ce qui concerne le 3^e cycle. « Structures de réflexion, de proposition et d'organisation de l'enseignement » ces dispositifs réfléchissent et font des propositions d'organisation de l'enseignement dans la spécialité concernée tant sur le plan des acquisitions

théoriques nécessaires (acquisition de connaissances obligatoires dans la spécialité) que sur le plan des acquisitions pratiques (acquisition pratique obligatoire). Dans les missions assignées au collège, la définition et la description des contenus de « formation » des futurs chirurgiens poursuivent trois buts :

- J un but d'uniformisation du contrôle individualisé d'accès à l'exercice de la spécialité a priori de tous ses membres quelle que soit l'origine de leur formation initiale en France, en Europe et hors Union européenne pour garantir une égalité de compétences et donc un accès égal à des soins de qualité ;
- J un rôle d'uniformisation des contenus de formations régionaux et d'harmonisation des services formateurs par le biais de critères nationaux afin « d'assurer la définition, la promotion et l'harmonisation à l'échelon national de l'enseignement » ;
- J enfin un but de maîtrise et de promotion collective de la spécialité par la définition d'un « contenu » précis d'un point de vue quantitatif et qualitatif de l'exercice qu'il représente en se réservant « *le droit d'intervenir auprès des autorités compétentes chaque fois qu'un sujet concerne la formation universitaire et post-universitaire des chirurgiens* ». « *Les Collèges deviennent donc par la force des choses et du fait de leur organisation, de leur réflexion et de leurs actions des interlocuteurs des pouvoirs publics, notamment dans le domaine de la formation initiale.* »

Afin d'assurer aux futurs médecins une formation de qualité, la plupart des collèges ont pour mission en complémentarité avec le contrôle des contenus de formation de veiller régulièrement à la qualification des services formateurs.

Cette mission se décline le plus souvent par un système « *d'agrément* » des services formateurs basé sur la capacité des services à former d'un point de vue théorique et pratique les futurs médecins. Les critères choisis, relevés de manière encore inégale dans les documents des Collèges, sont d'ordre qualitatif (être membre enseignant du collège, accepter les inspections du collège) et quantitatif (assurer aux futurs chirurgiens la possibilité d'un nombre d'interventions suffisant pour acquérir la compétence requise).

Certains soumettent cet agrément à une révision « *tous les 5 ans par une commission d'homologation et une confirmation par l'assemblée générale* ».

Parallèlement à la formation initiale, ces statuts intègrent pour la plupart des missions de participation et de contrôle de la formation continue post-universitaire de leurs membres en cohérence avec la formation initiale dispensée et les compétences attendues pour être intégré au sein du Collège.

Pour la plupart des Collèges, le but est de connaître et promouvoir « toute question touchant l'enseignement » de la spécialité « et de façon plus spécifique, la formation du chirurgien ». L'objectif est de garantir un haut niveau de compétences au-delà du diplôme et d'assurer une mise à niveau des professionnels en exercice, et notamment de « *perfectionner l'efficacité technique* » des chirurgiens en exercice. Certains collèges demandent à leurs membres de s'engager par écrit à « *n'utiliser de nouvelles modalités de diagnostic et/ou de traitement qu'après avoir reçu la formation théorique et pratique nécessaire à l'aide de programmes de formation de qualité* ».

Pour y parvenir, les collèges organisent un séminaire annuel d'enseignement en étroite collaboration avec leurs sociétés savantes pour tous les membres de leurs spécialités et commencent à « labelliser » des formations.

Certains ont déjà étendu à la formation post-universitaire leur enseignement de collège à destination des internes et jeunes chefs de clinique pour permettre aux professionnels en exercice d'actualiser leurs connaissances.

D'autres intègrent déjà directement pour leurs membres un système de gestion sous l'égide du collège de leur formation médicale continue, véritable « *organisme certificateur qui s'interpose entre le chirurgien et les pouvoirs publics en reconnaissant la valeur formatrice d'un enseignement* ». Ce conseil intègre dans ses missions le recensement des besoins de formation des chirurgiens de la spécialité, le recensement des actions de formation et la labellisation de celles-ci pour en reconnaître la valeur formatrice et leur attribuer une valeur en points dans le respect des règles en vigueur dans le Collège.

D'autres Collèges proposent enfin de soumettre tous les 3 ans l'analyse de l'activité de chaque membre au directoire du collège, qui décidera de la reconduction des membres en fonction de l'atteinte d'objectifs cliniques quantitatifs et qualitatifs définis.

III.2 CRITERES DE COMPETENCES REQUISES ELABORES PAR LES COLLEGES

L'ensemble des documents étudiés indique, aujourd'hui, une configuration assez hétérogène des critères d'admission élaborés et utilisés au sein des Collèges en fonction de l'organisation de ceux-ci et de la spécialité représentée.

Les « exigences » de la plupart des Collèges résultent communément des critères de validation du DES et du DESC. De plus, certains collèges ont mis en place des critères de « sélection » de leurs membres, faute de DESC, pour faire reconnaître les « *compétences de des chirurgiens spécialistes* » par le Conseil de l'Ordre. Cette mise en place a permis au Collège d'élaborer les critères professionnels de l'exercice du « métier » et d'en déduire les apprentissages théoriques et pratiques nécessaires pour être compétent.

Pour la plupart cette validation s'appuie sur les épreuves suivantes :

- J épreuve orale clinique ;
- J appréciation du carnet de stage ;
- J évaluation du carnet opératoire ;
- J présence aux enseignements théoriques obligatoires ;
- J vérification des stages nécessaires à la formation pratique dans des services reconnus comme formateurs par le collège de spécialité ;
- J publications scientifiques.

Les critères d'admission reposent sur l'acquisition d'un certain niveau de connaissances et d'exercices pratiques évalués par un jury sur la base d'objectifs quantifiés définis a priori par le Collège. Ces objectifs existent aujourd'hui et sont connus dans les collèges mais n'ont aucun caractère obligatoire pour les jeunes chirurgiens et pour les chirurgiens diplômés hors CEE.

Ils sont développés de manière très inégale selon les Collèges pour les jeunes chirurgiens en 3^e cycle. Ces critères sont insérés dans un document appelé communément « cahier de l'interne » ou « livret d'internat ». L'ensemble de ces critères sert d'indicateurs pour contrôler la qualité et valider les acquisitions théoriques et pratiques des internes en formation.

L'analyse des documents permet de dégager les critères suivants.

Compétences requises	Activités	Indicateurs de validation
Dimension théorique		
Capacité à acquérir des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> J Connaissances théoriques et cliniques J Acquisition du programme 	<ul style="list-style-type: none"> J Présence aux enseignements théoriques obligatoires J Réussite aux contrôles de connaissance J Réussite aux épreuves de malades
Capacité à mettre en pratique les connaissances théoriques acquises	<ul style="list-style-type: none"> J Rédaction de dossiers, présentation de cas cliniques au staff J Epreuve orale clinique portant sur un dossier de malade, présentation de cas cliniques J Séance de bibliographie 	<ul style="list-style-type: none"> J Publications J Dossiers présentés en staff J Observations effectuées J Présentation de cas cliniques
Capacité à les partager avec d'autres membres de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> J Enseignement des stagiaires 	<ul style="list-style-type: none"> J Evaluation des stages
Dimension pratique et contrôle de l'activité		
Capacité à effectuer des gestes chirurgicaux de qualité en regard de la spécialité choisie /aptitude thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> J Pratiques encadrées et régulières de toutes les interventions chirurgicales 	<ul style="list-style-type: none"> J Interventions effectuées en regard des exigences prévues par la formation en terme de nombre J Liste des interventions effectuées. J Comptes rendus opératoires et qualité de ceux-ci. J Temps de formation pratique (temps minimum requis pour la formation pratique) J Qualité formatrice des stages (agrément)
Capacité à poser des indications opératoires/aptitude diagnostique	<ul style="list-style-type: none"> J Pratiques encadrées et régulières des consultations chirurgicales 	<ul style="list-style-type: none"> J Comptes rendus opératoires et qualité de ceux-ci
Dimension comportementale		
Capacité à établir une relation de qualité avec le patient et sa famille	<ul style="list-style-type: none"> J Information du patient en consultation, en pré et post-opératoire 	<ul style="list-style-type: none"> J Evaluation des stages J Consultations réalisées et comptes rendus des consultations J Notification de l'information délivrée au patient
Capacité à travailler en équipe		<ul style="list-style-type: none"> J Evaluation des stages

Les critères aujourd'hui utilisés dans certains collèges de manière empirique et variable reposent majoritairement sur :

- J **d'une part la validation d'acquisition de connaissances en fonction des maquettes d'enseignement de chaque spécialité définie par les Collèges ;**
- J **d'autre part la validation d'acquisitions pratiques reposant sur la nature et le nombre des interventions pratiquées, mais aussi sur le volume horaire de présence en stage.**

Enfin, quelques Collèges ont défini des obligations relationnelles centrées sur l'information et la relation avec le patient, ainsi que sur les relations partenariales dans les équipes. Mais ces critères d'évaluation restent à ce jour à développer qualitativement.

III.3 LES COLLEGES : UN ROLE ET DES MISSIONS AU CŒUR DES CONTENUS PROFESSIONNELS

L'ensemble des Collèges chirurgicaux a élaboré un contenu professionnel au 3^{ème} cycle de formation, permettant ainsi une évaluation théorique mais aussi pratique des jeunes chirurgiens. Certains collèges sont plus organisés que d'autres dans les dispositifs de validation d'acquisitions pratiques.

La démonstration de l'activité n'est pas encore clairement exigée de manière quantitative et qualitative. Il est demandé aux étudiants de démontrer qu'ils ont réalisé des interventions classées comme majeures dans la spécialité (sans toujours en spécifier les caractéristiques). Des informations chiffrées concernant le nombre et le type d'interventions à réaliser durant la formation sont données à titre indicatif dans certains collèges.

Quelques Collèges ont mis en place des procédures professionnelles de validation de leurs membres très avancées avec passage systématique d'un examen du Collège.

Les critères aujourd'hui, même hétérogènes, sont donc déjà élaborés dans les grandes lignes par ces collèges et appliqués comme références pour les futurs chirurgiens voulant exercer la spécialité.

Ces critères sont donc un premier palier de « références métiers » soulignant les « exigences » pour exercer une chirurgie de qualité en début d'exercice. Ils « qualifient », « certifient » la compétence d'un jeune chirurgien.

Dans un souci d'équité de qualité des soins, et d'uniformisation des pratiques, la plupart des Collèges appliquent (dans leurs règles d'admission) les mêmes critères à tous les chirurgiens (souhaitant exercer cette spécialité et être reconnus par le Collège), qu'ils aient suivi leur cursus en France ou dans un pays hors CEE.

En revanche, ce système de reconnaissance professionnelle par les Collèges n'est pas, à ce jour, obligatoire pour exercer la spécialité.

La plupart des Collèges ont parallèlement développé, à partir des « compétences attendues » et des contenus d'enseignement du 3^e cycle, des cycles de formation continue pour permettre à leurs membres d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences.

Un seul collège évoque aujourd'hui sans ambiguïté une procédure de revalidation de ses membres, sous forme d'analyse de l'activité du chirurgien à superviser tous les 3 ans. Cette revalidation, « *véritable brevet d'exercice délivré à des chirurgiens pour réaliser certains types d'interventions* », est à rapprocher des propositions faites dès 2003 dans le « rapport sur la chirurgie française »¹⁶.

Cette revalidation/recertification reste complexe à mettre en œuvre.

- J Elle nécessite une harmonisation des critères initiaux de qualification et d'autorisation d'exercice permettant d'élaborer et de légitimer « un référentiel national standard pour chaque spécialité » (Académie de médecine, 2005). Aujourd'hui, ces dispositifs fonctionnent encore de manière indépendante.**
- J Ce « référentiel national standard », doit en revanche s'appliquer à tous et nécessite un système de qualification unique basé sur les mêmes critères appliqués à tous les chirurgiens quelle que soit l'origine de leur formation.**

III.4 LES COLLEGES DE MEDECINE

La mission a privilégié en première intention les Collèges de chirurgie car ceux-ci sont déjà organisés au sein de leur fédération. La Fédération des Collèges de chirurgie a travaillé sur ce thème depuis un an avec la mission. Les résultats de ces travaux laissent augurer une évolution rapidement opérationnelle pour la communauté chirurgicale.

Certaines spécialités médicales et leurs sociétés savantes se sont organisées en créant parfois, elles aussi, un Collège. Ces Collèges médicaux suivent les mêmes évolutions que les Collèges chirurgicaux en matière de fonctionnement. A titre d'exemple, nous évoquerons, compte tenu de l'ancienneté de leur organisation, les collèges suivants :

Le Collège des anesthésistes réanimateurs. Le Collège regroupe comme en chirurgie l'ensemble des médecins anesthésistes-réanimateurs, quels que soient leurs statuts et leurs modalités d'exercice. Il a pour but de « *veiller à la qualité de la formation universitaire et post-universitaire* », c'est à dire de définir les objectifs de la formation des futurs spécialistes d'une part et définir les modalités de la formation médicale continue des anesthésistes-réanimateurs en exercice d'autre part.

Ce collège a élaboré un document sur le maintien des compétences en anesthésie pédiatrique consultable sur son site Internet. Comme pour les référentiels des chirurgiens, ce document aborde aussi les trois grands champs d'évaluation, c'est-à-dire : « *la définition des connaissances théoriques, des connaissances pratiques* » pour maintenir ses compétences en anesthésie-réanimation pédiatrique et le « *Cahier des charges d'un centre de formation en anesthésie pédiatrique* ».

Le Collège National des Généralistes Enseignants s'est focalisé uniquement, de par sa composition et ses missions, sur l'évaluation de la compétence des résidents et à ce titre donne une définition précise de la notion de « certification » : « *Certifier est une procédure finale attestant que les compétences à exercer la profession de médecin généraliste sont*

¹⁶ Domergue J, Guidicelli H. La chirurgie française en 2003, les raisons de la crise et les propositions. Rapport à l'attention de Jean-François Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Paris: Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003.

acquises. Ces compétences sont définies dans le cadre du programme du DES de médecine générale ; cette procédure qui est certes finale est construite sur une évaluation continue tout au long des trois années du DES. Elle est déclinée dans les différents lieux d'apprentissage et aboutira in fine à l'autorisation d'exercer. »

Dans ses déclarations antérieures et actuelles le CNGE indique toujours clairement que la certification nécessite la définition des compétences que l'interne doit acquérir au cours de sa formation. Il a défini une liste de compétences du médecin généraliste qui est encore « actuellement en discussion » (CNGE, 2005).

Les collèges : une évolution à prévoir ?

Les Collèges, notamment de chirurgie, sont regroupés en Fédération ayant statut d'association. Ils exercent de manière informelle, de par leur mission et leur positionnement, un contrôle sur la qualité de l'activité de leurs membres à partir de critères qualitatifs et parfois quantitatifs qu'ils ont eux-mêmes définis. Ces critères s'appliquent aujourd'hui aux étudiants de DES et DESC et ont donc gagné en légitimité en ce qui concerne la formation initiale et la validation de l'accès à l'exercice professionnel.

En revanche, s'ils sont utilisés de manière formelle comme critères de validation de DES et DESC (ce sont les Collèges qui élaborent les maquettes de DES et DESC ainsi que les critères de validation), ils n'ont absolument pas de caractère obligatoire pour les chirurgiens ayant un diplôme non européen. Il en est de même pour les commissions de qualifications du CNOM qui fonctionnent de manière autonome par rapport à ces critères.

Ces références existent et pourraient être utilisés de manière harmonisée au niveau de tous les « points de passages » permettant la qualification des médecins (qualification des Collèges pour certifier l'acquis de la formation initiale, commissions de qualification placées auprès du CNOM, commission « ministérielle » d'autorisation d'exercice) mettant enfin en cohérence et en équité professionnelle, ces différentes procédures.

IV. MODALITES ET CONDITIONS D'EVALUATION DES COMPETENCES MEDICALES EN ETABLISSEMENT DE SANTE

Dans les pays étrangers ayant déjà développé ce type de mécanisme de validation, les organisations professionnelles mentionnent qu'elles peuvent définir les critères prérequis de compétences professionnelles. Ces critères doivent être, en revanche, complétés par une approche plus « contractuelle » avec les établissements de santé pour permettre de juger de la performance de chaque praticien.

Dans ce contexte, parallèlement aux travaux engagés avec la Fédération des Collèges de Chirurgie depuis juillet 2004, la mission a initié à partir du mois de septembre 2005 un groupe de travail réunissant les trois Fédérations des Etablissements de Santé. La compétence des médecins étant au centre de l'objectif de la mission en 2005, les Conférences Médicales des Etablissements de Santé y ont été associées. Ce groupe de travail s'est réuni trois fois depuis le mois de septembre 2005 et a programmé de poursuivre ses travaux sur l'année en cours.

A court terme, l'objet de ce groupe de travail est :

- J de faire émerger une position de doctrine et des recommandations pour les établissements de santé en matière de modalités et conditions d'évaluation des compétences médicales ;
- J de recenser les conditions opérationnelles pour mener à bien cette action (juridique, réglementaire, organisationnelle, médicale, etc.).

L'objet de ce groupe de travail vise également à préparer une réflexion stratégique à long terme sur ces questions.

Les travaux du groupe s'inscrivent dans un contexte de mise en place et de négociation de nombreux textes réglementaires ayant un impact très important sur l'organisation de la profession médicale et des établissements hospitaliers comme :

- J obligation pour tous les médecins libéraux et exerçant en établissement de santé d'EPP et de FMC ;
- J dispositif d'accréditation de la pratique médicale pour les spécialités à risque ;
- J plan Hôpital 2007, notamment organisations des établissements par pôles, négociations en cours sur le statut des PH instituant une part variable sur les salaires, etc ;
- J nouvelle réglementation concernant l'autorisation d'exercice des médecins diplômés hors CEE (Nouvelle Procédure d'Autorisation, NPA).

Ces dispositifs, aujourd'hui en cours, sont déterminants pour répondre de façon pratique à la question posée. Dans ce contexte de « mise en ordre » réglementaire et organisationnelle, le groupe de travail s'est plus particulièrement attaché à dégager des pistes de réflexion susceptibles d'être mobilisées pour la mise en place des dispositifs en cours.

Le groupe de travail a posé en préalable les deux principes suivants :

- J La démarche d'évaluation doit s'appuyer sur les dispositifs mis en place et respecter les responsabilités de chacun.**

L'Ordre des médecins doit exercer pleinement sa mission. Pour autant, il ne peut le faire seul, sans prendre en compte le rôle et les attentes des établissements sur ce sujet impliquant certes l'exercice médical mais aussi tout le fonctionnement de l'établissement.

Tous les dispositifs existants dans les pays développés ont défini un rôle des établissements dans la régulation des compétences des praticiens.

J La démarche d'évaluation peut et doit être un facteur de motivation pour les médecins.

Le réforme concernant la gouvernance a pour finalité d'accroître l'implication des médecins dans les établissements avec à terme des dispositifs d'intéressement. Cette démarche peut donc être facteur de motivation.

De plus, la formalisation de critères de compétence médicaux transversaux constitue un enjeu majeur pour la mobilité et la démographie professionnelle pouvant offrir ainsi aux praticiens de nombreuses perspectives de passerelles ou de changement de spécialités, voire à terme de VAE.

Ces enjeux sont importants pour les établissements de santé soucieux de fidéliser leurs équipes médicales. La définition des compétences médicales, la formalisation de critères homogènes sont susceptibles d'apporter une valeur ajoutée en termes d'évolution de carrière.

IV.1 POINTS DE DOCTRINE

Le groupe de travail a dégagé les points de doctrine suivants :

J La notion de « compétence médicale » relève avant tout d'une qualification professionnelle fondée sur des critères médicaux et non d'une approche par « poste de travail ».

La reconnaissance de l'exercice médical au travers d'une qualification « unique » quel que soit le lieu d'exercice soumise à des critères de validation uniques est un prérequis pour construire un système de reconnaissance des compétences dans les établissements de santé.

L'intérêt des Collèges de spécialités pour élaborer les référentiels de compétences susceptibles d'être utilisés pour la qualification initiale et la requalification périodique est confirmé.

Les sociétés savantes disposent le plus souvent dans le cadre de leurs spécialités d'un volume de publications sur les résultats obtenus susceptibles de servir de références scientifiques pour l'élaboration de critères minimaux de bases d'activités.

Cependant, des critères de performance sont aujourd'hui définis ou en cours de définition pour des activités spécifiques et ciblées sans critères de compétences professionnelles transversaux préétablis (INCA, DHOS, etc).

Ce point est un des enjeux fondamentaux de l'évaluation des compétences médicales qui seule peut garantir la qualité de l'exercice médical.

J Pour les établissements de santé, la notion de « compétence médicale » correspond à la compétence demandée à un médecin, dans une activité donnée, dans un établissement donné. Le dispositif doit donc reposer sur une double régulation : régulation professionnelle / contractualisation avec les établissements.

Dans tous les pays développés, deux types d'organisation jouent un rôle dans le suivi et la validation périodique de la compétence :

J les « boards de spécialités » de la discipline qui délivrent un agrément d'exercice en fonction du parcours académique et professionnel accompli par le praticien ;

J les « boards médicaux » hospitaliers qui délivrent une autorisation d'exercer dans l'établissement sous réserve de critères de performances cliniques contractualisées avec le praticien.

Ce type de dispositif ne doit pas basculer dans la gestion de « l'insuffisance médicale », mais doit apporter une réelle valeur ajoutée aux médecins. Il s'agit donc de raisonner en termes positifs d'offres de services. Ce dispositif doit permettre de repérer le « niveau » du praticien permettant ainsi qu'on puisse lui faire des offres et l'intéresser. Il peut être rapproché du dispositif américain de « privilege » lorsqu'il existe. Le médecin, pour exercer, est enregistré au préalable dans son « board » de spécialité. Il contractualise ensuite avec son établissement sur la base de critères de suivi individuel.

Dans quelle mesure un système d'évaluation avec « scoring » des praticiens faciliterait-il et objectiverait-il ce travail de veille ? Dans ce cadre qui définirait les « cotations » ? Les organisations professionnelles ? Sur quelle périodicité ? Pour quelles conséquences ?

Ce type de dispositif pose pour la France plusieurs types de questions organisationnelles, juridiques et réglementaires :

- J Quelle gestion des praticiens suivant leurs modes d'exercice et leurs statuts ?
- J Quels acteurs impliqués dans le suivi des compétences médicales depuis l'Université en passant par l'Ordre des médecins jusqu'aux établissements de santé ?
- J Quel cadre général réglementaire à adapter ?

IV.2 QUESTIONS A APPROFONDIR

Le groupe de travail a recensé sous forme de questions à approfondir les conditions opérationnelles pour mener à bien cette action (juridique, réglementaire, organisationnelle, médicale, etc.).

J La gestion des médecins est radicalement différente, notamment selon qu'ils sont libéraux en clinique ou salariés de la fonction publique hospitalière.

La situation française est particulière car elle associe différents types d'exercice. Différents scénarios sont à envisager suivant le statut des praticiens :

- J Le directeur d'établissement privé est soumis avec le praticien à un contrat de prestation de services. Dans quelle mesure est-il en capacité de vérifier les compétences professionnelles ? Sur quel type de contrat ? Pour quel type d'engagement du praticien libéral ?
- J En établissement public, des articulations sont à prévoir avec le centre national de gestion qui sera chargé à terme des carrières des praticiens hospitaliers. Quelles articulations ? Pour quelle gestion au quotidien ?

La notion de statut doit être mise en parallèle avec la répartition des responsabilités juridiques dans les établissements. Cette responsabilité en cas de fautes pour incompétence peut changer selon que l'établissement est public ou privé et selon que le praticien est salarié ou indépendant.

Ce contexte impose de fait un double cadre de contractualisation avec les établissements qu'il conviendra d'harmoniser dans un souci d'évolution de carrière et de mobilité des praticiens.

J L'articulation entre les différents acteurs susceptibles de gérer la compétence des praticiens doit être précisée rapidement.

Un état des lieux des acteurs et de leur rôle, existant ou à créer, est déterminant pour définir les leviers de développement des dispositifs d'évaluation des compétences. Qui fait quoi ? Qui fera quoi ? En fonction de quel rôle ? Pour quelles responsabilités ?

J La loi 2002-303 confie la responsabilité de veille au maintien de la compétence à l'Ordre des médecins.

J Les collègues aujourd'hui n'ont pas de rôle légitime. Le dispositif reste à construire.

J L'harmonisation du système de qualification pour tout médecin en exercice reste à faire (qualification ordinale ou autorisation d'exercice ?).

Un recensement des mécanismes de suivi de la compétence est à créer :

J Au plan opérationnel, l'Ordre des médecins est en charge de la qualification des médecins.

J Dans quelle mesure les établissements peuvent-ils être mis en cause parce qu'ils ont laissé un médecin « dangereux » ou « inactif » exercer ? Quelle pourrait être leur responsabilité dans une démarche de certification (prenant en compte la qualité des pratiques) et d'accréditation des chirurgiens quand celles-ci posent des problèmes ? Quelle est la part de responsabilité de chaque acteur au sein des établissements et quelles modalités de régulation ad hoc mettre en place d'un point de vue juridique ?

J Dans quelle mesure les établissements peuvent-ils développer des systèmes de signalement pour objectiver l'activité (ou la sous-activité) de certains praticiens et assurer les échanges avec le Conseil de l'Ordre en cas de dysfonctionnement grave ?

J Pour les actes relevant de pratiques pluriprofessionnelles, comment cerner le suivi des pratiques individuelles ?

J Le problème du suivi de l'aptitude physique du praticien est aussi soulevé. Actuellement les médecins ne sont pas soumis à une visite de médecine du travail qui pourrait être amenée à juger de leur aptitude physique à exercer.

Aujourd'hui une « voie » est à créer qui permette aux établissements d'interpeller l'Ordre des médecins pour connaître la compétence de leurs praticiens ou pour signaler et faire instruire des comportements médicaux perçus comme problématiques, voire dangereux pour la sécurité des patients.

Il faut donc décrire un dispositif d'enregistrement, de recueil des données et de suivi des médecins. Ce dispositif doit définir qui a la légitimité d'interpeller l'Ordre : les caisses d'assurance maladie ? Un médecin ? L'établissement ? Le patient ? Ou une compagnie d'assurances ?

Les questions posées sont : Qui recueille et comment ? Qui signale ? Pour quelles actions appropriées pour améliorer la situation ?

J Le rôle des CME pourrait être renforcé. Une organisation « ad hoc » en son sein pourrait être proposée à partir des dispositifs déjà en cours.

Par leur légitimité, les CME pourraient jouer un rôle central dans le dispositif d'évaluation des compétences professionnelles.

Les CME ont aujourd'hui une mission de gestion, d'organisation et par conséquent de suivi de l'obligation de FMC et d'EPP des praticiens au niveau des établissements.

Leur rôle pourrait être élargi à l'évaluation et au suivi des compétences des médecins relevant de leurs établissements comme c'est le cas dans les autres pays. Le rôle des CME dans ce dispositif est à décrire en tenant compte de la spécificité de l'exercice médical dans les différents types d'établissements publics ou privés.

Compte tenu des nouvelles missions des CME (EPP, FMC), comment peut-on articuler cette future mission en termes notamment de moyens à mettre en place ? Pour l'instant l'organisation de la FMC est en cours et il existe encore des incertitudes par rapport à l'organisation de l'EPP.

Le niveau de la CME peut être considéré comme un niveau trop proche pour pouvoir porter un jugement en toute sérénité sur les praticiens qui posent des problèmes dans l'établissement. Mais c'est le niveau approprié pour connaître la réalité des situations concrètes. Il est aussi possible de considérer qu'il est préférable de « sortir » le problème de l'établissement. Ne peut-on envisager des commissions interrégionales de représentants de CME par exemple ? Doit-on envisager la création d'une commission médicale spécifique pour tous les suivis ?

Les pistes opérationnelles de travail dégagées par le groupe pourraient être les suivantes :

J Recensement des acteurs de l'évaluation de la compétence médicale et mise en cohérence de leurs actions

Quelles articulations/validation des Collèges/CME/Etablissements de Santé/gestion des carrières ?

J Définition des lieux et circuit de suivi de l'évaluation de la compétence médicale

La validation professionnelle de la compétence type certification est un préalable à tout dispositif de contractualisation individuel avec l'établissement. Mais quel système de veille ? Qui décide quand un praticien est en difficulté ?

J Définition et rôles de la CME dans l'organisation et le suivi de l'évaluation de la compétence médicale

Comment le fonctionnement des CME peut-il accueillir cette nouvelle mission ? sous quelles conditions

Les expériences européennes sur ce sujet permettront d'apporter un éclairage au groupe :

J sur ce qui existe déjà en termes d'outils et de procédures directement transférables ;

J Sur ce qu'il est possible de faire en France en tenant compte des statuts des praticiens.

V. L'ACTUALITE INTERNATIONALE ET LE MOUVEMENT IRREVERSIBLE DE L'EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES

Pour éclairer l'avancée française, la mission a exploré quelques expériences européennes et internationales sur les deux champs investis :

- J l'élaboration et la validation des compétences professionnelles par les organisations médicales ;
- J les exemples de contractualisation avec les établissements de santé.

D'un point de vue général les premiers constats suivants peuvent être faits :

- J Tous les pays européens sont en cours de réflexion sur ce sujet selon des modes d'approche et d'entrée extrêmement divers.
- J Les approches professionnelles sont en cours de formalisation et directement liées au degré d'organisation des « Boards » (conseils) de spécialités. Certains « Boards » européens, parmi les plus avancés ont déjà élaboré pour tous leurs membres des référentiels de compétences (Annexe 2)
- J Certains pays sont plus avancés que d'autres sur les systèmes de validation à mettre en place, notamment le Royaume-Uni, le Canada et les Etats Unis.
- J Les contractualisations individuelles avec les établissements sont loin d'être la règle en Europe. Elles suivent les mêmes mouvements qu'en France, liés avant tout à l'avancée préalable des organisations professionnelles.

V.1 CERTIFICATION DES MEDECINS : ETAT DES LIEUX

Cette partie a été rédigée avec la collaboration technique du Dr Patrice PAPIN membre du CNC.

V.1.1 EN EUROPE

L'Europe présente une grande diversité quant à la validation initiale du jeune médecin, de son suivi après la formation initiale et la qualification. Ce suivi reste lié comme en France avec le 3^e cycle des études médicales.

Sans prétendre à l'exhaustivité, ni à une approche technique détaillée qui fera l'objet d'une étude plus approfondie dans les mois à venir avec les organisations concernées, six exemples peuvent éclairer la situation française :

- J EN ESPAGNE, il n'existe aucun système d'accréditation ou de certification : le seul risque de n'être plus médecin est juridique. Il faut attendre une faute et/ou une plainte avant toute évaluation et remise en cause de l'exercice du praticien. La FMC n'est pas encore obligatoire.
- J DANS LES PAYS DU NORD COMME LA SUEDE, pour des raisons historiques et culturelles, la licence de pratique est donnée par les autorités d'Etat au travers du « National Board of Health and Welfare ».
- J La licence est acquise après 5 ans d'études médicales, un examen national et 18 mois d'internat. Pour la spécialité, 5 ans de plus sont nécessaires. Les requis pour la spécialité s'apparentent au référentiel de l'UEMS. l'UEMS (les requis sont les

connaissances pratiques, théoriques, etc. minimum pour obtenir une qualification dans une spécialité. Les travaux de l’UEMS sont axés sur la définition de requis européens minimums compatibles pour une spécialité pour tous les pays garantissant une qualité d’enseignement minimum. Un des problèmes soulevé est la non superposition des champs de compétences des spécialités des différents pays : exemple, en Allemagne, de nombreux orthopédistes ne pratiquent pas la chirurgie, mais la médecine pour de maladies osseuses dégénératives. C’est une des raisons pour laquelle par exemple la chirurgie orthopédique pour l’Europe ne s’appelle pas Orthopaedic surgery mais orthopaedic) .

- J Il n’y a pas d’examen final mais une lettre du chef du département d’enseignement spécifiant que le résident a rempli ses obligations. Cette lettre est envoyée au comité national qui donne la reconnaissance de spécialiste.
- J Le système de suivi, ensuite, se fonde sur une obligation de FMC pour chaque médecin. Ce dispositif est dirigé par les associations de spécialités.
- J Pour ce qui est de la qualité de sa pratique, le médecin est suivi par le « Medical Responsibility Board » qui intervient en cas de plaintes pour mauvaise pratique.
- J EN FINLANDE aussi, l’étudiant est pris en charge par la faculté et finit sa spécialisation par un examen. Le médecin fait alors candidature auprès de la « National Authority for Medicolegal Affairs (www.teo.fi) pour pouvoir exercer une activité médicale indépendante dans une spécialité. La FMC est volontaire.
- J EN BELGIQUE¹⁷, l’agrément (certification en anglais) est la reconnaissance du titre de spécialiste par le ministère de la Santé (cf. annexe 3).
 - J L’accréditation (médecin accrédité) est le titre donné à un médecin qui a rempli ses obligations en matière de formation continue, d’EPP, et qui atteint un seuil minimal de pratique (nécessaire à la qualité).
 - J L’accréditation est accordée par l’INAMI (Institut national d’assurance maladie invalidité) qui est l’organisme central de remboursement des soins de santé en Belgique. Cet organisme d’Etat qui supervise les mutuelles a mis en place un « Groupe de direction de l’accréditation » paritaire (syndicats, mutuelles, universités, assureurs). L’identification du médecin accrédité accorde automatiquement au patient une majoration du remboursement des prestations qu’il facture.

L’accréditation repose sur trois dispositifs obligatoires :

- J l’adéquation pour des profils médicaux, aux référentiels de bonne pratique. (le médecin en fonction de son type d’activité de spécialités utilise les référentiels adapté) ;
- J la démarche de formation continue (le médecin doit capitaliser chaque année à 200 unités)
- J la participation obligatoire à un groupe local d’évaluation médicale (GLEM) ou « peer-review » ;

L’ensemble conduit à l’accréditation périodique tous les 3 ans par les organismes d’assurance maladie.

¹⁷ Source internet [http:// www.cpme.be](http://www.cpme.be)

<http://inami.fgov.be>

<http://inami.fgov.be/care/fr/doctors/accreditation/individual-accreditation>

- J EN HOLLANDE, il existe comme en Belgique un « board » ou conseil qui suit les médecins du premier jour d'accréditation jusqu'au dernier jour de pratique.
- J Ce conseil utilise des critères, acceptés par chaque spécialité. Ce même conseil juge le plan d'éducation de chaque jeune résident. A la fin de la période de formation initiale, lorsque le résident a rempli son plan d'éducation, il devient spécialiste consultant.
- J Tous les cinq ans, le spécialiste doit ensuite prouver qu'il a atteint le seuil minimal en heures d'accréditation FMC (CME) et un seuil minimal d'heures de pratique dans sa spécialité.

Il existe un registre recensant tous les consultants en Hollande : l'inscription dans le registre nécessite d'avoir validé la FMC et l'activité requise dans la spécialité.

- J AU ROYAUME-UNI (UK), une nouvelle organisation appelée « Postgraduate Medical Education and Training Board » (PMETB) a été mise en place récemment par le gouvernement pour encadrer tout ce qui touche à l'éducation et à la formation en matière médicale. Le « General Medical Council » (GMC) propose ensuite une revalidation des médecins en exercice.

Le volet formation peut être illustré par l'exemple de la chirurgie orthopédique :

- J Après la formation de base de chirurgie générale d'1 an, le résident doit faire une formation de 6 ans en chirurgie orthopédique.
- J Pour débiter cette formation, le candidat doit passer un examen pour être admis au Collège Royal des chirurgiens « the membership of the Royal College Of Surgeons » (MRCS).
- J Après 4 ans, le résident présente un nouvel examen, l'assistantat ou « Fellow », pour devenir « Fellow of the Royal College Of Surgeons » (FRCS). Seules trois tentatives sont théoriquement possibles.
- J Après 6 ans, le résident (qui chaque année a fait l'objet d'un rapport) peut demander un poste de consultant (si ceux-ci sont positifs).
- J Les résidents sont accrédités par le JCHST (« Joint Comittee for Higher Surgical Training »).

Le volet « revalidation » dépend ensuite du « General Medical Council ». Le GMC propose une revalidation tous les 5 ans, fondée sur un rapport annuel et la FMC. Ce fonctionnement n'est pas encore stabilisé et devrait évoluer. Cette revalidation est obligatoire et serait incluse dans le contrat d'emploi du consultant (cf. chap V.2.1 du rapport)

- J EN IRLANDE, le système est le même qu'au Royaume-Uni : l'équivalent en Irlande du JCHST est le « Irish Postgraduate Surgical Training Comittee » (IPSTC). Le « Irish Medical Council » (IMC) est l'équivalent du GMC avec un registre des spécialistes pour la certification.

V.1.2 AU CANADA

Au Canada, les orientations générales sont nationales. Les provinces ont en revanche la responsabilité de la délivrance du droit d'exercice professionnel ou permis.

Le permis est délivré par le collège des médecins du Québec (article 35 loi médicale du Québec) <http://www.cmq.org/>

Il est possible d'exercer sans avoir passé les équivalences sur CV et aptitudes avec un permis restrictif c'est-à-dire, pour une période donnée maximum annuel et renouvelable selon la décision du bureau du collège des médecins. La durée, le type d'actes professionnels autorisés et les endroits (hôpitaux en relation avec les universités) ou pratiquer sont notés sur le permis. Pour avoir ce permis il faut être médecin dans son permis et avoir validé sa spécialité. Le titre universitaire est alors donné de « Clinical Fellow » c'est-à-dire assistant. Un « Research Fellow » qui n'a pas le droit de pratiquer d'acte n'a pas besoin de ce permis. Le titre de professeur associé dispense de ces démarches. La FMC est obligatoire.

Pour la gestion des risques, celle-ci se fait essentiellement au sein de l'établissement, mais tous les médecins adhèrent à l'association canadienne de protection médicale (<http://www.cmpa-acpm.ca>). Un comité d'inspection du collège a pour mandat de surveiller l'exercice de la profession par les membres et d'enquêter sur la compétence professionnelle des médecins.

Afin d'assurer le suivi professionnel de ses membres, le Collège des médecins du Québec constitue et conserve un dossier pour chacun d'entre eux (dossier professionnel). En plus d'offrir un portrait du cheminement professionnel des médecins exerçant au Québec, le dossier professionnel rend compte des relations établies entre le Collège et ses membres.

V.1.3 AUX ETATS-UNIS

L'exercice de la médecine aux Etats-Unis est conditionné notamment par la reconnaissance de compétences par les « Boards » de spécialités. « L'American Board of Medical Specialities » (ABMS) regroupe vingt-quatre « boards » de spécialités dont celui de Médecine Interne, « American Board of Internal Medicine » (ABIM). En 2003 85 % des médecins ont été certifiés par an dans 24 « boards ».

Tous les médecins sont soumis à cette certification professionnelle pour disposer du droit d'exercer. Ce dispositif s'applique également aux médecins non américains qui doivent passer par une procédure définie par ces « boards » s'ils veulent être autorisés à exercer aux Etats-Unis (cf. paragraphe ci-dessous).

Cette démarche a été mise en œuvre pour « *protéger le public et les patients en attestant de la qualité, de la sécurité et de la performance des médecins américains* »¹⁸.

Les « Boards » ont structuré une réflexion et des programmes pour aider les résidents, les universités et les médecins afin de satisfaire à ces exigences de compétences.

La certification s'applique pour le cursus initial de formation des résidents. L'évaluation de la formation est associée à celle des compétences acquises au cours de cette formation : c'est la certification initiale.

A titre d'exemple, le travail des « Boards » peut être illustré par les critères de compétences requis pour exercer la spécialité de médecine interne. Ce choix est guidé :

- J d'une part par la « proximité » des réflexions conduites récemment en France par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) à propos du concept de « certification » qui a fait l'objet de la journée nationale du CNGE en novembre 2005 ;

¹⁸ Source Internet <http://www.abms.org> - Accès 31/01/2006

J et d’autre part par la publication dans les *Annals of Internal Medicine*¹⁹ de l’évaluation récente réalisée aux Etats Unis par l’ « American Board of Internal Medicine » (ABIM) de son programme de maintien des compétences tout au long de la vie professionnelle intitulé « maintien de la certification » (« Maintenance of Certification »)

Les compétences requises pour exercer la spécialité de médecine interne sont organisées autour des objectifs cliniques suivants (cf. annexe 4) :

J Les soins aux patients	J Examen clinique J Anamnèse J Interprétation des données
J Les connaissances médicales	J Sciences de base J Sciences cliniques J Physiopathologie
J Amélioration de la pratique professionnelle	J Revue par les pairs J Utilisation de « l’elearning »
J Capacité de communication interpersonnelle	J Relations avec les familles J Relations avec les collègues J ...
J Professionnalisme	J Intégrité professionnelle J Déontologie J Reconnaissance des erreurs J Comportement et responsabilité
J Capacité d’apprentissage	

Tous ces objectifs se déclinent en critères objectivables, hiérarchisables et mesurables. Les constats effectués lors des évaluations conduisent à l’identification des points forts et des marges de progrès de chaque médecin. Ce constat détermine les conduites d’amélioration professionnelle nécessaires à l’évolution des résidents. Les responsabilités des tuteurs et des enseignants sont bien identifiées.

V.2 REVALIDATION, SUIVI DES COMPETENCES, MAINTIEN DE LA CERTIFICATION : EXEMPLES EN COURS

Les systèmes de revalidation, de recertification anglais, canadien, américain ne sont pas, en soi, des modèles idéaux. En revanche, leur ancienneté, leurs résultats et leur parenté avec les réflexions en cours en France reliant compétences initiales pour exercer le « métier » et suivi des compétences peuvent utilement nous renseigner. La description de leur fonctionnement et de leurs articulations éclaire les pistes opérationnelles qui pourraient être développées en France.

¹⁹ Lipner RS, Bylsma WH, Arnold GK, Fortna GS, Tooker J, Cassel CK. Who Is Maintaining Certification in Internal Medicine--and Why? A National Survey 10 Years after Initial Certification. *Ann Intern Med* 2006 Jan 3;144(1):29-36.

V.2.1 L'EXEMPLE DE LA « REVALIDATION » DES MEDECINS ANGLAIS

Le « General Medical Council » (GMC) est l'autorité britannique de régulation de la profession médicale. Fondé au milieu du XIX^e siècle, le GMC tient son indépendance actuelle par un acte parlementaire de 1983 lui donnant le statut d'un corps indépendant (« stand alone body ») qui n'a pas l'obligation légale de rendre compte au gouvernement.

Sa principale mission (l'enregistrement des médecins) est de réguler l'activité médicale, c'est-à-dire d'attribuer ou de suspendre le droit à exercer des médecins sur le territoire britannique.

La gestion des effectifs, la promotion, au sein des hôpitaux notamment, et la répartition géographique des médecins relèvent de la compétence du « National Health Service » (NHS). Les quatre NHS (England, Wales, Scotland et Northern Ireland) sont dirigés par des « Chief Medical Officers » qui rapportent au ministre de la Santé.

Le GMC a récemment été mandaté par le « Chief Medical Officer » d'Angleterre pour une étude de l'évaluation des compétences des praticiens hospitaliers.

Ce dynamisme récent doit être replacé dans un contexte sociétal où des « affaires » médicales ont stimulé puissamment cette évolution (cf. annexe 5) .

Ces affaires ont renforcé la nécessité de :

- J développement professionnel continu ;
- J évaluation périodique ;
- J revalidation obligatoire ;
- J association du public dans ces procédures ;
- J reconsidération de l'autorisation d'exercer et nécessaire évolution de ces procédures.

Chaque année, le GMC enregistre environ 15 000 médecins, dont 4 500 formés au Royaume-Uni, 1 500 venant du reste de l'Europe et 9 000 venant du reste du monde, essentiellement des Indes et d'Afrique (chiffres 2004).

Historiquement la revalidation fut appelée antérieurement réaccréditation. La mise en œuvre proposée était, dans les années 1995, une interface entre le GMC et les Collèges royaux de médecine générale.

La revalidation²⁰ repose sur la démonstration régulière, par tout médecin praticien, de sa capacité à rester informé des données actuelles de la pratique médicale et à maintenir sa compétence pour pratiquer la médecine. C'est une démarche permettant d'attester de la capacité du médecin à pratiquer la médecine et in fine de l'autoriser à exercer son art.

Chaque médecin doit justifier de sa capacité sur sept points (cf. annexe 6) :

- J bonne pratique professionnelle ;
- J relations avec le patient ;
- J travail avec les collègues ;
- J maintenir la bonne pratique ;
- J formation ;
- J santé ;
- J évaluation.

²⁰ CATTO G. Improving professional competence : the way ahead ? Int J Qual Health Care. 2003, 15 (5)p375-6

Ce système de revalidation est encore en phase expérimentale ; sa généralisation se trouve repoussée pour permettre aux autorités de l'Etat, aux autorités professionnelles de se mettre d'accord sur les finalités et le pilotage d'un tel dispositif^{21_22_23_24_25}.

V.2.2 L'EXEMPLE DU SUIVI DES COMPETENCES MEDICALES AU CANADA

Le Canada incite toutes les professions à s'autoréguler de manière dynamique. A ce titre les médecins se retrouvent comme les avocats, les architectes, etc pour stimuler la mise en œuvre d'une régulation professionnelle de leurs membres.

La fédération des ordres des médecins du Canada a proposé en 1994 un modèle volontairement orienté vers l'amélioration de l'exercice professionnel et non vers le dépistage des médecins « déviants ».

Au sein des hôpitaux, un dispositif interne identifie les anomalies dans la pratique professionnelle d'un médecin. En dehors des hôpitaux, le dispositif des régies d'assurance maladie identifie les comportements « extrêmes ».

L'exemple du Québec est intéressant. Au sein du Collège des médecins du Québec (dont la mission principale est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public) existe une direction de l'amélioration de l'exercice (dont la mission est de surveiller l'exercice des médecins et de veiller à son amélioration).

Un programme de complexité croissante en trois niveaux est mis en œuvre :

- J surveillance par indicateurs : par exemple utilisation prolongée de traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou Benzodiazépines ;
- J visites d'inspection professionnelle. Elles se font dans les cabinets libéraux et dans les hôpitaux et portent notamment sur l'analyse des dossiers médicaux ;
- J « l'entrevue orale structurée » qui est réalisée par un expert professionnel, permettant une analyse approfondie des compétences du médecin à l'aide d'un dispositif d'évaluation exhaustif.

Ce programme s'applique aussi bien pour des médecins ayant un exercice hospitalier qu'un exercice en cabinet. Dans le cas du premier niveau, la surveillance se fait par indicateurs.

- J Pour les hôpitaux, le suivi se fait par exemple par le nombre et les indications des arthroscopies, des décès post-infarctus du myocarde, de contrôles qualité pour la biochimie médicale, etc.
- J Pour l'exercice en cabinet, le suivi se fait par exemple par étude des prescriptions de certains types de médicaments, de l'utilisation du dosage de PSA pour le dépistage du cancer de la prostate, etc.

²¹ Fiskens RA. The General Medical Council and the future of revalidation: Revalidation process would not pass appraisal. BMJ 2005 Jun 18;330(7505):1447-b.

²² Kmietowicz Z. Revalidation in the UK. BMJ 2005 May 14;330(7500):1145.

²³ Pringle M. Making revalidation credible. BMJ 2005 Jun 25;330(7506):1515.

²⁴ Tanna V. Personal view. Moving on from Shipman. BMJ 2005 Aug 13;331(7513):411.

²⁵ Watson A. The General Medical Council and the future of revalidation: GMC prepares to deliver notable improvements. BMJ 2005 Jun 18;330(7505):1446-b.

V.2.3 L'EXEMPLE DU MAINTIEN DE LA CERTIFICATION AUX ETATS-UNIS.

Les différentes étapes de la formation médicale initiale aux Etats Unis sont difficilement comparables à celles de la formation médicale en Europe.

Aux Etats-Unis, les dispositifs de reconnaissance professionnelle sont organisés par les « boards » de spécialités. Ces dispositifs ont été mis en place pour objectiver les compétences requises pour exercer la spécialité médicale et la prise en charge appropriée des malades en s'assurant que les jeunes médecins sont bien formés.

Dans leur exercice professionnel, ce sont les mêmes « boards » qui assurent le maintien de la certification des praticiens.

J **L'exemple du maintien de la certification par les « boards » : l'exemple de la médecine interne**

Dans le cadre de la vie professionnelle, les internistes ont structuré une procédure de « recertification » dans les années 1980 visant au maintien et au renforcement (si besoin) des compétences, procédure appelée maintenant maintien de la certification (Maintenance of Certification). L'« American board of Internal Medicine » (ABIM) a ainsi engagé un premier programme de recertification volontaire qui n'a alors concerné qu'un nombre limité de participants.

En 1990, une « certification » délivrée pour une durée de 10 ans fut formalisée sur les bases suivantes :

- J Autorisation d'exercice et recommandation du responsable hospitalier a propos du comportement professionnel dans la communauté
- J Test de connaissances (en ligne)
- J Auto-évaluation (apprentissage personnel) et amélioration de la performance basée sur la pratique.

Le taux d'implication dans ce programme de maintien de la compétence est intéressant à analyser pour mettre en valeur les critères de réussite d'une telle démarche.

- J Au total, globalement les 2/3 des médecins internistes (exerçant avec ou sans « sous-spécialités ») se sont impliqués dans cette procédure.
- J L'ABIM et l'« American College of Physicians » (ACP) ont tenté de comprendre les raisons expliquant la « non-participation » des médecins certifiés dans les années 1990 et qui ne sont pas rentrés dans cette nouvelle procédure.
- J L'enquête réalisée auprès de 3 500 internistes (taux de réponse de 51 %) montre que la motivation de cet engagement est plus d'ordre professionnel que financier. Le changement de spécialité est la principale motivation. Les raisons pour se soustraire à la démarche sont principalement la perte de temps et le coût nécessaire.
- J Il apparaît que les employeurs devraient jouer un rôle incitatif important dans l'avenir, pour stimuler cette certification professionnelle

V.2.4 L'EXEMPLE DU DISPOSITIF D'AGREMENT PROFESSIONNEL DES MEDECINS ETRANGERS AUX ETATS-UNIS & AU CANADA

Les Etats-Unis comme le Canada étant caractérisés, comme la plupart des pays développés, par une arrivée importante de médecins diplômés hors de leurs frontières, des dispositifs concernant l'évaluation des compétences requises ont également été définis.

J Le droit d'exercer aux Etats-Unis pour les médecins à diplôme non américain

Pour obtenir le droit d'exercer, les fonctions de résidents sont accessibles après la satisfaction/réussite aux épreuves successives organisées par la Commission d'éducation pour les étudiants médecins étrangers (Educational Commission for Foreign Medical Graduates »).

L'ECFMG a célébré son 50^e anniversaire en 2006. Etablie en 1956, la mission de cette commission est d'évaluer les qualifications des médecins ayant une formation dans les pays étrangers.

Sur le plan pratique, plusieurs étapes constituent la procédure d'autorisation :

- J étape 1/1^{re} requête : examen scientifique médical. Plusieurs possibilités existent pour satisfaire cette étape en fonction des prestataires agréés (ECFMG : examen du « National board of medical examiners »). Il s'agit de deux fois 2 jours d'examens par QCM. Elle est ouverte deux fois dans l'année. Il y a complémentarité dans les deux phases d'examen ;
- J étape 2/2^e requête : test de langue anglaise ;
- J étape 3/3^e requête : délivrance finale de la reconnaissance.
- J Depuis 1988, une 4^e requête est formalisée. C'est un examen de 5 heures, connu sous le vocable « Clinical Skills Assessment » ou CSA qui testera la capacité du candidat à enregistrer l'histoire d'un malade, à réaliser un examen physique clinique complet, à structurer un diagnostic différentiel et à mettre en œuvre une stratégie de prise en charge du malade.

J Le droit d'exercer au Canada pour les médecins à diplôme non canadien

Comme aux Etats-Unis, en juin 2002 le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, en collaboration avec des représentants du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux, a déterminé comme une priorité la reconnaissance des titres d'admission à la profession médicale obtenus à l'étranger et a mis sur pied un groupe de travail sur l'intégration des médecins diplômés à l'étranger au corps médical canadien.

Ce travail repose sur une réflexion basée sur l'analyse des compétences requises pour exercer la médecine. Le rapport de ce groupe de travail en 2004 présente plusieurs recommandations.

- J Accroître la capacité d'évaluer les Diplômés Internationaux en Médecine (DIM) et de les préparer à l'obtention du permis d'exercice.
- J S'efforcer de normaliser les exigences pour les autorisations d'exercer :
 - J mettre au point et utiliser un service central de vérification des titres de compétences pour valider les documents requis pour obtenir l'autorisation d'exercer, la certification ;

- J identifier des critères et des outils communs pour évaluer les demandes de permis d'exercice et en promouvoir l'adoption ;
- J recommander un processus pour déterminer les compétences linguistiques ;
- J promouvoir l'adoption d'une terminologie et de définitions communes pour la réglementation des permis d'exercice.
- J Développer ou créer des mécanismes de soutien et des programmes pour aider les DIM à comprendre le processus et les exigences au Canada. Ces programmes permettent notamment de :
 - J mettre au point un test d'auto-évaluation en ligne permettant aux DIM de déterminer s'ils sont prêts pour obtenir un permis d'exercice ;
 - J accroître l'accès à l'Examen d'Evaluation du Conseil Médical du Canada (EECMC) en offrant cet examen en ligne, plus fréquemment et dans un plus grand nombre de pays ;
 - J concevoir des programmes d'orientation pour les médecins découvrant le système de santé au Canada et l'organisation culturelle, juridique et éthique de la médecine au Canada ;
 - J mettre au point un programme pour aider les DIM dans le domaine des communications culturelles et professionnelles afin qu'ils puissent satisfaire aux exigences linguistiques ;
 - J offrir des programmes d'orientation provinciaux et régionaux pour tous les médecins commençant à exercer.
- J Elaborer des programmes d'orientation pour soutenir les enseignants et les médecins travaillant avec les DIM.
- J Renforcer la capacité de localiser et de recruter des DIM.
- J Concevoir un programme de recherche national, en prévoyant l'évaluation de la stratégie des DIM. Ce programme comprendrait, en outre, une évaluation des recommandations pour l'octroi de permis d'exercice aux DIM et de l'incidence de cette stratégie sur le nombre de médecins disponibles.

L'intérêt de la démarche canadienne est :

- J d'être réalisée et mise en œuvre par les pairs ;
- J d'être progressive et adaptée à la difficulté des cas rencontrés ;
- J de ne viser que la « cible » plutôt que l'exhaustivité ;
- J d'avoir un bon rapport coût/efficacité ;
- J d'aboutir à des aides individuelles, y compris par les décisions de « suspension » d'activité ;
- J d'appliquer des programmes pour autoriser l'exercice médical à des médecins étrangers.

En conclusion

Les expériences sont à un niveau d'avancement très varié. Les enseignements suivants peuvent intéresser le projet français :

- J Des référentiels existent à des degrés de formalisation divers élaborés par les organisations professionnelles en charge du 3^e cycle comme en France pour assurer l'agrément d'autorisation d'exercer des jeunes médecins ayant suivi leur formation. Ces mêmes organisations assurent aussi l'agrément des lieux de stages. A l'interface de la fin de la formation et de l'exercice, elles assurent aussi le suivi de membres quand il existe un « Board ».
- J Cette autorisation d'exercice régulée par les organisations professionnelles a été élargie depuis quelques années aux médecins à diplôme étranger qui doivent passer un examen sur la base de critères qui s'appliquent à tous les spécialistes et bénéficient de mesures d'accompagnement par les « Boards » pour intégrer le système du pays.
- J Ils existent pour certains « Boards » européens bien organisés des référentiels de compétences européens (annexe 2).
- J Le plus souvent, selon les pays, on retrouve seulement une validation de l'obligation de FMC et de la démarche qualité type « peer-review ». Cette validation s'effectue, selon l'histoire et les institutions du pays, dans des organisations différentes (Etat, caisse d'assurance maladie, organisation professionnelle) sans lien avec la formation initiale.

Au total, l'engagement professionnel pour s'efforcer de garantir au public les compétences de ces professionnels n'est pas une nouveauté récente, ni un phénomène de mode éphémère. La structuration de cette démarche prend du temps. Les pays anglo-saxons se sont engagés et progressent dans les résultats obtenus.

La réflexion sur les métiers, la demande du public pour avoir accès au médecin compétent sont des éléments moteurs que la France ne pourra pas ignorer, puisque « *la compétence des professionnels de santé ne se négocie pas* » (rapport Kennedy à propos de l'affaire Bristol)

V.3 CONTRACTUALISATION INDIVIDUELLE AVEC LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : QUELQUES EXEMPLES EUROPEENS ET ANGLO-SAXONS.

V.3.1 EN EUROPE

- J EN BELGIQUE, il existe un contrat de travail pour les médecins exerçant dans les hôpitaux publics, universitaires et généraux. Mais il n'y a pas de contractualisation liée aux résultats. Cependant, l'obligation de l'accréditation pour les médecins ainsi que décrite ci-dessus est applicable à tous les médecins et tous doivent s'y soumettre de manière périodique tous les 3 ans avec un enregistrement de l'obligation auprès des organismes d'assurance maladie.

En revanche, la « non-accréditation » pour un médecin hospitalier n'est pas suivie d'effet, puisque le contrat de travail à durée indéterminée ne fait pas référence à l'hypothèse d'une « non-accréditation ». Ce contrat est, par ailleurs, pour les médecins des hôpitaux universitaires paraphé par l'hôpital et l'université, rendant difficilement applicable une « suspension » d'activité pour « non-accréditation ».

Seule une affaire portée devant les juridictions judiciaires/ordinales peut aboutir à une non- autorisation d'exercice dans le secteur hospitalier.

J EN ITALIE, il n'existe pas de système formalisé sur des critères de compétences professionnelles.

Les chirurgiens et en particulier les chefs de service sont nommés par les directeurs qui prennent l'avis d'une commission. La commission est composée notamment de deux chefs de service d'hôpitaux de même rang, qui ont été tirés au sort par le directeur sanitaire de la région. Elle se réunit pour désigner par concours le candidat, à un poste rendu disponible. Il n'y a en général qu'un candidat par poste. Cette commission prend sa décision en référence aux titres et travaux et après un entretien. Cet entretien comporte des questions générales (quels développements envisagez-vous pour le service, et quel sera votre engagement ?).

Les directeurs nomment le candidat reçu, mais tiennent en général compte de l'avis de la commission. Le plus souvent la commission avalise une décision qui a été discutée préalablement. Faute de critères généraux, elle fait, parfois, l'objet d'influences locales et universitaires, en particulier pour les nominations dans les « grands » hôpitaux.

Au sein des établissements, les nominations sont faites pour 5 ans, et sont remises en cause tous les 5 ans. Cependant le renouvellement dans le poste est quasi automatique dans la grande majorité des cas.

J EN ANGLETERRE ET AU PAYS DE GALLES, pour ce qui concerne les chirurgiens, une majorité de jeunes chirurgiens acceptent l'idée de contractualiser avec l'hôpital dans lequel ils travaillent.

Le Collège Royal des chirurgiens anglais s'est ému en 2003 du manque de critères explicites pour s'assurer d'une formalisation appropriée de la signature du contrat. Un premier document a été publié en 2003 (www.rcseng.ac.uk), nécessitant évolution et adaptation ultérieure.

Le travail du chirurgien fait l'objet d'une analyse et d'une description en quatre catégories :

- J les soins cliniques ;
- J les activités professionnelles de « support » ;
- J les responsabilités complémentaires (NHS) ;
- J les activités extérieures (devoirs).

Le Collège Royal des chirurgiens considère que les soins cliniques représentent 75 % de l'activité et que l'apprentissage chirurgical post-doctoral doit permettre de prendre en compte ces quatre champs d'activités.

Le programme de travail (« job plan ») prévoit la satisfaction de critères dans ces quatre catégories d'activités. Ce travail préliminaire a fait l'objet d'une actualisation en 2005 et a été mis cet été à disposition pour la formalisation des contrats. (cf. annexe 7)

V.3.2 *AUX ETATS UNIS*

Aux Etats Unis, plusieurs professionnels de santé, plusieurs métiers sont concernés par un processus formel les autorisant à exercer dans un hôpital. Les médecins mais aussi les dentistes, les podologues, les pathologistes (PhD), les psychologues cliniciens (PhD) et certains infirmiers spécialisés doivent renouveler régulièrement avec leur établissement de référence leur autorisation d'exercer au sein de cet établissement.

Cette autorisation est délivrée par un comité interne à l'hôpital. La composition de ce comité peut varier. Il est constitué de membres médecins (souvent minoritaires) et d'autres professionnels (juristes, administrateurs, représentants des patients/du public, etc.).

Un médecin ne peut exercer qu'après avoir fait acte de candidature et fourni plusieurs éléments :

- J copie de la certification par le « board » de la spécialité exercée
- J copie de la licence ;
- J contrat de travail antérieur ;
- J curriculum vitae ;
- J attestation de formations professionnelles ;
- J autres documents administratifs (variables en nombre).

Le dossier doit être complété par la description précise de(s) l'expérience(s) professionnelle(s) antérieure(s). Ces informations sont très factuelles, avec la description du superviseur médical, les raisons du changement de poste, la liste des personnes de référence susceptibles d'informer la Direction Médicale de l'établissement.

D'autres informations sont parfois nécessaires. Elles concernent les relations avec les organismes de protection sociale (Medicare-Medicaid) et les compagnies d'assurances souscrites par le candidat (avec de nombreux détails concernant ces relations).

Lorsque l'ensemble du dossier est constitué, il est instruit au sein de l'établissement par le comité interne de l'hôpital et la décision finale est entérinée par le directeur de l'hôpital.

Dans certains Etats, le processus doit être renouvelé tous les 2 ou 3 ans. Lors de cette itération, de nombreux facteurs sont pris en compte, et notamment, l'activité médicale du praticien et le nombre d'actes réalisés.

L'autorisation d'exercer, pour un médecin, est souvent précédée par la certification par le « » de la spécialité médicale exercée. Cette condition n'est pas une obligation pour tous les Etats, ni pour tous les établissements. Elle peut être nécessaire, mais comme nous l'avons vu parfois « non suffisante ».

Elle illustre, lorsqu'elle existe, la complémentarité d'action entre la régulation médicale « professionnelle » (le « » de la spécialité) et la régulation développée au sein de l'hôpital, dans le cadre de la gestion des ressources humaines (sous responsabilité médicale).

En conclusion

- J La contractualisation individuelle du médecin avec les établissements est souvent liée à l'existence préalable d'un suivi professionnel par le « » de la spécialité.
- J Des indicateurs de performance (souvent élaborés avec ou par les « boards » de spécialités) sont utilisés au sein des établissements de santé.
- J Les systèmes les plus avancés se trouvent aux Etats-Unis. Ces systèmes de reconnaissance des compétences, de validation des compétences, associés à la contractualisation individuelle de performance fonctionnent même s'ils présentent des imperfections.

VI. ANALYSE JURIDIQUE DE L'EXERCICE DES RESPONSABILITES EN CAS D'INCOMPETENCE ET DE RECONNAISSANCE DE LA COMPETENCE

Ce travail (cf. annexe 8) a été réalisé par Monsieur Joël MORET-BAILLY, Maître de Conférences en droit, Université Jean Monnet, St Etienne.

VI.1 REGLES RELATIVES A L'OBTENTION D'UNE QUALIFICATION MEDICALE

VI.1.1 LES SYSTEMES DE QUALIFICATION.

Il existe **trois systèmes** permettant à des professionnels d'obtenir une qualification.

- J Le premier, chronologiquement le plus ancien, et quantitativement majoritaire, réside dans l'obtention d'un **diplôme**, la qualification en résultant directement. Le rôle de **l'Université** est ici premier.
- J Le deuxième, d'une organisation récente, puisque datant de 2004, renvoie à la **compétence** des professionnels, soit dans le cadre de l'obtention originelle d'une qualification, soit dans celui d'un changement de qualification. Le rôle clé est ici tenu par les commissions de qualification organisées au sein de **l'Ordre**, dans le cadre desquelles l'Université n'est qu'en position minoritaire.
- J Le troisième, exceptionnel, réside dans la possibilité, pour le ministre de la Santé, d'accorder des autorisations individuelles d'exercice.

Le point crucial en ce qui concerne cette dernière modalité réside dans le champ d'application de la procédure de l'article L. 4111-2 I, qui permet le recrutement, au sein des hôpitaux publics, des « **médecins assistants généralistes** » ou « **médecins assistants spécialistes** ».

Les règles relatives à ces dernières autorisations doivent, comme toutes les règles juridiques organisant des exceptions à un principe, être interprétées strictement. Dans ce contexte, elles **ne font pas exception aux règles relatives à l'organisation des contrôles ordinaires** lors de l'inscription du professionnel au tableau et lors de l'exercice professionnel consécutif, notamment, en ce qui concerne la maîtrise de la langue française ou la moralité du professionnel.

En outre, l'une des difficultés liées à la procédure d'autorisation ministérielle d'exercice provient sans doute du fait que le terme « **autorisation d'exercice** » **pourrait amener à penser que celle-ci permet à un professionnel d'exercer régulièrement du simple fait de son obtention. Or, tel n'est pas le cas.**

La distinction entre la qualification et l'autorisation d'exercice.

L'autorisation d'exercice de l'article L. 4111-2 du Code de la santé publique ne permet de déroger qu'à deux des trois conditions posées par l'article L. 4111-1 : les conditions de nationalité et de qualification, mais à la condition de l'inscription du professionnel à l'Ordre.

La procédure de l'article L. 4111-2 concerne, en effet, les personnes qui ne possèdent pas les diplômes nécessaires pour exercer les professions médicales sur le territoire national. **Le concours déroge ainsi, dans son principe même, à la condition de nationalité. Il permet à ses lauréats de se prévaloir devant les autorités professionnelles d'une « licence » d'exercice, qui équivaut à un diplôme, autrement dit qui permet de considérer comme remplie la condition de qualification** nécessaire à l'exercice régulier de la profession en cause.

L'ambiguïté provient sans doute du fait que les professionnels médecins concernés vont accomplir des actes médicaux dans les hôpitaux publics, durant un stage de 3 ans. Cependant, **être temporairement autorisé à accomplir des actes médicaux sous le contrôle de médecins ne signifie pas que l'on soit médecin.** Il s'agit même de la logique qui gouverne l'organisation des professions paramédicales, autorisées à exercer certains actes sous contrôle et sur prescription médicale²⁶.

Dans ce contexte, et pour une plus grande lisibilité du système, **l'autorisation d'exercice pourrait être renommée**, en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes **«qualification ministérielle»**.

Elle pourrait être **renommée, en ce qui concerne les médecins, « autorisation temporaire d'exercer les fonctions de médecin attaché... »**, les professionnels pouvant, à l'issue du stage de 3 ans, obtenir leur **« qualification ministérielle »**.

Vers une procédure de qualification unique ?

Il existe, **actuellement, trois possibilités d'obtention d'une qualification** : le diplôme, la reconnaissance d'une compétence équivalente au diplôme (nouvelle procédure d'autorisation, NPA), et l'autorisation d'exercice délivrée par le ministre de la Santé. **Ces trois modalités d'évaluation du savoir et/ou du savoir-faire du professionnel aboutissent à un résultat unique : la qualification.** Néanmoins, chacune a sa logique propre qui obéit à ses objectifs. Il est, cependant, concevable de les rapprocher, en lien avec une logique de contrôle des savoirs et des compétences professionnelles.

VI.1.2 LES ELEMENTS DE CONTROLE

Les savoirs

Chacune de ces procédures nécessite, en effet, la maîtrise d'un certain nombre de connaissances : la remarque relève de l'évidence en ce qui concerne la condition du diplôme, relevant de l'Université ; elle est expressément prévue dans le cadre de la nouvelle procédure d'autorisation, puisque le professionnel, pour obtenir la qualification, doit disposer de connaissances équivalentes à un 3^e cycle universitaire ; elle est organisée dans le cadre du concours, en ce qui concerne la procédure de l'autorisation ministérielle.

Les savoirs-faire

²⁶ Cf. J. Moret-Bailly, L'organisation juridique des compétences des professions de santé, in, Y. Matillon, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, Rapport remis au ministre de la Jeunesse, de l'Éducation et de la Recherche, et au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées*, 2003, 57-87.

Là encore, les différentes voies d'accès à la qualification nécessitent l'obtention d'un certain nombre de savoirs faire par les professionnels.

L'une des spécificités des études médicales par rapport à l'enseignement universitaire «traditionnel » réside dans l'importance considérable donnée à la pratique des actes professionnels ; la nouvelle procédure d'autorisation est destinée, notamment, à vérifier les «compétences » des impétrants, le terme renvoyant, entre autres, à leur savoir-faire. La procédure ministérielle d'autorisation nécessite, en ce qui concerne les médecins, un stage de 3 années au sein d'un service habilité à recevoir des internes, en plus d'une épreuve «pratique» pour réussir le concours. En ce qui concerne la même procédure, mais relativement aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes, le concours contient une épreuve « pratique ».

L'inscription ordinale

Quelle que soit la manière dont la qualification a été obtenue, l'inscription à l'Ordre est une condition nécessaire à l'exercice régulier de la profession concernée.

VI.1.3 L'ORGANISATION DU CONTROLE

La question de l'inscription ordinale ne pose pas de difficulté. Elle doit rester telle qu'elle existe, puisqu'elle permet subséquemment l'application de la déontologie et des contrôles professionnels postérieurs.

En revanche, **si les procédures de qualification devaient être unifiées, plusieurs solutions** peuvent être envisagées.

- ∄ Soit **la priorité est donnée au savoir**, condition nécessaire à l'exercice de la profession, et la collation de la qualification devient l'apanage de l'**Université**, même après la fin des études (NPA) ou dans les cas couverts par la « qualification ministérielle ». Cette logique n'est pas aberrante puisqu'elle correspond à l'obtention actuelle, et majoritaire, de la qualification par le diplôme. En effet, en ce qui concerne la condition du diplôme, l'Ordre ne peut contester la sanction universitaire, et doit se contenter « d'enregistrer » la qualification apportée par le diplôme.
- ∄ Soit l'on estime que **les représentants des différentes institutions doivent participer** à la « nouvelle procédure de qualification », et il s'agit d'organiser une **instance « ad hoc »** dans laquelle sont présents des universitaires, des représentants de l'Ordre professionnel et des représentants de l'Administration, compétente pour décider de la qualification quel que soit le contexte dans lequel celle-ci est demandée.

VI.2 CONSEQUENCES DE LA VIOLATION DES REGLES DE QUALIFICATION MEDICALE

Les **décisions des différentes institutions disciplinaires** sont essentiellement appelées à se fonder sur les règles relatives à l'exercice des professions, dont le règlement de qualification de la profession médicale et les règles de déontologie, ces dernières étant porteuses d'une

logique de la compétence plutôt qu'une logique de la qualification. Or, d'un point de vue technique, en cas d'opposition entre le règlement de qualification et le Code de déontologie, c'est bien la règle de déontologie qui s'applique, de préférence au règlement de qualification. En outre, **les acteurs sociaux chargés de la répression disciplinaire, essentiellement membres des professions concernées, auront sans doute tendance à raisonner en fonction des impératifs déontologiques**, qui mettent au premier rang une autorégulation de la profession (voire une autorégulation individuelle, puisque le professionnel évalue lui-même la situation), plutôt qu'une hétérorégulation issue du règlement de qualification. **Ceux-ci pourront, cependant, considérer que la qualification donne un indice certain de la compétence du professionnel dont l'action est jugée.**

En ce qui concerne **les responsabilités indemnitaires**, il est nécessaire de distinguer entre l'évaluation des gestes techniques et l'organisation des soins.

En ce qui concerne **les gestes techniques des professionnels, les juges se fondent essentiellement pour vérifier leur caractère ou non fautif sur leur conformité aux règles de l'art, c'est-à-dire au savoir faire du professionnel**. On se trouve ici pleinement dans une logique de la compétence. Cela dit, la qualification du professionnel dont le geste est évalué constituera évidemment un indice de sa compétence, et l'intervention en dehors du champ de sa qualification pourra être considérée comme une imprudence.

Dans ce contexte, il semble nécessaire de souligner que c'est essentiellement une normativité professionnelle - et notamment les règles de l'art - qui guide le juge dans son opération de caractérisation de la faute. L'accord des acteurs sociaux sur les instruments d'évaluation et de mesure de l'activité professionnelle (compétences requises pour exercer la profession, règles de l'art ou encore normes résultant de conférences de consensus) est donc d'une grande importance quant à l'anticipation des décisions à venir.

En ce qui concerne l'engagement éventuel d'une responsabilité indemnitaire en lien avec **l'organisation des activités de soins, les règles relatives à la qualification prennent, en revanche, toute leur importance** : les juges administratifs ou judiciaires retiennent soit la faute dans l'organisation des services (dans un cadre public), soit l'irrespect d'une obligation contractuelle (dans le cadre du contrat qui lie le patient et la clinique), dès lors que les règles juridiques relatives aux qualifications ne sont pas respectées dans la dispensation des soins²⁷.

En ce qui concerne la **responsabilité pénale**, la responsabilité des **professionnels** accomplissant des gestes techniques sera évaluée **in concreto, c'est-à-dire en considération des faits de l'espèce**, et en lien avec les circonstances réelles de la survenue de l'atteinte à l'intégrité corporelle ou à la vie, et notamment **en fonction de la «compétence» du professionnel**.

La responsabilité des **personnes organisant les activités** est, quant à elle, plus difficile à engager que celle des auteurs directs, puisqu'une **faute caractérisée**, démontrant un mépris constant des valeurs en cause se reflétant dans l'organisation analysée, doit être démontrée.

La responsabilité des **personnes morales** doit, en revanche, être **appréciée plus objectivement** ; elle est donc moins difficile à engager.

On peut en conclure que la responsabilité pénale résultant des conséquences éventuelles de l'irrespect des règles relatives aux qualifications des professionnels pèse essentiellement sur les personnes morales sous l'égide desquelles sont dispensés les actes de soins. Cependant, du fait de l'évaluation *in concreto* des fautes en la matière, les circonstances de fait prennent une

²⁷ Encore est-il nécessaire de préciser que, pour qu'une responsabilité soit engagée, ses autres conditions soient réunies, c'est-à-dire que le préjudice résultant du manquement aux règles de qualification ait été causé par la faute.

importance permettant d'imaginer nombre de configurations dans la distribution des responsabilités au sein des différentes espèces.

VI.3 CONCLUSIONS

Il existe **trois systèmes** permettant à des professionnels d'obtenir une qualification : le **diplôme**, la qualification en résultant directement la **compétence** reconnue par les instances professionnelles ; l'**autorisation individuelle d'exercice** délivrée par le ministre.

- J L'autorisation individuelle **permet de se prévaloir devant les autorités professionnelles d'une « licence » d'exercice, qui équivaut à un diplôme.**
- J Elle pourrait être **renommée, en ce qui concerne les médecins, « autorisation temporaire d'exercer les fonctions de médecin attaché... », les professionnels pouvant, à l'issue du stage de 3 ans, obtenir leur « qualification ministérielle ».**
- J La reconnaissance d'une **qualification renvoie**, quelle que soit la voie envisagée, à la démonstration **d'un savoir et d'un savoir-faire** par le professionnel concerné. Les **procédures** d'obtention des qualifications peuvent donc **éventuellement** être **unifiées**.

L'évaluation des gestes techniques des professionnels s'effectue en référence aux normes gouvernant la qualité de leur exercice médical spécifique et de leurs pratiques.

Il est donc essentiel pour l'ensemble des acteurs de trouver un accord en ce qui les concerne. Outre l'intérêt intrinsèque d'une réflexion collective d'un groupe quant aux compétences requises pour exercer la spécialité médicale prise en compte et à ses pratiques, ces normes anticiperont, en termes de responsabilité, l'évaluation des fautes par les juges chargés d'évaluer les activités concernées.

En ce qui concerne les personnes morales, c'est-à-dire les **établissements de santé**, l'engagement de la responsabilité renvoie également au respect des règles d'organisation de la dispensation des soins. Dans ce contexte, **les règles de qualification constituent des éléments objectifs de qualification des fautes, l'existence de ces dernières étant déduite de l'irrespect des premières.**

En tout état de cause, **aucune action en responsabilité ne saurait prospérer relativement à un geste technique « consciencieux, attentif, et conforme aux données acquises de la science », ou relative à une organisation collective qui respecte les règles de qualification des professionnels chargés de dispenser des soins.**

VII. PROPOSITIONS ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

L'évaluation des compétences des professionnels de santé est au cœur de nombreux enjeux et développements professionnels en France et à l'étranger.

- J L'augmentation des actes invasifs de haute technicité, la judiciarisation au sein du système de santé, l'évolution des attentes des patients, la prise en compte des objectifs « assurantiels », nous amènent à une approche de responsabilité médicale en France plus individuelle.
- J Les récentes réformes engagées renforcent la régulation de la qualité des pratiques médicales. Cependant, l'évaluation des compétences des professionnels de santé n'est pas actuellement prise en compte dans les dispositifs prévus de Formation Médicale Continue, d'Evaluation des Pratiques Professionnelles et d'accréditation de la pratique pour les professions à risque.

L'évaluation des compétences contribue à résoudre des problématiques telles que :

- J qualifier les médecins (la qualification doit reposer sur des critères explicites et d'ordre public) ;
- J autoriser l'exercice (qui doit être le même quel que soit le statut d'exercice et le diplôme d'origine) ;
- J redonner du sens professionnel à l'exercice de la médecine (y compris la médecine générale-afin d'essayer de limiter la désaffection de cette spécialité) ;
- J éclairer la régulation démographique à partir de la connaissance du contenu des métiers et de leurs évolutions et non pas à partir d'opinions ;
- J aider à la régulation inter professionnelle des métiers ;
- J assurer à la population qu'une fois le diplôme obtenu, la compétence est entretenue et maintenue tout au long de la vie professionnelle ;
- J etc.

Depuis un an, les groupes de travail menés, l'éclairage européen et l'analyse juridique permettent à la mission de poser les conclusions suivantes :

Les médecins s'accordent sur la définition partagée de la compétence et de sa validation posée par le premier rapport : « *La compétence d'un professionnel peut être validée par l'obtention du diplôme initial, la mise en œuvre d'une formation continue, une activité professionnelle effective, et un mécanisme régulier de mise en œuvre de revue par les pairs s'il existe .* »

La compétence médicale repose donc :

- J d'une part sur des acquisitions théoriques et pratiques qu'il convient de définir a priori pour garantir un exercice médical en sécurité et en qualité.
- J d'autre part sur des aptitudes et attitudes individuelles à prendre en compte pour assurer un exercice médical compatible avec les attentes relationnelles des patients et la qualité du travail en équipe.

La validation de la compétence est une notion bien définie et connue de la communauté médicale comme porteuse d'enjeux en termes de « valorisation » et de « transparence » de la qualité de l'exercice professionnel médical.

Le CNOM dès 2000, définit cette notion comme un enjeu de la qualité de l'exercice médical ayant des conséquences directes sur la santé et sur la vie de ses patients. Dans cette perspective, l'objectivation par des critères prédéfinis que la confiance que l'on accorde à un médecin est justifiée comme un préalable indispensable (CNOM 2000).

Cette validation doit passer par un dispositif préalable déjà bien repéré par certains Collèges comme une procédure de « certification, validation, qualification » finale attestant que les compétences à exercer la profession de médecin sont acquises.

Ce dispositif doit être unique pour tout médecin souhaitant exercer une spécialité en France.

Il existe trois systèmes permettant à des professionnels d'obtenir une qualification : le diplôme, la qualification en résultant directement ; la compétence reconnue par les instances professionnelles ; l'autorisation individuelle d'exercice délivrée par le ministre.

Ces critères de compétences élaborés par les Collèges peuvent s'appliquer à tous mais n'ont pas encore de caractère d'obligation pour exercer la spécialité.

En revanche en cas de poursuites judiciaires, **l'évaluation des gestes techniques des professionnels s'effectue en référence aux normes gouvernant la qualité de leur exercice médical spécifique et de leurs pratiques.**

Il est donc essentiel pour l'ensemble des acteurs de trouver un accord en ce qui les concerne. Outre l'intérêt intrinsèque d'une réflexion collective d'un groupe quant aux compétences requises pour exercer la spécialité médicale prise en compte et à ses pratiques, ces normes anticiperont, en termes de responsabilité, l'évaluation des fautes par les juges chargés d'évaluer les activités concernées.

Une fois passé le préalable de la certification initiale, un dispositif de recertification/revalidation/requalification doit pouvoir être développé.

Il visera à s'assurer que le praticien, tout au long de son parcours professionnel maintient bien son niveau de compétence en regard des références définies par la ou les spécialités qu'il exerce ou serait amené à exercer.

Pour valider les compétences il faut disposer de référentiels professionnels reconnus et actualisés régulièrement.

La reconnaissance du « métier » et la certification/validation/qualification se fondent donc sur la base d'élaboration de référentiels de métiers et de compétences à décliner en fonction des spécialités médicales. Ce processus est bien développé quand les professionnels disposent d'un collège. Les collèges de spécialités médicales jouent un rôle central dans l'élaboration et l'actualisation de ces référentiels.

Les Collèges de spécialités ont déjà bien avancé dans ce sens. Notamment le travail, mené par la Fédération des Collèges de Chirurgie, d'élaboration de référentiels métiers et de compétences pour les chirurgiens peut permettre d'aboutir à des résultats à court terme. Ces modalités pourraient être étendues aux autres spécialités médicales, voire aux autres professions médicales et pharmaceutiques (Loi 2005-1579 du 19 décembre 2005 modifiant le Code de la santé publique pour les pharmaciens).

Une fois élaborés et reconnus, ces référentiels pourraient être utilisés de manière harmonisée au niveau de tous les « points de passage » permettant la qualification des

médecins (qualification des Collèges pour certifier l'acquis de la formation initiale, commissions de qualification placées auprès du CNOM, commission « ministérielle » d'autorisation d'exercice) mettant enfin en cohérence et en équité professionnelle, ces différentes procédures.

Des évolutions réglementaires seront à prévoir en ce sens.

Les expériences et évolutions des collèges européens et anglo-saxons confirment les travaux et réflexions des collèges français sur le dispositif à mettre en œuvre.

L'élaboration de référentiels de compétences est effectuée par les « Boards » de spécialités qui maîtrisent aussi le dispositif d'agrément : autorisation d'exercer des jeunes médecins ayant suivi leur formation, élargissement de cet agrément obligatoire pour certains pays aux médecins à diplôme étranger.

Il ressort de ces constats appliqués au système de santé français que ce dispositif doit impérativement reposer sur une double régulation : régulation professionnelle/contractualisation avec les établissements pour les médecins exerçant en établissement de santé.

L'éclairage européen et international confirme que

- J la contractualisation individuelle avec les établissements est directement liée à l'existence préalable d'un suivi professionnel
- J ces cadres de performance sont d'ailleurs élaborés avec ou par les boards de spécialités
- J les systèmes les plus avancés se trouvent aux Etats-Unis, où système de reconnaissance des compétences, validation des compétences, et donc contractualisation fonctionne en routine même si le système peut être critiqué.

Le scénario suivant peut être envisagé en France : pour exercer, le médecin doit être enregistré au préalable dans son « board » de spécialité. Il contractualise ensuite avec son établissement sur la base de critères de suivi individuel.

La mise en place de ce dispositif au sein des établissements de santé impose d'approfondir les points suivants au préalable.

La gestion des praticiens est radicalement différente selon qu'ils sont libéraux en clinique ou salariés de la fonction publique. Ce contexte impose de fait un double cadre de contractualisation avec les établissements qu'il conviendra d'harmoniser dans un souci d'évolution de carrière et de mobilité des praticiens

L'articulation entre les différents acteurs susceptibles de gérer la compétence des praticiens doit être précisée rapidement. Un état des lieux des acteurs et de leur rôle, existant ou à créer, est déterminant pour définir les leviers de développement des dispositifs d'évaluation des compétences. Qui fait quoi ? Qui fera quoi ? En fonction de quel rôle ? Pour quelles responsabilités ?

Le rôle des CME pourrait être renforcé. Une organisation ad hoc en son sein pourrait être élaborée à partir des dispositifs déjà en cours. Par leur légitimité, les CME pourraient jouer un rôle central dans le dispositif « compétence ».

EN CONCLUSION

Pour la mission, ces constats nous conduisent aux propositions suivantes :

J Contribuer, en lien avec les Collèges de chirurgie, à l'élaboration de référentiels métiers et de compétences nécessaires pour garantir la qualité de l'exercice médical.

Ce travail pourrait être fait dans le cadre du Conseil National de la Chirurgie avec l'Académie de Chirurgie (compte tenu de sa mission scientifique et éthique, garante de la morale professionnelle), avec une maîtrise d'œuvre assurée par les Collèges de chirurgie. Ceci permettrait de faire la preuve de l'intérêt et de l'utilité de tels référentiels.

J Elargir cette démarche modélisée dans un second temps aux spécialités médicales.

Certains Collèges de médecine ont déjà engagé cette démarche, notamment, le Collège National des Généralistes Enseignants et le Collège National des Anesthésistes Réanimateurs.

J Mettre en lien ces productions avec la maîtrise d'ouvrage que devrait assurer le Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM) dans le cadre de sa mission de « veille à la compétence », telle que décrite dans la loi de mars 2002.

J Contribuer avec les établissements de santé (publics ou privés) à développer la mise en œuvre de la régulation de la compétence médicale en poursuivant les travaux déjà menés par le groupe de travail inter-fédérations et un approfondissement des expériences existantes dans les pays étrangers.

J Poursuivre le travail de « recherche et développement » avec les organisations qui ont la responsabilité de cette régulation dans leur pays respectif, et notamment au Royaume-Uni, Canada, Hollande, compte tenu de l'actualité de ce sujet dans les différents pays de l'Union Européenne.

Pour cela, la mission doit être transformée en mission d'appui. Cette mission pourra ainsi :

J mettre à disposition dans un premier temps ses moyens auprès du Conseil National de la Chirurgie associé à l'Académie nationale de Chirurgie et les services du ministère pour travailler à la formalisation de référentiels de compétence dans un objectif plus général d'extension à terme de cette expérience aux autres spécialités médicales ;

J poursuivre ses travaux auprès des Fédérations Hospitalières et des Conférences de Présidents de CME ;

J ces travaux seront menés en relation avec les principaux acteurs du système de santé et en premier lieu le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

VIII. ANNEXES

- J Liste des personnes rencontrées
- J Références et sites Internet
- J Annexe 1 Evaluation des compétences-schéma fonctionnel
- J Annexe 2 European Hematology Curriculum : passport holder
- J Annexe 3 Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité de Belgique (INAMI)
- J Annexe 4 ABMS/ACGME General competencies : Definition for Internal Medicine
- J Annexe 5 L'affaire de Bristol : la revalidation des médecins britanniques
- J Annexe 6 Good Medical Practice: duties and responsibilities of doctors (GMC)
- J Annexe 7 Guidance for regional speciality advisers on approving job plans
- J Annexe 8 Étude et comparaison des aspects réglementaires des qualifications médicales, d'une part pour le secteur libéral/ambulatoire et d'autre part pour les médecins hospitaliers de la fonction publique hospitalière - Description des différents modes d'autorisation d'exercice en vigueur ainsi que leur impact (enjeux et risques) en terme de responsabilités juridiques (rapport Joël MORET BAILLY)

Liste des personnes rencontrées et/ou ayant participé aux groupes de travail

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes, groupes institutionnels et professionnels rencontrés pour le temps qu'ils ont consacré à la mission et les contributions écrites.

Dr Bernard ACCOYER	<i>Président du Groupe UMP- Assemblée Nationale</i>
Dr François AUBART	<i>Président de la Coordination Médicale Hospitalière</i>
Mr Claude AMELINE	<i>Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens</i>
Mr André AOUN	<i>Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Alsace</i>
Pr Gilles AULAGNER	<i>Président du Syndicat National des Pharmaciens Praticiens Hospitaliers et Praticiens Hospitaliers Universitaires (SNPHPU)</i>
Mr Yves BARRAULT	<i>Directeur Général Hôpital Saint Joseph-Paris</i>
Pr Jacques BAULIEUX	<i>Fédération des Collèges Français de Spécialités Chirurgicales</i>
Mme Cécile BENEZET	<i>Chargée de mission FEHAP</i>
Pr Albert Claude BENHAMOU	<i>Chargé de mission VAE Ministère de l'Education Nationale</i>
Mr Luc BESANCON	<i>Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens</i>
Mme Françoise BICHERON	<i>Présidente Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes</i>
Dr Rachel BOCHER	<i>Présidente Inter syndicat National des Praticiens Hospitaliers</i>
Pr Gilles BOMMELAER	<i>Président de CME du CHU de Clermont-Ferrand</i>
Mme Hélène BOYER	<i>Responsable pôle personnel médical et hospitalier FHF</i>
Dr Gilbert BOUTEILLE	<i>Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes</i>
Dr Sandrine BUSCAIL	<i>Présidente du Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes</i>
Dr Dinorino CABRERA	<i>Président SML</i>
Mr Etienne CANIARD	<i>Membre du Collège de la Haute Autorité de Santé</i>
Dr Jacques CATON	<i>Président URML Rhône-Alpes</i>
Pr Yves CHAPUIS	<i>Membre du Conseil d'Administration de l'Académie Nationale de Chirurgie</i>
Pr Bernard CHARPENTIER	<i>Président de la Conférence des Doyens de Facultés de Médecine</i>
Dr Michel CHASSANG	<i>Président Confédération des Syndicats Médicaux Français</i>
Pr Christian CHATELAIN	<i>Président de l'Académie Nationale de Chirurgie</i>
Dr Jacques CHERPION	<i>Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes</i>
Pr Lionel COLLET	<i>Directeur ITR - Université Claude Bernard Lyon I</i>
Dr Michel COMBIER	<i>Président UNOF</i>
Dr Pierre Louis COSTE	<i>Président MG France</i>
Mr Alain COULOMB	<i>Directeur général de la Haute Autorité de Santé</i>
Mr Edouard COUTY	<i>ancien Directeur de la DHOS- Conseiller Maître Cour des comptes</i>
Dr Ken DANIS	<i>Président de la FHP</i>
Pr Emile DARAÏ	<i>Co-Secrétaire Général du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français</i>

Mme Catherine DARDE	<i>Directrice de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Languedoc-Roussillon</i>
Mr Jean-Pierre DAVANT	<i>Président de la Mutualité Française</i>
Mr Jean-Paul DAVID	<i>Président de Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes et Rééducateurs (FFMKR)</i>
Mme Christine d'AUTUME	<i>Inspection Générale des Affaires Sociales</i>
Dr Xavier DEAU	<i>Président Section formation et compétences médicales du CNOM</i>
Pr Claude-François DEGOS	<i>Conseil National de l'Ordre des Médecins</i>
Pr Laurent DEGOS	<i>Président du Collège de la Haute Autorité de Santé</i>
Mme Madeleine DELRIEU	<i>Directrice du personnel Hospices Civils de Lyon</i>
Dr Marie-Ange DESAILLY-CHANSON	<i>Secrétaire Générale de la Conférence Nationale des Présidents des CME de CH</i>
Pr Jacques DOMERGUE	<i>Président du Conseil National de la Chirurgie</i>
Pr Bertrand DORE	<i>Président du Collège Français des Urologues</i>
Pr Jean-Michel DUBERNARD	<i>Président Commission Assemblée Nationale des affaires culturelles et familiales et sociales</i>
Dr Michel DUCLOUX	<i>Ancien président Conseil National de l'Ordre des Médecins Chargé de mission auprès du Président de l'INCA</i>
Mr Philippe DUC-MAUGE	<i>Chargé de mission à la Direction générale des Hospices Civils de Lyon</i>
Mr Yves-Jean DUPUIS	<i>Directeur général FEHAP</i>
Pr Jean-Louis DRUAIS	<i>Président délégué du Collège National des Généralistes Enseignants</i>
Pr Bertrand DUREUIL	<i>Président du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs</i>
Dr André ELHADAD	<i>Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM-HP)</i>
Mr Claude EVIN	<i>Président FHF</i>
Dr Francis FELLINGER	<i>Président de la Conférence des Présidents des CME des CH</i>
Dr Jean-Pierre FLEURY	<i>Délégué national à la santé, la prévention et le recherche Mutuelle Générale de l'Education Nationale</i>
Pr Pierre FUENTES	<i>Président de la Conférence des Présidents CME des CHU</i>
Dr Alain GARCIA	<i>Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Aquitaine</i>
Dr Jean GARRIC	<i>Inter syndicat National des Praticiens Hospitaliers</i>
Pr Bernard GAY	<i>Ancien président CNGE. Président de la commission de qualification en Médecine Générale du CNOM</i>
Pr François GAYRAL	<i>Collège Français de Chirurgie Générale Viscérale et Digestive</i>
Mr Loïc GEFFROY	<i>Délégué général FHP</i>
Dr Jean-Pierre GENET	<i>Président de la Conférence des Présidents de CME-PSPH</i>
Dr Claude GIBERT	<i>CMH</i>
Pr Christophe GLORION	<i>Secrétaire Général du Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes et Traumatologues</i>
Mme Sabine GUINE-GIBERT	<i>Pôle juridique FHP</i>
Pr Gilles GUY	<i>Neurochirurgie</i>
Dr Jean HALLIGON	<i>Président des CME Hospitalisation privée</i>
Pr Yves HELLOURY	<i>Secrétaire Général du Collège Français de Chirurgie Pédiatrique</i>

Dr Michel JANNIER	<i>Hôpital Saint-Joseph -Paris</i>
Pr David KHAYAT	<i>Président Institut National du Cancer</i>
Pr Rémi KOHLER	<i>Coordonnateur inter régional du Collège Français de Chirurgie Pédiatrique</i>
Pr Marc LASKAR	<i>Secrétaire Général du Collège Français de Chirurgie Thoracique et cardiovasculaire</i>
Mme Anne LAURIN-INIZAN	<i>Directrice Générale Adjoint Hôpital Saint Joseph-Paris</i>
Mr Jean-Michel LAXALT	<i>Président Mutuelle Générale de l'Education Nationale</i>
Mr Benoît LECLERCQ	<i>Directeur Général des Hospices Civils de Lyon</i>
Dr Michel LEGMANN	<i>Vice-président du Conseil National de l'Ordre des Médecins</i>
Mr Patrice LEGRAND	<i>Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Centre</i>
Dr Jean-Marie LELEU	<i>Vice-président Confédération des Hôpitaux Généraux</i>
Mr Daniel LENOIR	<i>Directeur Général de la Mutualité Française</i>
Dr Pierre LOULERGUE	<i>Président Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH)</i>
Dr Claude MAFFIOLI	<i>Membre du Collège de la Haute Autorité de Santé</i>
Mr Jean-Jacques MAGNIES	<i>Syndicat National Masseurs Kinésithérapeutes et Rééducateurs</i>
Dr Pierre-Yves MAHE	<i>Président Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes</i>
Pr Michel MALAFOSSE	<i>Membre du Conseil d'Administration de l'Académie Nationale de Chirurgie</i>
Pr Georges MANTION	<i>Président de la Fédération des Collèges Français de Spécialités Chirurgicales</i>
Dr Philippe MARRE	<i>Membre du Conseil d'Administration du Collège Français de Chirurgie Générale Viscérale et Digestive</i>
Mr Brice MARTIN	<i>Chargé de mission FEHAP</i>
Pr Véronique MARTINOT-DUQUENNOY	<i>Présidente du Collège de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</i>
Mr Jacques METAIS	<i>Président de la Conférence des Directeurs-Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Rhône-Alpes</i>
Mr Bertrand MIGNOT	<i>Pôle social FHP</i>
Dr Pierre MORANGE	<i>Député des Yvelines</i>
Pr Jean-Jacques MOREAU	<i>Neurochirurgie Chirurgie</i>
Dr Charles MSIKA	<i>Chirurgie orthopédique</i>
Mr Louis OLIE	<i>Président Fédération Nationale des Podologues</i>
Dr Jean-Paul ORTIZ	<i>Président du SYMHOP</i>
Dr Patrice PAPIN	<i>Conseil National de la Chirurgie</i>
Dr Jean PARROT	<i>Président Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens</i>
Mr Jean-Marie PAULOT	<i>Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Nord-Pas-de-Calais</i>
Pr Georges PENNECOT	<i>Président du Collège Français de Chirurgie Pédiatrique</i>
Dr Antoine PERRIN	<i>Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation de l'Ile de la Réunion</i>
Mr Angel PIQUEMAL	<i>Président de la Conférence des Directeurs Généraux des Centres Hospitaliers Généraux</i>
Pr Jacques POILLEUX	<i>Secrétaire général de l'Académie Nationale de Chirurgie</i>
Mr. Daniel POSTEL-VINAY	<i>Inspection Générale des Affaires Sociales</i>

Dr Jean-Luc PREEL	<i>Député de Vendée</i>
Pr Charles PROYE	<i>Président de l'Académie Nationale de Chirurgie</i>
Pr Jean PUGET	<i>Président du Collège des Chirurgiens Orthopédistes et Traumatologues</i>
Dr Robert REGARD	<i>Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes</i>
Pr Jacques ROLAND	<i>Président Conseil National de l'Ordre des Médecins</i>
Pr Roland RYMER	<i>Président Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM-HP)</i>
Pr François RICHARD	<i>Membre du Conseil d'Administration du Collège Français des Urologues</i>
Dr François ROUSSELOT	<i>Membre du Conseil d'administration du Collège français des Urologues. Conseiller National de l'Ordre des Médecins</i>
Pr Hugues ROUSSET	<i>Président de la Société Nationale Française de Médecine Interne</i>
Mr Bernard ROUSSET	<i>Secrétaire général des Hospices Civils de Lyon</i>
Dr Mathieu SCHUERS	<i>Président ISNAR-IMG</i>
Mr Jean-Paul SEGADE	<i>Directeur Général du CHU de Clermont-Ferrand</i>
Pr Dominique THOUVENIN	<i>Professeur de droit-Paris VII/Denis Diderot</i>
Pr Etienne TISSOT	<i>Président de la CME Hospices Civils de Lyon</i>
Dr Gérard TROUILLET	<i>Conférence des Présidents de CME de CHG</i>
Pr Guy VALLENCIEN	<i>Conseil National de la Chirurgie</i>
Dr Guillaume VALY	<i>ISNAR-IMG</i>
Mr Gérard VINCENT	<i>Délégué général FHF</i>
Mme Christine WELTY	<i>Directrice Générale de l'Institut National du Cancer</i>

Cabinet du Ministre

Mr. Benoît BOHNERT	<i>Directeur de cabinet du Ministre de la santé et des solidarités</i>
Mr Jean-Louis BONNET	<i>Conseiller technique</i>
Pr Francis BRUNELLE	<i>Conseiller technique</i>
Pr Henri GUIDICELLI	<i>Chargé de mission</i>
Mr Laurent HABERT	<i>Conseiller technique</i>
Dr Brigitte LANTZ	<i>Conseiller technique</i>
Dr Serge LARUË CHARLUS	<i>Chargé de mission</i>
Mr Eric RANCE	<i>Conseiller technique</i>

Direction Générale de la Santé :

Pr Didier HOUSSIN	<i>Directeur général de la santé</i>
Dr Dominique de PENANSTER	<i>Sous-direction de la qualité du système de Santé</i>
Dr Anne Marie GALLOT	<i>Bureau 2C</i>
Mr Eric WAISBORD	<i>Sous-direction de la qualité du système de santé</i>

Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins :

Mr Jean CASTEX	<i>Directeur</i>
Mr Guy BOUDET	<i>Bureau P2</i>
Dr Agnès LORDIER-BRAULT	<i>Conseillère médicale</i>
Mme Marie Claude MAREL	<i>Sous-direction des professions paramédicales</i>
Mme Isabelle MENGER	<i>Adjoint au sous directeur</i>
Mme Claudine MESCLON	<i>Bureau P2</i>
Pr. Guy NICOLAS	<i>Conseiller médical du Directeur</i>
Mr Marc OBERLIS	<i>Sous direction des professions médicales</i>
Mme Danielle TOUPILLIER	<i>Chef de service DHOS</i>

Personnalités étrangères

Pr Renaldo BATTISTA	<i>Université de Montréal (Canada)</i>
Mr Paul BUCKLEY	<i>Head of Strategy and Planning (GMC) Londres (UK)</i>
Pr Christopher BULSTRODE	<i>General Medical Council (GMC) Londres (UK)</i>
Dr Ann GREINER	<i>GreinerHealth Consulting (USA)</i>
Mr Ben GRIFFITH	<i>Senior Policy Registration and Education Directorate (GMC)</i>
Pr Léonard HARVEY	<i>General Medical Council (GMC) Londres (UK)</i>
Mme Claire HERBERT	<i>Regulation Policy Advisory (GMC)</i>
Mme Julia HUNTER	<i>Policy adviser Registration and Education Directorate (GMC)</i>
Dr André JACQUES	<i>Collège Médecins du Québec Montréal (Canada)</i>
Pr Brendon KEARNEY	<i>Executive director , clinical systems Gouvernement of south Australia</i>
Dr Bernard MAILLET	<i>Président Union Européenne Médecins Spécialistes -Bruxelles</i>
Mr Richard MARCHAND	<i>Policy Advisory Strategy and Planning Directorate (GMC)</i>
Dr Donald MELNICK	<i>National Board of Medical Examiners Chicago (USA)</i>
Dr Charles SHAW	<i>Caspe Research Londres (UK)</i>
Mme Jane O'BRIEN	<i>Head of Standards and Ethic (GMC)</i>
Dr Jean Charles PASQUIER	<i>Université de Sherbroke (Canada)</i>
Mr Paul PHILIP	<i>Head of Fitness to Practice (GMC)</i>
Mme Amanda WATSON	<i>Head of Registration and Education Directorate (GMC)</i>
Mrs Mary WAKEFIELD	<i>University of North Dakota (USA)</i>
Mme Jessica WEAVER	<i>Policy analyst Registration and Education Directorate (GMC)</i>

REFERENCES

Nous avons assuré le suivi de publications sur ce thème depuis notre premier rapport. Nous avons, par ailleurs, interrogé principalement la base de données Medline pour les années 2003-2004-2005. Compte tenu de la complexité du thème, nous n'avons retenu dans la liste suivantes que les principales publications se rapportant directement au thème. Deux autres points méritent d'être soulignés :

- 1 nous n'avons pas énuméré tous les articles/toutes les lettres sur le sujet retrouvés dans la revue British Medical Journal, le lecteur du rapport devra s'y reporter dans la perspective d'une recherche exhaustive
- 2 en langue française, l'interrogation de la Banque de Données de Santé Publique (BDSP) nous a permis de ne retrouver pour 2005, qu'un nombre très limité d'articles/de rapports et nous ne mentionnerons ici que ceux qui ont un lien direct avec le sujet

Textes réglementaires

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel 1991 Aug 2.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel 2002 Mar 5;(54).

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel 2004 Aug 11;(185).

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel 2004 Aug 17;(190).

Loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les profession de santé et l'assurance maladie. Journal Officiel 1993 Jan 5;(3).

Ordonnance n°96-345 du 25 avril 1996 relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Journal Officiel 1996 Apr 25.

Décret n°99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales. Journal Officiel 2005 Dec 29;(301):19594

Décret n° 2003-1077 du 14 novembre relatif aux conseils nationaux et aux comité de coordination de la formation médicale continue prévus aux articles L. 4133-3 et L.6155-2 du code de la santé publique. Journal Officiel 2003 Nov 16;(265):19484.

Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. Journal Officiel 2005 Apr 15;(88).

Décret n°2005-840 du 20 juillet relatif à la sixième partie (Disposition règlementaires) du code de la santé publique modifiant certaines dispositions de ce code. Journal Officiel 2005 Jul 26.

Arrêté du 13 octobre 2005 fixant la composition du dossier à fournir à la commission compétente pour l'examen des demandes présentées par les personnes mentionnées aux articles L.4111-14-2 du code de la santé publique en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien. Journal Officiel 2005 Nov 1.

Code de santé publique. Art L4111-2. <http://www.legifrance.gouv.fr> 2006 Feb 8.

Code de santé publique. Art L6155-1. Formation continue. <http://www.legifrance.gouv.fr> 6 A.D. Feb 8.

Code de santé publique. Art L4133-1-1. Formation médicale continue. <http://www.legifrance.gouv.fr> 2006 Feb 7.

Code de santé publique. Art L1414-3-3. Certification et évaluation en santé. <http://www.legifrance.gouv.fr> 2006 Feb 8.

Code de santé publique. Art L4135-1. Accréditation de la qualité de la pratique professionnelle. <http://www.legifrance.gouv.fr> 2006 Feb 8.

Code de santé publique. Art L1142-2. Risques sanitaires résultants du fonctionnement du système de santé. <http://www.legifrance.gouv.fr> 2006 Feb 8.

Références

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. Principes méthodologiques. Paris: ANAES; 1996.

Armogathe J. Pour le développement de l'évaluation médicale. Rapport au ministre de la Solidarité de la Santé et de la Protection sociale. Paris: La Documentation Française; 1989.

Attali C, Bail P, Magnier A, Beis J, Collège National des Généralistes Enseignants x. Diplôme d'études spéciales (DES) : certifier la compétence des internes à exercer la médecine générale. Rev Prat 2005;9(708/709):1237-8.

Baker R. Audit and standards in new general practice. Br Med J 1991;303:32-3.

Baker R. Problem solving with audit in general practice. Br Med J 1990;300:378-80.

Baker R. Developing standards, criteria, and thresholds to assess fitness to practise. BMJ 2006 Jan 28;332(7535):230-2.

Bennett-Woods D. Health care ethics: a pedagogical goldmine. J Health Adm Educ 2005;22(2):159-69.

Borleffs J, ten cate T. Competency-based training for internal medicine. Neth J Med 2004;62(10):344-6.

Brennan TA. Recertification for Internists -- One "Grandfather's" Experience. N Engl J Med 2005 Nov 10;353(19):1989-92.

Brosseau L, Raynor P, Lungu C. Employers'expectations of knowledge and skills of master's trained industrial hygienists. J Occup Environ Hyg 2005;2(1):1-7.

Carr K. Innovations in midwifery education. J Midwifery Womens Health 2003;48(6):393-7.

Carraccio C, Englander R. Evaluating competence using a portfolio: a literature review and webBased application to the ACGME competencies. Teach Learn Med 2004;16(4):381-7.

Catto G. Improving professional competence--the way ahead? International Journal for Quality in Health Care 2003 Oct 1;15(5):375-6.

Cioffi J, Lichtveld M. Credentialing the public health workforce: an idea whose time has come. J Public Health Manag Pract 2003;9(6):451-8.

Collège National des Généralistes Enseignants x. Les compétences du médecin généraliste. Groupe de travail Certification. CNGE. Revue Exercer 2005 Sep;(74):94-5.

Conseil National de la FMC des médecins- biologistes-odontologistes et pharmaciens exerçant dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés participants au service public hospitalier (CNFMCH). Rapport du CNFMCH sur la formation médicale continue (FMC) des praticiens hospitaliers. Paris: Ministère de la Santé; 2005.

Cosby JJ. Portfolios for initial licensure. J Am Dent Assoc 2004;135(6):712-4.

Cox D, Buchbinder S. Educating future health care managers: meeting contemporary challenges. J Health Adm Educ 2005;22(2):145-58.

Crain B, Alston S, Bruch L, Hamilton R. Accreditation council for graduate medical education (ACGME) competencies in neuropathology training. J Neuropathol Exp Neurol 2005;64(4):273-9.

- Davis M, Harden R. Competency-based assessment : making it a reality. *Med Teach* 2003;25(6):565-8.
- Delzell J, McCall J, Modtling J, Rodney W. The University of Tennessee's accelerated family medicine residency program 1992-2002: an 11 years report. *Fam Med* 2005;37(3):178-83.
- Douglas P, Eckel R, Gray D, Loeb J. Coming together to achieve quality cardiovascular care. *J Am Coll Cardiol* 2006;47(1):266-7.
- Durocher A. L'évaluation des pratiques professionnelles : pourquoi s'y impliquer ? *Médecine Thérapeutique* 2005;11(4).
- Eliades T, Athanasiou A. Advanced orthodontic education: evolution of assessment criteria and methods to meet futur challenges. *Angle Orthod* 2005;75(2):147-54.
- Estes N, Conlee L, Debord-Smith A, Smith E. The value of using naive observers to assess resident ACGME competencies. *Curr Surg* 2004;61(6):629-35.
- Fiskin RA. The General Medical Council and the future of revalidation: Revalidation process would not pass appraisal. *BMJ* 2005 Jun 18;330(7505):1447-b.
- Foubister V. Training by the book. CS professionals need more than on-the-job training. *Mater Manag Health Care* 2003;12(5):28-31.
- Fullbrook P, Cockrell J. Education for outreach: development of an interprofessional MSc in critical care. *Nurs Crit Care* 2005;10(5):255-62.
- Golnik K. New mandate in resident education. *Ophthalmology* 2005;112(7):1323.
- Hammond D. More about licensure. *J Am Dent Assoc* 2004;135(6):717-8.
- Hatlestad D. Alternatives to mac and miller for managing the difficult airway. *Emerg Med Serv* 2003;32(11):61-5.
- Head J. Kathleen mears memorial lecture: educating the work force. *Am J Electroneurodiagnostic Technol* 2004;44(1):3-23.
- Hollender L, Académie Nationale de Médecine, Académie Nationale de Chirurgie. La chirurgie en France ; recommandations des Académies nationales de médecine et de chirurgie. *Bull Acad Natle Méd* 2005;189(6).
- Holleran R. Critical care education matrix revisited. *Air Med J* 2004;23(5):15-7.
- Horowitz S, Miller S, Miles P. Board certification and physician quality. *Medical Education* 2004;38:10-1.
- Johnson C, Barratt M. Continuity clinic preceptors and ACGME competencies. *Med Teach* 2005;27(5):463-7.
- Jones-Devitt S. HSJ people. Built to last. *Health Serv J* 2004;114(5917):26-7.
- Joyner B. An historical review of graduate medical education and a protocol of Accreditation Council for Graduate Medical Education compliance. *J Urol* 2004;172(1):34-9.
- Kissoon N. Clinical skills and caring professionals. *West Indian Med J* 2003;52(2):175-7.
- Kmietowicz Z. Revalidation in the UK. *BMJ* 2005 May 14;330(7500):1145.

- Kramer G, Neumann L. Conforming the validity of part II of the National Board Dental Examinations: a practice analysis. *J Dent Educ* 2003;67(12):1286-98.
- Krishnamurthy R, VandeCreek L, Kaslow N, Tazeau Y. Achieving competency in psychological assessment: directions for education training. *J Clin Psychol* 2004;60(7):725-39.
- Le Boeuf D, Matillon Y. De l'utilité de l'évaluation des compétences professionnelles en santé. *Soins Cadres* 2004;(50):25-8.
- Lee A, Carter K. Managing the new mandate in resident education: a blueprint for translating a national mandate into local compliance. *Ophthalmology* 2004;111(10):1807-12.
- Lewis M. Mechanisms and revalidation. *Brit j Gen Pract* 2005;55(77).
- Lipner RS, Bylsma WH, Arnold GK, Fortna GS, Tooker J, Cassel CK. Who Is Maintaining Certification in Internal Medicine--and Why? A National Survey 10 Years after Initial Certification. *Ann Intern Med* 2006 Jan 3;144(1):29-36.
- Magueres G. L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médicaux sociaux. Paris: Eyrolles; 2005.
- Maisonneuve H, Le Boeuf D, Matillon Y. Compétences des professionnels et qualité des soins aux Etats-Unis. *Concours Méd* 2003;125(34):1994-6.
- Marguet C, Young M, L'Esperance J, Tan Y. Hand assisted laparoscopic training for postgraduate urologists: the role of mentoring. *J Urol* 2004;172(1):286-9.
- Matillon Y, Le Boeuf D. Compétences et évolution des métiers. *Métiers de la santé. évaluation des compétences professionnelles. Essai d'analyse en France et sur le plan international. 34ème congrès de la Fédération internationale des hopitaux. Rev Hosp France* 2005;(505):56-9.
- Matillon Y, Le Boeuf D, Maisonneuve H. Defining and assessing competence of healthcare professionals. A survey of 148 organizations. *Presse Med* 2005;17(34):1703-9.
- Matillon Y, Le Boeuf D, Maisonneuve H. Defining and assessing the competence of health care professionals in France. *J Contin Educ Health Prof* 2005;25(4):290-6.
- Matillon Y. La démarche qualité un enjeu majeur pour le corps médical. De l'évaluation à la qualité en médecine. Table ronde du club CPA santé du 23 nov 2005. *CPA management* 2005 Dec;19-22.
- McKane C. Clinical objectives: a method to evaluate clinical performance in critical care orientation. *J Nurses Staff Dev* 2004;20(3):134-9.
- McNee P, Clarke D, Davies J. The teaching of clinical skills in the context of children's nursing: a UK survey. *J Child Health Care* 2006;9(3):208-21.
- Ministère de la Santé et des solidarités. Arrêté du 5 août 2005 portant ouverture des épreuves de vérification des connaissances mentionnées aux articles L4111-2 et L4221-12 du code de la santé publique, session 2005. Paris: 2005.
- Ministère de la santé et des solidarités, Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 21 juillet 2004 fixant les conditions de déroulement des épreuves de contrôle des connaissances pour les personnes françaises ou étrangères non titulaire du diplôme français d'Etat pour l'exercice de la profession de médecin, de chirurgien dentiste, de sage-femme et de pharmaciens. Paris: 2004.

- Mohr J, Randolph G, Laughon M, Schaff E. Integrating improvement competencies into residency education: a pilot project from a pediatric continuity clinic. *Ambul Pediatr* 2003;3(3):131-6.
- Moret-Bailly J. Organisation juridique des compétences des professions de santé. *In*: Matillon Y, editor. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Rapport de mission auprès Ministre de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche; Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Paris: 2003.
- Mossey P. The first five years dawn of a new era? *Br Dent J* 2003;194(7):350-1.
- Munck C, FDI Dental Practice Commission. Basic dental training. Recommended outcome (competences) of undergraduate training. *SADJ* 2005;60(1):28-9.
- Nelson S. Mandatory reflection the Canadian reconstitution of the competent nurse. *Nurse Inq* 2004;11(4):247-57.
- Nuovo J, Balsbaugh T, Barton S, Davidson E. Development of a diabetes care management curriculum in a family practice residency program. *Dis Manag* 2005;7(4):314-24.
- Pearce C. Corridor Teaching. Have you got a minute? *Aust Fam Physician* 2003;32(9):745-7.
- Poster E, Adams P, Clay C, Garcia B. The texas model of differentiated entry-level competencies of graduates of nursing programs. *Nurs Educ perspect* 2005;26(1):18-23.
- Pringle M. Making revalidation credible. *BMJ* 2005 Jun 25;330(7506):1515.
- Rios-Ellis B, Frates J. The latino healthcare professionals project : responding to the diverse needs of 21st century. *J Health Adm Educ* 2005;22(2):171-87.
- Scott P. Using continuing to gain skills to improve patient care. *Prof Nurse* 2003;18(8):476-7.
- Shaw C. Aspects of audit 4: acceptability of audit. *Br Med J* 1980;1443-6.
- Shaw C, Costain D. Guidelines for medical audit: seven principles. *Br Med J* 1989;299:498-9.
- Sérén D. Une structure de représentation nationale: le CNPI. *In* : La médecine interne en France. Ormans (F): CNPI; 2004. p. 72-4.
- Sigsby L. Perioperative clinical learning experiences. *AORN* 2004;80(3):476, 479-86, 489-90.
- Spruill J, Rozensky R, Stigall T, Vasquez M. Becoming a competent clinician: basic competencies in intervention. *J Clin Psychol* 2004;60(7):741-54.
- Steinbrook R. Renewing Board Certification. *N Engl J Med* 2005 Nov 10;353(19):1994-7.
- Tahan H. Certification helps CMs meet today's challenges skills, knowledge, competency enhanced. *Hosp Case Manag* 2005;13(2):22.
- Tanna V. Personnel view. Moving on from Shipman. *BMJ* 2005 Aug 13;331(7513):411.
- Torbeck L, Wrightson A. A method for defining competency-based promotion criteria for family medicine residents. *Acad Med* 2005;80(9):832-9.
- Vassiliou M, Feldman L, Andrew C, Bergman S. A global assessment tool for evaluation of intraoperative laparoscopic skills. *Am J Surg* 2005;190(1):107-13.

Wakeford R. Criteria, competencies, and confidence tricks. *BMJ* 2006 Jan 28;332(7535):233.

Wann S. Determination of Professional Competency in a Rapidly Changing Environment. *J Am Coll Cardiol* 2005 Dec 6;46(11):1996-8.

Watson A. The General Medical Council and the future of revalidation: GMC prepares to deliver notable improvements. *BMJ* 2005 Jun 18;330(7505):1446-b.

Weingart S, Tess A, Driver J, Aronson M. Creating a quality improvement elective for medical house officers. *J Gen intern Med* 2004;19(8):861-7.

Williams C, Hyer K, Kelly A, Leger-Krall S. Development of nurse competencies to improve dementia care. *Geriatr Nurs* 2005;26(2):98-105.

Yeager A. "Oversimplifying" licensure? *J Am Dent Assoc* 2004;135(6):715-6.

Sites Internet

American Board of Internal Medicine

<http://www.abim.org>

American Board of Medical Specialities

<http://www.abms.org>

American College of Cardiology

<http://www.acc.org>

American Heart Association

<http://www.americanheart.org>

American Hospital Association

<http://www.aha.org>

Bristol Royal Infirmary Inquiry

<http://www.bristol-inquiry.org.uk/>

Educational Commission for Foreign Medical Graduates

<http://www.ecfmg.org>

European Academy of Teachers in General Practice

<http://www.euract.org/html/index.shtml>

General Medical Council

<http://www.gmc-uk.org>

Joint Commission on Accreditation of HealthCare Organizations

<http://www.jcaho.org>

National Board of Medical Examiners

<http://www.nbme.org>

Royal College of general Practitioner

<http://www.rcgp.org.uk>

Shipman Inquiry

<http://www.the-shipman-inquiry.org.uk/home.asp>

United States Medical Licensing Examination

<http://www.usmle.org>

Wonca Europe

<http://www.woncaeurope.org>

Collège de Chirurgies Plastique Reconstructrice et Esthétique
<http://www.plasticiens.org>

Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs
<http://www.cfar.org>

Collège Français de Chirurgie Générale Viscérale et Digestive
<http://www.meditis.net/groupes/college/accueil/accueil.asp>

Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes et Traumatologues
<http://www.sofcot.com>

Collège Français de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
<http://www.sfctcv.net/pages/college.php>

Collège Français des Urologues
<http://www.urofrance.org>

Collège des Médecins Stomatologistes et Chirurgiens Maxillo-Faciaux de France
<http://www.collegesto.com/>

Collège National des Généralistes Enseignants
<http://www.cnge.fr/>

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
<http://www.cngof.asso.fr>

Collèges de Neuro chirurgie
http://www.unilim.fr/campus-neurochirurgie/pre_coll.php3

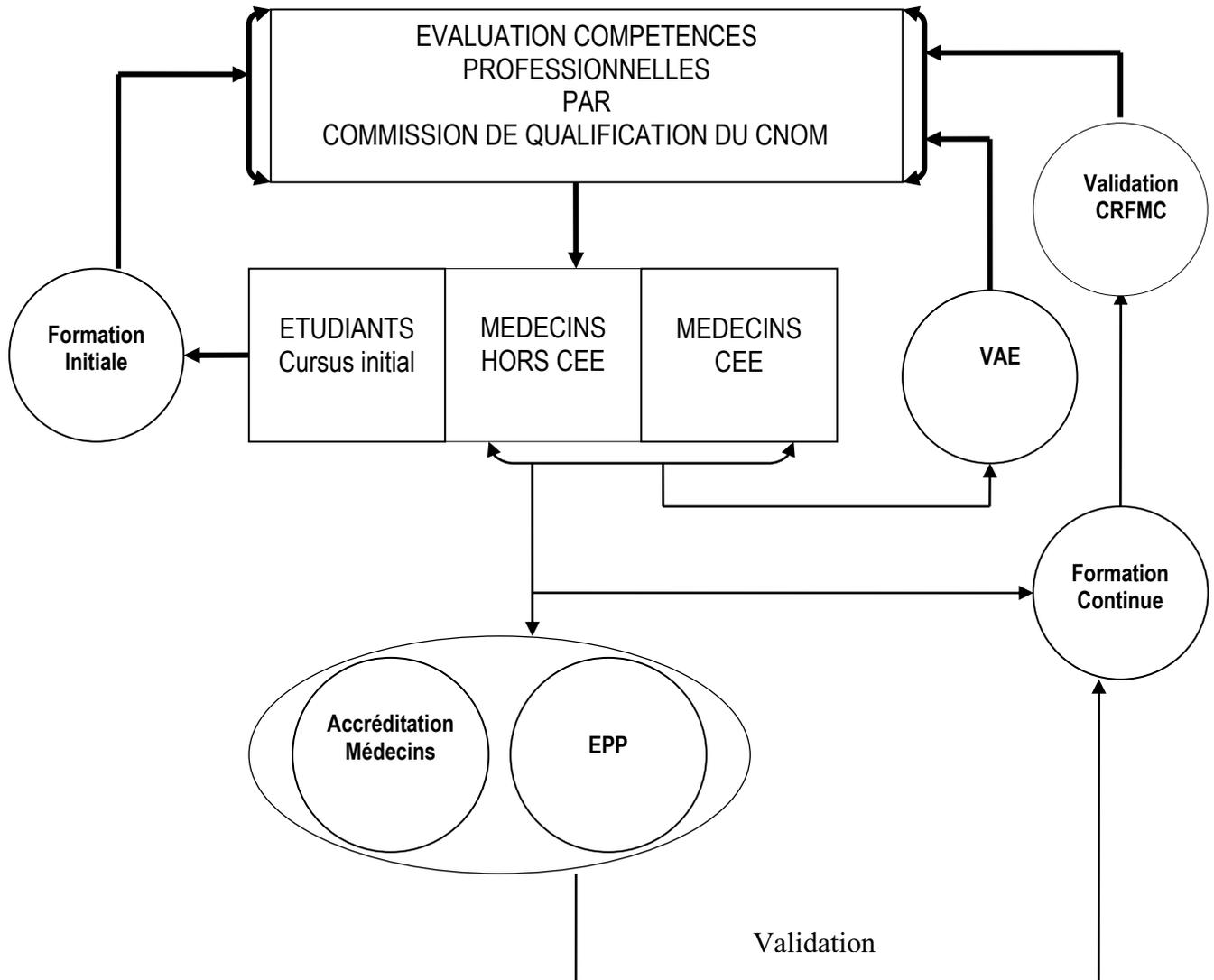
Fédération Française de Cardiologie
<http://www.fedecardio.com>

Gouvernement/Ministère de santé canadien
<http://www.hc-sc.gc.ca>

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)
<http://inami.fgov.be/homefr.htm>

Annexe 1 : évaluation des compétences schéma fonctionnel

EVALUATION DES COMPETENCES SCHEMA FONCTIONNEL



VAE : Validation d'acquis de l'expérience : changements de spécialités, passerelles
Nouvelle qualification / changement de qualification/réorientation

Annexe 2

European commissions leonardo da vinci programme, European Hematology association, European school of hematology, National societies of hematology. European hematology curriculum : passport holder (EUR102/CIFITH-84902). 2005

5C: EVIDENCE BASED MEDICINE / CRITICAL APPRAISAL

A doctor in training should have access to a computer with internet access. It is recommended that during training a doctor actively participates in a journal club, either locally or via the internet. The parts recommended below also include understanding of appropriate statistics. It is essential that a junior specialist can read and understand research data, and draw appropriate conclusions.

The trainee is able to:

	Awareness	Knowledge	Competence	Date	Name
a) use of computer and relevant applications	()	()	()		
b) use search engines to find information on the internet (medical libraries)	()	()	()		
c) understand the use of medical databases in clinical decision making from a single case point of view	()	()	()		
d) read scientific literature and critically evaluate information	()	()	()		
e) understand the principles of evidence based medicine	()	()	()		
f) comprehend the basic function of simple electronic databases	()	()	()		

5D: COMMUNICATION SKILLS

A trainee should demonstrate skills appropriate and necessary to provide professional communication. If available, we recommend participation in a training course.

The trainee is able to:

	Awareness	Knowledge	Competence	Date	Name
a) identify the principles of personnel management	()	()	()		
b) effectively communicate within a multi-disciplinary team	()	()	()		
c) communicate haematological diagnosis and treatment	()	()	()		
d) deal with strong emotions	()	()	()		
e) communicate with patients with different cultural backgrounds	()	()	()		
f) use patient- and doctor-centred communication techniques	()	()	()		
g) identify when involvement of psychosocial specialist resources are required.	()	()	()		
h) discuss with patients and their families changes in goals during the course of the disease	()	()	()		
i) offer support for the consequences of the various phases of the disease	()	()	()		

Annexe 3 : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité de Belgique.

Conditions auxquelles un médecin doit répondre pour acquérir et maintenir la qualité d'accrédité

1. Médecin bientôt agréé ou récemment agréé (généralistes et spécialistes)

1.1. Première demande

Les médecins (généralistes ou spécialistes) peuvent introduire leur demande d'accréditation provisoire à partir du jour de leur demande d'agrément jusque dans les trois mois qui suivent leur agrément.

Ils doivent être inscrits à un Groupe Local d'Evaluation médicale pour pouvoir envoyer la demande d'accréditation provisoire.

Ils introduisent la demande d'agrément auprès de la Commission d'agrément compétente du Service public fédéral Santé Publique. Ils introduisent la demande d'accréditation provisoire auprès du Service des soins de santé de l'INAMI, service des relations avec les médecins (voir [annexe 1](#)).

Le Groupe de direction de l'accréditation autorise le Service précité à accréditer les médecins qui ont introduit leur demande d'accréditation provisoire pour une période d'un an.

Si la demande d'accréditation a été introduite en même temps que la demande d'agrément, la période d'accréditation provisoire prend cours le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le Service a pris connaissance de la décision d'agrément du médecin par le Service public fédéral Santé publique (arrêté ministériel).

Si la demande d'accréditation provisoire a été introduite après la date d'agrément, l'accréditation prend cours le premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'accréditation provisoire.

1.2. Prolongation

Une prolongation de cette accréditation peut être obtenue à condition de remplir les critères exigés pour les médecins établis.

2. Médecins généralistes établis

2.1. Première demande

2.1.1. Demande

Le médecin généraliste introduit une demande d'accréditation au moyen des formulaires repris en annexe ([annexe 2A](#)- [annexe 2B](#)) par lesquels il déclare notamment :

- qu'il tient un dossier médical par patient et qu'il échange avec tout autre médecin, consulté par le patient et/ou qui le soigne, tous les éléments de ce dossier, qui sont utiles à l'établissement du diagnostic et du traitement ;
- qu'il exerce une activité principale en tant que médecin généraliste et qu'il assure la continuité effective des soins ;
- qu'il possède un seuil d'activité d'au moins 5 contacts par jour ouvrable en moyenne (consultations et visites) pendant l'année civile précédente (1.250 par an), exception faite pour les jeunes médecins dans leur 4 premières années de pratique ;
- qu'il n'a pas fait l'objet de remarques répétées sur la base des constatations de la commission compétente pour l'évaluation des profils médicaux. Ces constatations concernent la prescription et l'exécution de prestations diagnostiques et thérapeutiques selon les critères fixés par la commission ;
- qu'il prête son concours à des initiatives d'évaluation de la qualité, organisées par les pairs.

La demande reprend également le(s) lieu(x) et la durée de l'exercice de l'activité principale.

2.1.2. Formation continue

Pendant une période de référence de 12 mois, le médecin généraliste doit obtenir 200 unités de formation continue (UFC).

Dans les 200 UFC doivent être obligatoirement acquises 30 UFC en rubrique « éthique et économie » et deux participations au GLEM (voir 2.1.3.)

2.1.3. Peer review

Pendant la période de référence de 12 mois, le médecin doit participer à au moins deux réunions du GLEM (groupe local d'évaluation médicale « peer review ») auquel il est inscrit :

- 10 UFC sont octroyées par heure de participation avec un maximum de 20 UFC par réunion ; provisoirement, un minimum de 20 UFC doivent être réunies ;
- 80 UFC au maximum peuvent être utilisées par an ;
- Le responsable du GLEM attribue le doublement des UFC lorsque la réunion a répondu aux initiatives du Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ). Le maximum annuel pour les réunions de GLEM reste fixé à 80 UFC.

2.1.4. Durée

L'accréditation prend cours le premier jour du mois suivant l'approbation de la demande par le GDA et porte sur une durée de trois années.

2.2. Prolongation

2.2.1. Demande

Le médecin généraliste introduit une demande d'accréditation au moyen des formulaires repris en annexe ([annexe 2A](#) - [annexe 2B](#)) par lesquels il déclare notamment :

- qu'il tient un dossier médical par patient et qu'il échange avec tout autre médecin, consulté par le patient et/ou qui le soigne, tous les éléments de ce dossier, qui sont utiles à l'établissement du diagnostic et du traitement ;
- qu'il exerce une activité principale en tant que médecin généraliste et qu'il assure la continuité effective des soins ;
- qu'il possède un seuil d'activité d'au moins 5 contacts par jour ouvrable en moyenne (consultations et visites) pendant l'année civile précédente (1.250 par an), exception faite pour les jeunes médecins dans leur 4 premières années de pratique ;
- qu'il n'a pas fait l'objet de remarques répétées sur la base des constatations de la commission compétente pour l'évaluation des profils médicaux. Ces constatations concernent la prescription et l'exécution de prestations diagnostiques et thérapeutiques selon les critères fixés par la commission ;
- qu'il prête son concours à des initiatives d'évaluation de la qualité, organisées par les pairs.

La demande reprend également le(s) lieu(x) et la durée de l'exercice de l'activité principale.

La demande de prolongation doit être introduite auprès du GDA 2 mois avant l'expiration de la période d'accréditation en cours.

Le médecin doit avoir comptabilisé 600 UFC réparties équitablement pendant les 3 années.

Les UFC doivent être acquises pendant la période qui débute 2 mois avant la période d'accréditation en cours et qui s'achève 2 mois avant la fin de cette période.

2.2.2. Formation continue

Pendant une période de référence de 12 mois, le médecin généraliste doit obtenir 200 unités de formation continue (UFC).

Dans les 200 UFC doivent être obligatoirement acquises 30 UFC en rubrique « éthique et économie » et deux participations au GLEM (voir 2.2.3.).

2.2.3. Peer review

Pendant la période de référence de 12 mois, le médecin doit participer à au moins deux réunions du GLEM (groupe local d'évaluation médicale « peer review ») auquel il est inscrit :

- 10 UFC sont octroyées par heure de participation avec un maximum de 20 UFC par réunion ; provisoirement, un minimum de 20 UFC doivent être réunies ;
- 80 UFC au maximum peuvent être utilisées par an ;
- Le responsable du GLEM attribue le doublement des UFC lorsque la réunion a répondu aux initiatives du Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ). Le maximum annuel pour les réunions de GLEM reste fixé à 80 UFC.

2.2.4. Durée

L'accréditation prend cours le premier jour du mois suivant l'approbation de la demande par le GDA et porte sur une durée de trois années.

3. Médecins spécialistes établis

3.1. Première demande

3.1.1. Demande

Le médecin spécialiste introduit une demande d'accréditation au moyen des formulaires repris en annexe ([annexe 2A](#) - [annexe 2B](#)) par lesquels il déclare notamment :

- qu'il transmet au médecin généraliste consulté par le patient et/ou qui le soigne et échange avec lui toutes les données médicales utiles par dossier de patient en matière de diagnostic et de traitement ;
- qu'il prête son concours à des initiatives d'évaluation de la qualité, organisées par les pairs pour la discipline en question ;
- qu'il a atteint pour l'année civile précédente un seuil d'activité comme prévu pour sa spécialité (voir [annexe 3](#)) ;
- qu'il n'a pas fait l'objet de remarques répétées sur la base des constatations de la commission compétente pour l'évaluation des profils médicaux. Ces constatations concernent la prescription et l'exécution de prestations diagnostiques et thérapeutiques selon les critères fixés par la commission.

La demande reprend également le(s) lieu(x) et la durée de l'exercice de l'activité principale.

3.1.2. Formation continue

Pendant une période de référence de 12 mois, le médecin spécialiste doit obtenir 200 unités de formation continue (UFC).

Dans les 200 UFC doivent être obligatoirement acquises 30 UFC en rubrique « éthique et économie » et deux participations au GLEM (voir 3.1.3.).

3.1.3. Peer review

Pendant la période de référence de 12 mois, le médecin doit participer à au moins deux réunions du GLEM (groupe local d'évaluation médicale « peer review ») auquel il est inscrit :

- 10 UFC sont octroyées par heure de participation avec un maximum de 20 UFC par réunion ; provisoirement, un minimum de 20 UFC doivent être réunies ;
- 80 UFC au maximum peuvent être utilisées par an ;

- Le responsable du GLEM attribue le doublement des UFC lorsque la réunion a répondu aux initiatives du Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ). Le maximum annuel pour les réunions de GLEM reste fixé à 80 UFC.

3.1.4. Durée

L'accréditation prend cours le premier jour du mois suivant l'approbation de la demande par le GDA et porte sur une durée de trois années.

3.2. Prolongation

3.2.1. Demande

Le médecin spécialiste introduit une demande d'accréditation au moyen des formulaires repris en annexe ([annexe 2A](#) - [annexe 2B](#)) par lesquels il déclare notamment :

- qu'il transmet au médecin généraliste consulté par le patient et/ou qui le soigne et échange avec lui toutes les données médicales utiles par dossier de patient en matière de diagnostic et de traitement ;
- qu'il prête son concours à des initiatives d'évaluation de la qualité, organisées par les pairs pour la discipline en question ;
- qu'il a atteint pour l'année civile précédente un seuil d'activité comme prévu pour sa spécialité (voir [annexe 3](#)) ;
- qu'il n'a pas fait l'objet de remarques répétées sur la base des constatations de la commission compétente pour l'évaluation des profils médicaux. Ces constatations concernent la prescription et l'exécution de prestations diagnostiques et thérapeutiques selon les critères fixés par la commission.

La demande reprend également le(s) lieu(x) et la durée de l'exercice de l'activité principale.

La demande de prolongation doit être introduite auprès du GDA 2 mois avant l'expiration de la période d'accréditation en cours.

Le médecin doit avoir comptabilisé 600 UFC réparties équitablement pendant les 3 années.

Les UFC doivent être acquises pendant la période qui débute 2 mois avant la période d'accréditation en cours et qui s'achève 2 mois avant la fin de cette période.

3.2.2. Formation continue

Pendant une période de référence de 12 mois, le médecin spécialiste doit obtenir 200 unités de formation continue (UFC). Dans les 200 UFC doivent être obligatoirement acquises 30 UFC en rubrique « éthique et économie » et deux participations au GLEM (voir 3.2.3.).

3.2.3. Peer review

Pendant la période de référence de 12 mois, le médecin doit participer à au moins deux réunions du GLEM (groupe local d'évaluation médicale « peer review ») auquel il est inscrit :

- 10 UFC sont octroyées par heure de participation avec un maximum de 20 UFC par réunion ; provisoirement, un minimum de 20 UFC doivent être réunies ;
- 80 UFC au maximum peuvent être utilisées par an
- Le responsable du GLEM attribue le doublement des UFC lorsque la réunion a répondu aux initiatives du Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ). Le maximum annuel pour les réunions de GLEM reste fixé à 80 UFC.

3.2.4. Durée

L'accréditation prend cours le premier jour du mois suivant l'approbation de la demande par le GDA et porte sur une durée de trois années.

Annexe 4 : ABMS/ACGME General competencies : Definition for Internal Medicine

ABMS/ACGME GENERAL COMPETENCIES

Working Definitions for Internal Medicine

July 2001 - June 2002

These definitions have been developed collaboratively by the internal medicine community, presented at the APDIM Spring 2001 Meeting, and posted on the APDIM web site for comments during April through June 2001. They are a work-in-progress.

Patient Care: Residents are expected to provide patient care that is compassionate, appropriate and effective for the promotion of health, prevention of illness, treatment of disease and at the end of life.

- € Gather accurate, essential information from all sources, including medical interviews, physical examinations, medical records and diagnostic/therapeutic procedures
- € Make informed recommendations about preventive, diagnostic and therapeutic options and interventions that are based on clinical judgement, scientific evidence, and patient preference
- € Develop, negotiate and implement effective patient management plans and integration of patient care
- € Perform competently the diagnostic and therapeutic procedures considered essential to the practice of internal medicine

Medical Knowledge: Residents are expected to demonstrate knowledge of established and evolving biomedical, clinical and social sciences, and the application of their knowledge to patient care and the education of others.

- € Apply an open-minded, analytical approach to acquiring new knowledge
- € Access and critically evaluate current medical information and scientific evidence
- € Develop clinically applicable knowledge of the basic and clinical sciences that underlie the practice of internal medicine
- € Apply this knowledge to clinical problem-solving, clinical decision-making, and critical thinking

Practice-Based Learning and Improvement: Residents are expected to be able to use scientific evidence and methods to investigate, evaluate, and improve patient care practices.

- € Identify areas for improvement and implement strategies to enhance knowledge, skills, attitudes and processes of care
- € Analyze and evaluate practice experiences and implement strategies to continually improve the quality of patient practice
- € Develop and maintain a willingness to learn from errors and use errors to improve the system or processes of care
- € Use information technology or other available methodologies to access and manage information, support patient care decisions and enhance both patient and physician education

Interpersonal and Communication Skills: Residents are expected to demonstrate interpersonal and communication skills that enable them to establish and maintain professional relationships with patients, families, and other members of health care teams.

- € Provide effective and professional consultation to other physicians and health care professionals and sustain therapeutic and ethically sound professional relationships with patients, their families, and colleagues.
- € Use effective listening, nonverbal, questioning, and narrative skills to communicate with patients and families
- € Interact with consultants in a respectful, appropriate manner
- € Maintain comprehensive, timely, and legible medical records

Professionalism: Residents are expected to demonstrate behaviors that reflect a commitment to continuous professional development, ethical practice, an understanding and sensitivity to diversity and a responsible attitude toward their patients, their profession, and society

- € Demonstrate respect, compassion, integrity, and altruism in relationships with patients, families, and colleagues
- € Demonstrate sensitivity and responsiveness to the gender, age, culture, religion, sexual preference, socioeconomic status, beliefs, behaviors and disabilities of patients and professional colleagues
- € Adhere to principles of confidentiality, scientific/academic integrity, and informed consent
- € Recognize and identify deficiencies in peer performance

Systems-Based Practice: Residents are expected to demonstrate both an understanding of the contexts and systems in which health care is provided, and the ability to apply this knowledge to improve and optimize health care.

- € Understand, access and utilize the resources, providers and systems necessary to provide optimal care
- € Understand the limitations and opportunities inherent in various practice types and delivery systems, and develop strategies to optimize care for the individual patient
- € Apply evidence-based, cost-conscious strategies to prevention, diagnosis, and disease management
- € Collaborate with other members of the health care team to assist patients in dealing effectively with complex systems and to improve systematic processes of care

Annexe 5

L’AFFAIRE DE BRISTOL : LA REVALIDATION DES MEDECINS BRITANNIQUES

Extraits de la Préface de

« Learning from Bristol »

Ce rapport doit conduire à une meilleure compréhension de ce qui s’est produit à Bristol, dans le département de chirurgie cardiaque pédiatrique dans les années 1980 et 1990. Il y a eu des défaillances, à la fois sur le plan collectif, et sur le plan individuel. Des parents ont souffert de la perte d’un enfant, alors que cela n’aurait pas dû survenir. Ce fût une tragédie. Cette tragédie est née de souhaits et d’ambitions élevés, faisant intervenir des personnes investies considérablement dans leur travail. Les souhaits étaient trop élevés et les ambitions l’étaient tout autant. Bristol a simplement trop présumé de ses forces. Beaucoup de patients et d’enfants en ont bénéficié. Trop d’enfants n’en ont pas bénéficié. Trop d’enfants sont morts. /...../

A travers cette enquête, les procédures et l’enchaînement des faits deviennent compréhensibles./...../

Nous souhaiterions pouvoir être sur de croire que de tels faits ne se reproduiront pas. Nous ne pouvons pas en avoir l’assurance. A moins que les leçons ne soient apprises, cela peut certainement se reproduire, même si cela peut dépasser le cadre de la chirurgie cardiaque. Pour cela, nous avons pensé en tirer les leçons, et nous avons fait des recommandations pour le futur. Nous offrons cette perspective pour que le National Health Service en tire les conséquences pour le 21^{ème} siècle. Mais l’entreprise est considérable. Du temps et des ressources seront nécessaires pour conduire à des changements indispensables. Nous avons proposé près de 200 recommandations. Ce sont les recommandations de nous tous. Notre travail est fait. C’est aux autres de décider comment aller de l’avant.

Ian Kennedy Juillet 2001

Les 900000 pages du site internet dédié à l’enquête relative à l’affaire de Bristol¹ témoignent de la gravité « sociétale » d’une situation, qui a conduit à des décisions en matière de prévention des risques et de protection des personnes. Parmi les décisions, apparaît celle d’engager la communauté médicale dans un système de « revalidation » ou « recertification » périodique des compétences professionnelles de ses membres. Cette démarche, sera l’objet de nos analyses historiques et de la situation actuelle.

Historique de la régulation professionnelle au Royaume Uni

Le General Medical Council (GMC) est l’autorité britannique de régulation de la profession médicale.

Fondé au milieu du XIX^{ème} siècle, c’est en 1958 que le GMC tient son indépendance actuelle par un acte parlementaire de 1983 lui donnant le statut d’un corps indépendant (stand alone body) qui n’a pas l’obligation légale de rendre compte au gouvernement. Sa principale mission (l’enregistrement des médecins) est de réguler l’activité médicale, c’est-à-dire d’attribuer ou de suspendre le droit à exercer des médecins sur le territoire britannique. La gestion des effectifs, la promotion, au sein des hôpitaux notamment, et la répartition géographique des médecins relèvent de la compétence du National Health Service (NHS). Les quatre NHS (England, Wales, Scotland et Northern Ireland) sont dirigés par des Chief Medical Officers qui rapportent au ministre de la santé. Le GMC a récemment été mandaté par le Chief Medical Officer d’Angleterre pour une étude de l’évaluation des compétences des praticiens hospitaliers.

¹ www.bristol.inquiry.org.uk

Le General Medical Council, a connu de grandes difficultés au cours des deux dernières décennies. Il s'agissait d'une crise de confiance majeure, tant de la part du grand public qui constatait les difficultés de l'institution à assumer ses missions de régulation de la profession médicale, que des médecins eux-mêmes qui ne tendaient à ne plus voir dans le GMC qu'une structure obsolète et devenue inutile.

La crise a commencé à prendre toute son ampleur au début des années 90. En 1995 Sir Donald IRVINE est élu à la présidence du GMC avec pour principale mission de mener à bien la réforme de cette institution. Le sentiment –généralisé à l'époque- de la défaillance des autorités de régulation des professions de santé a été aggravé à la fin des années 1990 par le cas très médiatisés de médecins spécialistes ayant été convaincus de pratiques dangereuses, sans que, ni leur employeur, ni le GMC n'aient pu intervenir efficacement pour mettre fin à ces agissements.

L'urgence politique de redéfinir le rôle d'un GMC rénové a été très fortement accentuée par le développement d'une réflexion sur la sécurité des patients et sur la compétence des professionnels de santé. Sous l'impulsion de Sir Donald IRVINE, puis de son successeur à la tête du GMC, le Professeur Greame CATTO, tous deux convaincus de la nécessité de travailler à un nouveau professionnalisme de la profession médicale, le GMC s'est donc lancé dans une réflexion de fond sur l'exercice approprié de sa mission de régulation de la profession médicale. Ce travail, réalisé en concertation avec tous les acteurs du système de santé, a finalement porté ses fruits et aboutit sur plusieurs plans, notamment :

- J une réforme structurelle du GMC, de sa composition, de ses missions et de son mode de fonctionnement inscrite dans le Medical Act de décembre 2002 ;
- J l'élaboration d'une version modernisée et plus concrète des règles de déontologie médicale à travers le « guide de bonne pratique médicale », *Good Medical Practice*, qui fixe les règles que l'ensemble des médecins doivent respecter dans leur exercice quotidien ;
- J le recensement des procédures de contrôle de l'aptitude à exercer et de la bonne conduite des médecins ;
- J la révision de la procédure d'inscription des médecins sur le registre
- J la mise en place de nouveaux standards de qualité de formation et de procédures d'accréditation des facultés de médecine.
- J et enfin la mise en place d'un système de revalidation, tous les 5 ans de l'ensemble des médecins inscrits à son registre.

Le GMC a connu vers 1995 un sursaut d'activités et un renouveau d'image qui se sont accompagnés de la mise en place de recommandations relative à la bonne pratique médicale (Good Medical Practices) distribuées à tous les membres, du renouvellement des procédures d'évaluation (Fitness to practice). Par ailleurs, à un moment où le Royaume a fait savoir qu'il manquait de praticiens le GMC a dû, faire face à une augmentation importante des demandes d'enregistrement de médecins venant des pays de l'ancien Empire Britannique. Chaque année, le GMC enregistre environ 15000 médecins, dont 4500 formés au Royaume Uni, 1500 venant du reste de l'Europe et 9000 venant du reste du monde, essentiellement des Indes et d'Afrique (chiffres 2004).

Ce dynamisme récent ne peut cependant pas être décontextualisé des raisons sociétales qui ont stimulées puissamment cette évolution.

Les raisons de l'évolution actuelle

« L'histoire de l'infirmerie Royale de Bristol (Angleterre) n'est pas celle de personnes qui ne savaient pas soigner, qui auraient voulu nuire ou qui étaient de mauvais professionnels. Les acteurs étaient dévoués aux malades, motivés, et attentifs à la souffrance humaine.

Malheureusement, certains manquaient de perspicacité et leur comportement étaient inappropriés. La plupart n'ont pas communiqué entre eux et n'ont pas travaillé ensemble dans l'intérêt des patients. L'esprit, ainsi qu'un chef d'équipe faisaient défaut ». Ces phrases sont extraites d'un rapport d'enquête publique présenté au Parlement anglais sous le titre « Learning from Bristol ». Les faits rapportés par la commission d'enquête ne sont ni un jugement ni une accusation. Pour l'auteur de ce rapport, le Professeur Ian KENNEDY, ce qui s'est passé à Bristol peut se reproduire n'importe où dans le monde.....

Que s'est-il donc passé dans les hôpitaux de Bristol, gérés par le service national de santé anglais ? Quelles leçons pouvons-nous en tirer ?

Sans revenir sur l'ensemble de l'histoire de BRISTOL, celle-ci voit le jour avec la mort d'un enfant, le 12 janvier 1995, sur la table d'opération, alors que les cardiologues s'étaient opposés à l'indication opératoire. Une enquête locale fut diligentée et l'arrêt temporaire de la chirurgie cardiaque en attendant l'arrivée prévue d'un nouveau chirurgien. En 1998, le chirurgien cardiaque responsable du département et le directeur médical de l'hôpital étaient reconnus coupables de sérieuses négligences par le GMC. Le second chirurgien cardiaque n'était autorisé à continuer à opérer que des adultes. La décision de conduire une enquête publique a été décidée peu après, le 18 juin 1998 par le secrétaire d'Etat à la santé (Frank DOBSON).

La compétence professionnelle est une attente non négociable pour les patients. Les patients attendent franchise et honnêteté de la part des médecins en général, en ce qui concerne leur niveau de compétence et leur degré d'expertise. Des efforts sont faits par les collèges de spécialités chirurgicales pour améliorer la formation dans le domaine des compétences chirurgicales. Cependant, l'une des leçons de l'enquête de BRISTOL, est que la notion de compétence des médecins, infirmiers et gestionnaires ne recouvre pas uniquement des capacités scientifiques et techniques. Savoir communiquer avec les patients et entre collègues, connaître les principes et l'organisation du système de santé, être apte au management et au travail en équipe, associer les différentes catégories de personnels aux objectifs selon leur niveau d'apprentissage, mettre en œuvre des audits cliniques et accepter la rigueur de l'évaluation, sont des savoirs exigibles et pourtant sous-estimés des métiers de soins . La compétence n'est pas la mise en œuvre d'un acquis mais doit être entretenue aux différents stades de la vie professionnelle pour acquérir et développer de nouvelles capacités à un niveau approprié de compétence. En s'inspirant de l'expérience de BRISTOL, le General Medical Council a établi des standards pour les médecins et les méthodes pour s'assurer que ces standards étaient respectés. Il s'est engagé dans ce mécanisme de « revalidation » et /ou « recertification » périodique pour l'ensemble de médecin anglais.

Si l'affaire de BRISTOL est la plus « symbolique », d'autres situations ont été médiatisées. L'affaire AYLING, fut celle d'un gynécologue ayant eu des lieux d'exercice dans différents pays, sans que les autorités professionnelles ne communiquent entre elles à propos des ses insuffisances professionnelles. Cette histoire conduisait Christopher BULSTRODE (GMC) à proposer la création d'un Interpol medical ordinal...lors de sa conférence à Paris en juillet 2005.

L'affaire LEDWARD, est celle d'un autre chirurgien gynécologue au comportement « excentrique » illustrant la difficulté d'identification des ces comportements au sein de l'hôpital.

L'affaire Harold SHIPMAN , est aussi bien connue par le nombre de patients décédés, du fait d'utilisation de médicaments en fin de vie, à des doses léthales. Elle se double aussi du cas d'Anne GRIGG-BOOTH, pour les mêmes raisons. Le grand mérite des exposés publics en Grande Bretagne, est de trouver des solutions et des actions pour traiter les problèmes débattus publiquement.

Annexe 6

General Medical Council (GMC). Good medical practice: duties and responsibilities of doctors. London: GMC 2001

Good clinical care

Providing a good standard of practice and care

2. Good clinical care must include:

- € an adequate assessment of the patient's conditions, based on the history and symptoms and, if necessary, an appropriate examination;
- € providing or arranging investigations or treatment where necessary;
- € taking suitable and prompt action when necessary;
- € referring the patient to another practitioner, when indicated.

3. In providing care you must:

- € recognise and work within the limits of your professional competence;
- € be willing to consult colleagues;
- € be competent when making diagnoses and when giving or arranging treatment;
- € keep clear, accurate, legible and contemporaneous patient records which report the relevant clinical findings, the decisions made, the information given to patients and any drugs or other treatment prescribed;
- € keep colleagues well informed when sharing the care of patients;
- € provide the necessary care to alleviate pain and distress whether or not curative treatment is possible;
- € prescribe drugs or treatment, including repeat prescriptions, only where you have adequate knowledge of the patient's health and medical needs. You must not give or recommend to patients any investigation or treatment which you know is not in their best interests, nor withhold appropriate treatments or referral;
- € report adverse drug reactions as required under the relevant reporting scheme, and co-operate with requests for information from organisations monitoring the public health ;
- € make efficient use of the resources available to you.

4. If you have good reason to think that your ability to treat patients safely is seriously compromised by inadequate premises, equipment, or other resources, you should put the matter right, if that is possible. In all other cases you should draw the matter to the attention of your Trust, or other employing or contracting body. You should record your concerns and the steps you have taken to try to resolve them.

Decisions about access to medical care

5. The investigations or treatment you provide or arrange must be based on your clinical judgement of patients' needs and the likely effectiveness of the treatment. You must not allow your views about patients' lifestyle, culture, beliefs, race, colour, gender, sexuality, disability, age, or social or economic

Annexe 6

General Medical Council (GMC). Good medical practice: duties and responsibilities of doctors. London: GMC 2001

status, to prejudice the treatment you provide or arrange. You must not refuse or delay treatment because you believe that patients' actions have contributed to their condition.

6. If you feel that your beliefs might affect the advice or treatment you provide, you must explain this to patients, and tell them of their right to see another doctor.

7. You must try to give priority to the investigation and treatment of patients on the basis of clinical need. 8. You must not refuse to treat a patient because you may be putting yourself at risk. If patients pose a risk to your health or safety you should take reasonable steps to protect yourself before investigating their condition or providing treatment.

Treatment in emergencies

9. In an emergency, wherever it may arise, you must offer anyone at risk the assistance you could reasonably be expected to provide.

Maintaining good medical practice

Keeping up to date

10. You must keep your knowledge and skills up to date throughout your working life. In particular, you should take part regularly in educational activities which maintain and further develop your competence and performance.

11. Some parts of medical practice are governed by law or are regulated by other statutory bodies. You must observe and keep up to date with the laws and statutory codes of practice which affect your work.

Maintaining your performance

12. You must work with colleagues to monitor and maintain the quality of the care you provide and maintain a high awareness of patient safety. In particular, you must:

- € take part in regular and systematic medical and clinical audit, recording data honestly. Where necessary you must respond to the results of audit to improve your practice, for example by undertaking further training;
- € respond constructively to the outcome of reviews, assessments or appraisals of your performance;
- € take part in confidential enquiries and adverse event recognition and reporting to help reduce risk to patients;

Teaching and training, appraising and assessing

Making assessments and providing references

13. You must be honest and objective when appraising or assessing the performance of any doctor including those you have supervised or trained. Patients may be put at risk if you describe as competent someone who has not reached or maintained a satisfactory standard of practice.

14. You must provide only honest and justifiable comments when giving references for, or writing reports about, colleagues. When providing references you must include all relevant information which has any bearing on your colleague's competence, performance, and conduct.

Teaching and training

Annexe 6

General Medical Council (GMC). Good medical practice: duties and responsibilities of doctors. London: GMC 2001

15. You should be willing to contribute to the education of students or colleagues.

16. If you have responsibilities for teaching you must develop the skills, attitudes and practices of a competent teacher. You must also make sure that students and junior colleagues are properly supervised.

Relationships with patients

Obtaining consent

17. You must respect the right of patients to be fully involved in decisions about their care. Wherever possible, you must be satisfied, before you provide treatment or investigate a patient's condition, that the patient has understood what is proposed and why, any significant risks or side effects associated with it, and has given consent. You must follow the guidance in [Seeking Patients' Consent: The Ethical Considerations](#).

Respecting confidentiality

18. You must treat information about patients as confidential. If in exceptional circumstances there are good reasons why you should pass on information without a patient's consent, or against a patient's wishes, you must follow our guidance on [Confidentiality: Protecting and Providing Information](#) and be prepared to justify your decision to the patient, if appropriate, and to the GMC and the courts, if called on to do so.

Maintaining trust

19. Successful relationships between doctors and patients depend on trust. To establish and maintain that trust you must:

- € be polite, considerate and truthful;
- € respect patients' privacy and dignity;
- € respect the right of patients to decline to take part in teaching or research and ensure that their refusal does not adversely affect your relationship with them;
- € respect the right of patients to a second opinion;
- € be readily accessible to patients and colleagues when you are on duty.

20. You must not allow your personal relationships to undermine the trust which patients place in you. In particular, you must not use your professional position to establish or pursue a sexual or improper emotional relationship with a patient or someone close to them.

Good Communication

21. Good communication between patients and doctors is essential to effective care and relationships of trust. Good communication involves:

- € listening to patients and respecting their views and beliefs;
- € giving patients the information they ask for or need about their condition, its treatment and prognosis, in a way they can understand, including, for any drug you prescribe, information about any serious side effects and, where appropriate, dosage ;
- € sharing information with patients' partners, close relatives or carers, if they ask you to do so, having first obtained the

Annexe 6

General Medical Council (GMC). Good medical practice: duties and responsibilities of doctors. London: GMC 2001

patient's consent. When patients cannot give consent, you should share the information which those close to the patient need or want to know, except where you have reason to believe that the patient would object if able to do so.

22. If a patient under your care has suffered harm, through misadventure or for any other reason, you should act immediately to put matters right, if that is possible. You must explain fully and promptly to the patient what has happened and the likely long- and short-term effects. When appropriate you should offer an apology. If the patient is an adult who lacks capacity, the explanation should be given to a person with responsibility for the patient, or the patient's partner, close relative or a friend who has been involved in the care of the patient, unless you have reason to believe the patient would have objected to the disclosure. In the case of children the situation should be explained honestly to those with parental responsibility and to the child, if the child has the maturity to understand the issues.

23. If a child under your care has died you must explain, to the best of your knowledge, the reasons for, and the circumstances of, the death to those with parental responsibility. Similarly, if an adult patient has died, you should provide this information to the patient's partner, close relative or a friend who has been involved in the care of the patient, unless you have reason to believe that the patient would have objected.

Ending professional relationships with patients

24. Rarely, there may be circumstances, for example where a patient has been violent to you or a colleague, has stolen from the premises, or has persistently acted inconsiderately or unreasonably, in which the trust between you and the patient has been broken and you find it necessary to end a professional relationship with a patient. In such circumstances, you must be satisfied your decision is fair and does not contravene the guidance in paragraph 5; you must be prepared to justify your decision if called on to do so. You should not end relationships with patients solely because they have made a complaint about you or your team, or because of the financial impact of their care or treatment on your practice.

25. You should inform the patient, orally or in writing, why you have decided to end the professional relationship. You must also take steps to ensure that arrangements are made quickly for the continuing care of the patient, and hand over records to the patient's new doctors as soon as possible.

Dealing with problems in professional practice

Conduct or performance of colleagues

26. You must protect patients from risk of harm posed by another doctor's, or other health care professional's, conduct, performance or health, including problems arising from alcohol or other substance abuse. The safety of patients must come first at all times. Where there are serious concerns about a colleague's performance, health or conduct, it is essential that steps are taken without delay to investigate the concerns to establish whether they are well-founded, and to protect patients.

27. If you have grounds to believe that a doctor or other healthcare professional may be putting patients at risk, you must give an honest explanation of your concerns to an appropriate person from the employing authority, such as the medical director, nursing director or chief executive, or the director of public health, or an officer of your local medical committee, following any procedures set by the employer. If there are no appropriate local systems, or local systems cannot resolve the problem, and you remain concerned about the safety of patients, you should inform the relevant regulatory body. If you are not sure what to do, discuss your concerns with an impartial colleague or contact your defence body, a professional organisation or the GMC for advice.

Annexe 6

General Medical Council (GMC). Good medical practice: duties and responsibilities of doctors. London: GMC 2001

28. If you have management responsibilities you should ensure that mechanisms are in place through which colleagues can raise concerns about risks to patients. Further guidance is provided in [Management in Health Care: The Role of Doctors](#).

Complaints and formal inquiries

29. Patients who complain about the care or treatment they have received have a right to expect a prompt, open, constructive and honest response. This will include an explanation of what has happened, and where appropriate, an apology. You must not allow a patient's complaint to prejudice the care or treatment you provide or arrange for that patient.

30. You must co-operate fully with any formal inquiry into the treatment of a patient and with any complaints procedure which applies to your work. You must give, to those who are entitled to ask for it, any relevant information in connection with an investigation into your own, or another health care professional's, conduct, performance or health .

31. If you are suspended from a post, or have restrictions put on your practice because of concerns about your performance or conduct, you must inform any other organisations for whom you undertake work of a similar nature. You must also inform any patients you see independently of such organisations, if the treatment you provide is within the area of concern to which the suspension or restriction relates.

32. Similarly, you must assist the coroner or procurator fiscal, by responding to inquiries, and by offering all relevant information to an inquest or inquiry into a patient's death. Only where your evidence may lead to criminal proceedings being taken against you are you entitled to remain silent.

Indemnity insurance

33. In your own interests, and those of your patients, you must obtain adequate insurance or professional indemnity cover for any part of your practice not covered by an employer's indemnity scheme.

Annexe 7 : Royal College of Surgeons of England. Guidance for regional speciality advisers on approving job plans. London: RCSE. January 2005.



The Royal
College
of
Surgeons
of
England

Guidance for Regional Specialty Advisers on Approving Job Plans

January 2005

1. Introduction

The aim of this document is to provide guidance for regional specialty advisers on approving job plans for consultant surgeons.

The Department of Health document entitled *Job Planning. Standards of Best Practice* (April 2003), defines a consultant job plan as 'a prospective agreement that sets out a consultant's duties, responsibilities and objectives for the coming year.' The role of the regional specialty adviser in approving the job description and job plan is to ensure that the post contains a proper balance of clinical, academic, research and managerial activities whilst allowing time for teaching and training. The regional specialty adviser also considers the impact of the proposed post on the provision of services in the region.

We have produced a model job plan template which encompasses the categories of work defined in the new consultant contract:

- > direct clinical care
- > supporting professional activities
- > additional NHS responsibilities
- > external duties

The aim is that the job plan template could cover all types of posts. If one of the sections is not relevant it should be removed and some sections will be more heavily weighted depending on the type of post in question.

The document also includes supplementary advisory notes regarding emergency on-call commitments and split site working.

2. Job plan template for a consultant surgeon

To be filled in according to post

i. Direct clinical care

ACTIVITY	NUMBER OF PROGRAMMED ACTIVITIES (PAS) ALLOCATED	SUPPORTING SERVICES/RESOURCES REQUIRED
OUT-PATIENT CLINICS		
OPERATING LISTS		
ON-CALL		
WARD ROUNDS		
SPECIAL INTERESTS		
MULTIDISCIPLINARY MEETINGS		
PATIENT ADMINISTRATION		
TRAVELLING TIME BETWEEN HOSPITALS		
PREDICTIVE ON-CALL EMERGENCY WORKLOAD		

ii. Supporting professional activities (including training, teaching, academic and research)

ACTIVITY	NUMBER OF PROGRAMMED ACTIVITIES (PAS) ALLOCATED	SUPPORTING SERVICES/RESOURCES REQUIRED
TEACHING UNDERGRADUATES		PROTECTED/CONTRACTED TIME
POSTGRADUATE TEACHING		ALLOCATED TEACHING LISTS/CLINICS
STRUCTURED SPECIALIST TEACHING		
OTHER TEACHING INCLUDING OTHER TEAM MEMBERS		
ACADEMIC RESEARCH		RESEARCH RESOURCES
UNIVERSITY DEPARTMENT ADMINISTRATION		
OVERSEEING OF CLINICAL TRIALS		
CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT		CONTRACTED/PROTECTED TIME. STUDY LEAVE
CLINICAL GOVERNANCE		ADMINISTRATIVE AND SECRETARIAL SUPPORT EFFECTIVE IT FACILITIES
CLINICAL AUDIT, OUTCOME AND QUALITY ASSURANCE		ADMINISTRATIVE AND SECRETARIAL SUPPORT EFFECTIVE IT FACILITIES
MORTALITY AND MORBIDITY MEETINGS		
SUPPORTING PROVISION OF MEDICAL/CLINICAL ACTIVITIES		

Sections iii and iv cannot be agreed prospectively but after appointment and at subsequent job planning reviews. Allowance should be made for the activities in the boxes below.

iii. Additional professional responsibilities

ACTIVITY	NUMBER OF PROGRAMMED ACTIVITIES (PAS) ALLOCATED	SUPPORTING SERVICES/RESOURCES REQUIRED
DUTIES WITHIN THE WIDER NHS		
AACS		
TRAINING COMMITTEES		
EXAMINATIONS		
CALDICOTT GUARDIAN		
AUDIT OR CLINICAL GOVERNANCE LEAD		
OTHER ADDITIONAL RESPONSIBILITIES		

iv. Other duties

ACTIVITY	NUMBER OF PROGRAMMED ACTIVITIES (PAS) ALLOCATED	SUPPORTING SERVICES/RESOURCES REQUIRED
WORK FOR ROYAL COLLEGES		PROTECTED/CONTRACTED TIME
WORK FOR SPECIALIST SOCIETIES		ALLOCATED TEACHING LISTS/CLINICS

Within a full-time framework of 10 programmed activities (PAs), it has been agreed that a full-time consultant surgeon will normally devote on average 7.5 PAs per week to direct clinical care (DCCs) and 2.5 to supporting professional activities (SPAs).

3. Supplementary advisory notes

There is some difficulty in transferring the old concept of 'sessions' to the new 'programmed activities', particularly when different 'banding' arrangements occur for on-call commitments. In general terms, however, we have at this stage used the term interchangeably.

a. On-call commitments

> Hard-pressed specialties may have high on-call commitments. When approving job descriptions in these areas, it is important to note that every situation will be different and it will often depend on the good will of the Trust and those working in it. However, although the job description must only advertise 10 sessions, the Trust would be able to negotiate additional paid sessions with the successful candidate, if appropriate

> The day on-call commitments may be an opportunity for the consultant to fulfil his/her teaching/training responsibilities.

> When consultant surgeons in specialties with a high emergency workload are on-call they should be free of all other commitments, including private sector responsibilities, except for unforeseen emergencies or life threatening situations.

> On-call commitments are made up of three areas of work: ongoing care of wards, evaluation of new emergency patients in A&E and operating on surgical emergencies. As all three can occur simultaneously, adequate staffing for resident support in all three areas must be accounted for.

b. On-call cover arrangements

> Prospective cover arrangements need to be defined with the Trust in the job description. If requirements for cover clash with elective requirements then alternative arrangements should be made, ie adequately qualified locums.

> Recompense for additional out of hours on-call commitments to cover colleagues should be agreed in advance.

c. Workload

> The Trust should be expected to provide an indicator of workload and must review job plans periodically, taking into account changes in:

- o provision
- o work intensity
- o support staff and facilities
- o teaching, training and educational commitments
- o personal commitments

The age of the surgeon must also be taken into account.

> The regional specialty adviser should have evidence of and be satisfied that the intensity of work is acceptable, taking into account information on number of surgeons, emergency on-call commitments etc.

d. Strategic view of the Trust

The regional specialty adviser should not assess posts in isolation but should take account of the views of strategic health authorities as well as the professional views of the appropriate specialist association.

e. Split site working

Split site working does present problems, particularly when it involves more than one employer. In general, a flexible approach is advised, based on the principles outlined above. Travelling time between sites of work must also be accounted for.

f. Academic surgery

All job planning and appraisal for clinical academics should be done jointly between the Clinical Director and Dean of the Medical School. This is to ensure that there are no clashes with the dual responsibilities of clinical academics.

It has been recommended that clinical academic staff contract for five clinical PAs. This should equate to 3.75 direct clinical care and 1.25 supporting professional activity. The remaining 5 (or possibly 6) PAs should be devoted to academic activity.

4. Further reading

- > The College has produced a position paper on the new consultant contract. This can be found at: www.rcseng.ac.uk/services/publications/publications/index_html?pub_id=129
- > The Academy of Medical Royal Colleges has produced guidance on the new consultant contract and its implications for job plans. This can be found at: www.aomrc.org.uk/pdfs/jobplans.pdf
- > Specific advice for Neurosurgery can be found in the document *The Work of a Consultant Neurosurgeon. Guidance on Job Planning* published by Society of British Neurological Surgeons.

Mr Richard Collins
Chairman, AAC Working Party
December 2004

References

Department of Health. *Job Planning. Standards of Best Practice*. Department of Health: London; April 2003

Royal College of Physicians of London. *Consultant Physicians Working For Patients*. 2nd Edition. Royal College of Physicians of London: London; 2001

Department of Health. *Consultant Contract*. Department of Health: London: 2003

Academy of Medical Royal Colleges. *Guidance on the new consultant contract, and its implications for Job Plans (Programmed Activities)*. Academy of Medical Royal Colleges: London; March 2004

A Royal College of Surgeons of England. *Surgical Training and the New Consultant Contract. A Royal College of Surgeons of England Guidance Paper*: London; December 2003

Registered charity no 212808
Copyright of The Royal College of Surgeons of England
2005

Annexe 8 : Moret-Bailly J. Etude et comparaison les aspects réglementaires des qualifications médicales, d'une part pour le secteur libéral ambulatoire et d'autre part pour les médecins hospitaliers de la fonction publique hospitalière. Description des différents modes d'autorisation d'exercice en vigueur ainsi que leur impact (enjeux et risques) en termes de responsabilités juridiques. Université Jean Monnet, Saint-Etienne. Décembre 2005.

Sommaire

Sommaire	1
Résumé	3
La demande	9
1 Les règles relatives à l'obtention d'une qualification médicale	11
1.1 Les règles communes	11
1.1.1 La qualification résultat de l'obtention d'un diplôme	11
1.1.2 La qualification fondée sur la compétence	12
L'obtention originelle	12
Le changement de qualification	13
1.1.3 Les autorisations individuelles d'exercice accordées par le ministre de la santé	14
Les différents cas	14
Le cas des nationaux ou étrangers titulaire d'un diplôme reconnu par le ministre de l'enseignement supérieur	15
Procédure	15
Composition de la commission	15
Épreuves de vérification des connaissances	16
Portée de l'avis de la commission	17
Champ d'application	17
Arguments en faveur de l'autonomie de la procédure de l'article L. 4111-2 I relativement aux autres dispositions du Code	19
Arguments en défaveur de l'autonomie de la procédure de l'article L. 4111-2 I relativement aux autres dispositions du Code	19
Conclusion	23
1.2 Les règles particulières aux différents modes d'exercice	25
1.2.1 L'exercice libéral et la portée du principe de l'exercice exclusif	25
1.2.2 L'exercice comme agent public	26
Diversité des statuts et unité des recrutements en référence à la qualification	26
La difficile articulation des règles relatives à la qualification et des règles relatives à l'organisation hospitalière	27
Conclusion de la première partie	27
Synthèse	27
Vers une procédure de qualification unique ?	28
Les éléments de contrôle	28
Les savoirs	28
Les savoirs faire	28
L'inscription ordinale	29
L'organisation du contrôle	29
2 Les conséquences de la violation des règles de qualification médicale	31
2.1 Les responsabilités disciplinaires	31
2.2 Les responsabilités indemnitaires	34
2.2.1 La responsabilité administrative	34
Faute d'organisation et règles relatives à la qualification	35
Règles de qualification et pouvoir d'organisation du directeur d'un établissement hospitalier public	36
Les règles d'organisation relatives à la qualification des professionnels dans le cadre de l'accueil des urgences	40
2.2.2 La responsabilité civile	43
Responsabilité du professionnel et responsabilité de l'établissement de soins	43
Le professionnel exerçant à titre libéral	43
Le professionnel exerçant à titre salarié	44
Faute civile et qualification du professionnel	45
L'acte de soins	45
L'organisation des soins	46
2.3 La responsabilité pénale	47
2.3.1 Les professionnels	48
2.3.2 Les responsables de l'organisation des soins	49

Résumé

Les règles relatives à l'obtention d'une qualification médicale

Les systèmes de qualification

Il existe **trois systèmes** permettant à des professionnels d'obtenir une qualification.

Le premier, chronologiquement le plus ancien, et quantitativement majoritaire, réside dans l'obtention d'un **diplôme**, la qualification en résultant directement. Le rôle de **l'Université** est ici premier.

Le deuxième, d'une organisation récente, puisque datant de 2004, renvoie à la **compétence** des professionnels, soit dans le cadre de l'obtention originelle d'une qualification, soit dans celui d'un changement de qualification. Le rôle clé est ici tenu par les commissions de qualification organisées au sein de **l'Ordre**, dans le cadre desquelles l'université n'est qu'en position minoritaire.

Le troisième, exceptionnel, réside dans la possibilité, pour le **ministre** de la santé, d'accorder des **autorisations individuelles d'exercice**.

Le point crucial en ce qui concerne cette dernière modalité réside dans le champ d'application de la procédure de l'article L. 4111-2 I, qui permet le recrutement, au sein des hôpitaux publics, des « **médecins assistants généralistes** » ou « **médecins assistants spécialistes** ».

Les règles relatives à ces dernières autorisations doivent, comme toutes les règles juridiques organisant des exceptions à un principe, être interprétées strictement. Dans ce contexte, elles **ne font pas exception aux règles relatives à l'organisation des contrôles ordinaires** lors de l'inscription du professionnel au tableau et lors de l'exercice professionnel consécutif, notamment, en ce qui concerne la maîtrise de la langue française ou la moralité du professionnel.

En outre, l'une des difficultés liées à la procédure d'autorisation ministérielle d'exercice provient sans doute du fait que le terme « **autorisation d'exercice** » **pourrait amener à penser que celle-ci permet à un professionnel d'exercer régulièrement du simple fait de son obtention. Or, tel n'est pas le cas.**

La distinction entre la qualification et l'autorisation d'exercice.

L'autorisation d'exercice de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique ne permet de déroger qu'à deux des trois conditions posées par l'article L. 4111-1 : les conditions de nationalité et de qualification, mais à la condition de l'inscription du professionnel à l'Ordre. La procédure de l'article L. 4111-2 concerne, en effet, les personnes qui ne possèdent pas les diplômes nécessaires pour exercer les professions médicales sur le territoire national. **Le concours** déroge ainsi, dans son principe même, à la condition de nationalité. Il **permet à ses lauréats de se prévaloir devant les autorités professionnelles d'une « licence » d'exercice, qui équivaut à un diplôme, autrement dit qui permet de considérer comme remplie la condition de qualification** nécessaire à l'exercice régulier de la profession en cause.

L'ambiguïté provient sans doute du fait que les professionnels médecins concernés vont accomplir des actes médicaux dans les hôpitaux publics, durant un stage de trois ans. Cependant, **être temporairement autorisé à accomplir des actes médicaux sous le**

contrôle de médecin ne signifie pas que l'on soit médecin. Il s'agit même de la logique qui gouverne l'organisation des professions paramédicales, autorisées à exercer certains actes sous contrôle et sur prescription médicale¹.

Dans ce contexte, et pour une plus grande lisibilité du système, **l'autorisation d'exercice pourrait être renommée**, en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes et les sages femmes « **qualification ministérielle** ».

Elle pourrait être renommée, en ce qui concerne les médecins « **autorisation temporaire d'exercer les fonctions de médecin attaché...** », les professionnels pouvant, à l'issue du stage de trois ans, obtenir leur « **qualification ministérielle** ».

Vers une procédure de qualification unique ?

Il existe, **actuellement, trois possibilités d'obtention d'une qualification** : le diplôme, la reconnaissance d'une compétence équivalente au diplôme (nouvelle procédure d'autorisation, NPA), et l'autorisation d'exercice délivrée par le ministre de la santé. **Ces trois modalités d'évaluation du savoir et/ou du savoir-faire du professionnel aboutissent à un résultat unique : la qualification.** Néanmoins, chacune a sa logique propre qui obéit à ses objectifs. Il est, cependant, concevable de les rapprocher, en lien avec une logique de contrôle des savoirs et des compétences professionnelles.

Les éléments de contrôle

Les savoirs

Chacune de ces procédures nécessite, en effet, la maîtrise d'un certain nombre de connaissances : la remarque relève de l'évidence en ce qui concerne la condition du diplôme, relevant de l'Université ; elle est expressément prévue dans le cadre de la nouvelle procédure d'autorisation, puisque le professionnel, pour obtenir la qualification, doit disposer de connaissances équivalentes à un troisième cycle universitaire ; elle est organisée dans le cadre du concours, en ce qui concerne la procédure de l'autorisation ministérielle.

Les savoirs faire

Là encore, les différentes voies d'accès à la qualification nécessitent l'obtention d'un certain nombre de savoirs faire par les professionnels.

L'une des spécificités des études médicales par rapport à l'enseignement universitaire « traditionnel » réside dans l'importance considérable donnée à la pratique des actes professionnels ; la nouvelle procédure d'autorisation est destinée, notamment, à vérifier les « compétences » des impétrants, le terme renvoyant, entre autres, à leur savoir-faire. La procédure ministérielle d'autorisation nécessite, en ce qui concerne les médecins, un stage de trois années au sein d'un service habilité à recevoir des internes, en plus d'une épreuve « pratique » pour réussir le concours. En ce qui concerne la même procédure, mais relativement aux chirurgiens-dentistes et aux sages femmes, le concours contient une épreuve « pratique ».

¹ Cf. J. Moret-Bailly, L'organisation juridique des compétences professions de santé, in, Y. Matillon, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, Rapport remis au ministre de la Jeunesse, de l'Éducation et de la Recherche, et au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées*, 2003, 57-87.

L'inscription ordinale

Quelle que soit la manière dont la qualification a été obtenue, l'inscription à l'Ordre est une condition nécessaire à l'exercice régulier de la profession concernée.

L'organisation du contrôle

La question de l'inscription ordinale ne pose pas de difficulté. Elle doit rester telle qu'elle existe, puisque elle permet subséquemment l'application de la déontologie et des contrôles professionnels postérieurs.

En revanche, **si les procédures de qualification devaient être unifiées, plusieurs solutions** peuvent être envisagées.

- ⊘ Soit **la priorité est donnée au savoir**, condition nécessaire à l'exercice de la profession, et la collation de la qualification devient l'apanage de l'**Université**, même après la fin des études (NPA) ou dans les cas couverts par la « qualification ministérielle ». Cette logique n'est pas aberrante puisqu'elle correspond à l'obtention actuelle, et majoritaire, de la qualification par le diplôme. En effet, en ce qui concerne la condition du diplôme, l'ordre ne peut contester la sanction universitaire, et doit se contenter « d'enregistrer » la qualification apportée par le diplôme.
- ⊘ Soit l'on estime que **les représentants des différentes institutions doivent participer** à la « nouvelle procédure de qualification », et il s'agit d'organiser une **instance ad hoc** dans laquelle sont présents des universitaires, des représentants de l'Ordre professionnel et des représentants de l'Administration, compétente pour décider de la qualification quel que soient le contexte dans lequel celle-ci est demandée.

Conclusions

1) Il existe **trois systèmes** permettant à des professionnels d'obtenir une qualification : le **diplôme**, la qualification en résultant directement; la **compétence** reconnue par les instances professionnelles; l'**autorisation individuelle d'exercice** délivrée par le ministre.

2) L'autorisation individuelle **permet de se prévaloir devant les autorités professionnelles d'une « licence » d'exercice, qui équivaut à un diplôme.** Elle pourrait être **renommée, en ce qui concerne les médecins « autorisation temporaire d'exercer les fonctions de médecin attaché... », les professionnels pouvant, à l'issue du stage de trois ans, obtenir leur « qualification ministérielle ».**

3) La reconnaissance d'une **qualification renvoie**, quelle que soit la voie envisagée, à la démonstration **d'un savoir et d'un savoir-faire** par le professionnel concerné. Les **procédures** d'obtention des qualifications peuvent donc **éventuellement être unifiées.**

Les conséquences de la violation des règles de qualification médicale

Les **décisions des différentes institutions disciplinaires** sont essentiellement appelées à se fonder sur les règles relatives à l'exercice des professions, dont le règlement de qualification de la profession médicale et les règles de déontologie, ces dernières étant porteuses d'une logique de la compétence plutôt qu'une logique de la qualification. Or, d'un point de vue technique, en cas d'opposition entre le règlement de qualification et le Code de déontologie, c'est bien la règle de déontologie qui s'applique, de préférence au règlement de qualification. En outre, **les acteurs sociaux chargés de la répression disciplinaire, essentiellement membres des professions concernées, auront sans doute tendance à raisonner en fonction des impératifs déontologiques**, qui mettent au premier rang une autorégulation de la profession (voire une autorégulation individuelle, puisque le professionnel évalue lui-même la situation), plutôt qu'une hétérorégulation issue du règlement de qualification. **Ceux-ci pourront, cependant, considérer que la qualification donne un indice certain de la compétence du professionnel dont l'action est jugée.**

En ce qui concerne **les responsabilités indemnitaires**, il est nécessaire de distinguer entre l'évaluation des gestes techniques et l'organisation des soins.

En ce qui concerne **les gestes techniques des professionnels, les juges se fondent essentiellement pour vérifier leur caractère ou non fautif sur leur conformité aux règles de l'art, c'est à dire au savoir faire du professionnel.** On se trouve ici pleinement dans une logique de la compétence. Ceci dit, la qualification du professionnel dont le geste est évalué constituera évidemment un indice de sa compétence, et l'intervention en dehors du champ de sa qualification pourra être considérée comme une imprudence.

Dans ce contexte, il semble nécessaire de souligner que c'est essentiellement une normativité professionnelle - et notamment les règles de l'art - qui guide le juge dans son opération de caractérisation de la faute. L'accord des acteurs sociaux sur les instruments d'évaluation et de mesure de l'activité professionnelle (compétences requises pour exercer la profession, règles de l'art ou encore normes résultant de conférences de consensus) est donc d'une grande importance quant à l'anticipation des décisions à venir.

En ce qui concerne l'engagement éventuel d'une responsabilité indemnitaire en lien avec **l'organisation des activités de soins, les règles relatives à la qualification prennent, en revanche, toute leur importance** : les juges administratifs ou judiciaire retiennent soit la faute dans l'organisation des services (dans un cadre public), soit l'irrespect d'une obligation contractuelle (dans le cadre du contrat qui lie le patient et la clinique), dès lors que les règles juridiques relatives aux qualifications ne sont pas respectées dans la dispensation des soins².

En ce qui concerne la **responsabilité pénale**, la responsabilité des **professionnels** accomplissant des gestes techniques sera évaluée **in concreto, c'est-à-dire en considération des faits de l'espèce**, et en lien avec les circonstances réelles de la survenue de l'atteinte à l'intégrité corporelle ou à la vie, et notamment **en fonction de la «compétence» du professionnel.**

La responsabilité des **personnes organisant les activités** est, quant à elle, plus difficile à engager que celle des auteurs directs, puisqu'une **faute caractérisée**, démontrant un

² Encore est-il nécessaire de préciser que, pour qu'une responsabilité soit engagée, ses autres conditions soient réunies, c'est-à-dire que le préjudice résultant du manquement aux règles de qualification ait été causé par la faute.

mépris constant des valeurs en cause se reflétant dans l'organisation analysée doit être démontrée.

La responsabilité des **personnes morales** doit, en revanche, être **appréciée plus objectivement** ; elle est donc, moins difficile à engager.

On peut en conclure que la responsabilité pénale résultant des conséquences éventuelles de l'irrespect des règles relatives aux qualifications des professionnels pèse essentiellement sur les personnes morales sous l'égide desquelles sont dispensés les actes de soins. Cependant, du fait de l'évaluation *in concreto* des fautes en la matière, les circonstances de fait prennent une importance permettant d'imaginer nombre de configurations dans la distribution des responsabilités au sein des différentes espèces.

Conclusions

1) **L'évaluation des gestes techniques des professionnels s'effectue en référence aux normes gouvernant la qualité de leur exercice médical spécifique et de leurs pratiques.** Il est donc essentiel pour l'ensemble des acteurs de trouver un accord en ce qui les concerne. Outre l'intérêt intrinsèque d'une réflexion collective d'un groupe quant aux compétences requises pour exercer la spécialité médicale prise en compte et à ses pratiques, ces normes anticiperont, en termes de responsabilité, l'évaluation des fautes par les juges chargés d'évaluer les activités concernées.

2) En ce qui concerne les personnes morales, c'est-à-dire les **établissements de santé**, l'engagement de la responsabilité renvoie également au respect des règles d'organisation de la dispensation des soins. Dans ce contexte, **les règles de qualification constituent des éléments objectifs de qualification des fautes, l'existence de ces dernières étant déduite de l'irrespect des premières.**

3) En tout état de cause, **aucune action en responsabilité ne saurait prospérer relativement à un geste technique « consciencieux, attentif, et conforme aux données acquises de la science », ou relative à une organisation collective qui respecte les règles de qualification des professionnels chargés de dispenser des soins.**

La demande

Par courrier du 31 août 2005, M. le Professeur Matillon nous a demandé

- 1/ D'étudier et de comparer les aspects réglementaires des qualifications médicales, d'une part pour le secteur libéral/ambulatoire et d'autre part pour les médecins hospitaliers de la fonction publique hospitalière
- 2/ De décrire les différents modes d'autorisation d'exercice en vigueur ainsi que leur impact (enjeux et risques) en terme de responsabilités juridiques.

Ces deux questions peuvent, dans un premier temps, apparaître comme tout à fait distinctes. Les règles relatives aux qualifications médicales constituent, en effet, des règles d'organisation *a priori* des activités professionnelles ; les règles de responsabilité interviennent, quant à elle, nécessairement *a posteriori*, c'est-à-dire après que le « fait générateur » de la responsabilité soit intervenu.

Les deux types de règles entretiennent, cependant, un certain nombre de liens. Notamment, dans le domaine de l'exercice des professions de santé (y compris dans le cadre d'un exercice au sein d'un établissement), les différentes responsabilités des acteurs seront systématiquement évaluées en recherchant si ceux-ci ont commis une « faute ». Or, cette dernière peut être sommairement définie comme un comportement s'écartant de manière significative d'une norme ; la question rebondit alors sur la norme pertinente pour évaluer la situation en cause.

D'une manière générale la norme dont il s'agit réside dans une règle juridique au rang desquelles s'inscrivent les règles relatives aux qualifications. Si, toutefois, une telle règle n'existe pas, le comportement éventuellement fautif sera évalué à l'aide d'une autre norme, notamment une norme professionnelle et particulièrement, dans le domaine sanitaire, les « règles de l'art » des professionnels concernés. Dans cette perspective, la question des responsabilités des professionnels est intimement liée aux normes non juridiques de comportement en vigueur dans le champ concerné. Or, on connaît les enjeux actuels portés par les réflexions relatives à la compétence des professionnels de santé³. Plus précisément, si des « référentiels de compétence » devaient être élaborés, ils constitueraient sans doute les normes de référence que les acteurs sociaux utiliseraient pour évaluer les activités concernées, non seulement dans des pratiques destinées explicitement à l'évaluation ou à l'enseignement, mais également en termes de responsabilité. On peut donc mesurer l'importance d'une telle démarche. On peut souligner, en outre, que l'accord des acteurs d'un secteur social donné sur une norme de référence est un gage de sécurité pour tous, puisque la connaissance de la norme permettra l'anticipation des évaluations de l'action⁴.

Il n'en reste pas moins que les deux questions posées renvoient à des corps de règles différents, chacun étant gouverné par sa logique propre. Nous présenterons donc, tout d'abord, les règles relatives à l'obtention d'une qualification (1), pour analyser, ensuite, les conséquences de la violation des règles de qualification en termes de responsabilité (2).

³ Y. Matillon, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, Rapport remis au ministre de la santé et au ministre de l'éducation nationale, 2003.

⁴ On sait, notamment, que les règles de responsabilité peuvent avoir un impact sur les comportements des acteurs qui, voulant éviter une éventuelle mise en cause, vont utiliser ces règles en dehors des contentieux de responsabilité, dans une logique d'organisation de leur activité.

1 Les règles relatives à l'obtention d'une qualification médicale

Les règles relatives à l'obtention d'une qualification diffèrent selon leur portée. Les unes concernent l'ensemble des professionnels (1.2) ; les autres sont particulières aux différents modes d'exercice professionnel (1.1).

1.1 Les règles communes

Il existe, aujourd'hui, en France, trois manières d'obtenir une qualification médicale. La première manière, la plus ancienne⁵, réside dans l'obtention d'un diplôme ; la deuxième, organisée en 2004 réside dans la reconnaissance d'une qualification du fait des compétences du professionnel ; la troisième, enfin, réside dans l'obtention d'une autorisation individuelle d'exercice d'une profession émanant du ministre de la santé. Nous étudions successivement ces trois modalités d'obtention de la qualification.

1.1.1 La qualification résultat de l'obtention d'un diplôme

Selon l'article premier de l'arrêté du 30 juin 2004, portant règlement de qualification des médecins, « sont reconnus qualifiés les médecins qui possèdent l'un des documents suivants : 1. Le diplôme d'études spécialisées ; 2. Le diplôme d'études spécialisées complémentaire, dit du groupe II qualifiant ; 3. Le document annexé au diplôme de docteur en médecine sur lequel il est fait état de la qualification en médecine générale ». Ces trois modalités de qualification correspondent à l'organisation actuelle des diplômes de troisième cycle⁶. Le texte fait, en outre, référence à l'organisation ancienne, en reconnaissant également qualifiés les médecins qui possèdent « 4. Le certificat d'études spéciales ; 5. La décision de qualification en médecine générale prononcée par le Conseil national de l'Ordre des médecins pour les médecins ayant obtenu le diplôme d'Etat de docteur en médecine avant le 1er janvier 1995 ».

Il faut souligner, dans ce contexte, que le conseil de l'Ordre ne possède pas de marge d'appréciation quant à la reconnaissance de la qualification d'un professionnel. Celle-ci est, en effet, subordonnée à l'obtention d'un diplôme ; or, les diplômes sont colligés par l'Université.

⁵ Depuis l'organisation légale de la profession médicale en 1803.

⁶ Cf. notre étude précédente, *L'organisation juridique des qualifications médicales*, Mission évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, novembre 2004.

Rappelons que, selon l'article premier du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, « peuvent accéder au troisième cycle des études médicales : - les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales en France » (sous réserve d'exceptions prévues ensuite). Selon l'article deux du même texte, en outre, « les étudiants de troisième cycle des études médicales s'inscrivent chaque année dans une université comportant une unité de formation et de recherche médicale », signant, dans la logique du système, le caractère essentiellement universitaire de la formation, quelle que soit l'importance des institutions (notamment les hôpitaux) dans lesquelles se déroulent effectivement les stages, éléments centraux de la formation. Dans ce contexte, le décret du 16 janvier 2004 définit, les « disciplines de troisième cycle », dans le cadre desquelles s'inscriront des « diplômes d'études spécialisées » (D.E.S.) ainsi que des « diplômes d'études spécialisées complémentaires » (D.E.S.C.). Dans ce contexte, un élément important de la formation, également organisé par la loi, réside dans les stages. L'organisation pédagogique des diplômes de troisième cycle s'appuie, enfin, sur une organisation géographique particulière, l'interrégion, du fait des spécificités matérielles de l'organisation des stages, en lien avec les Centres hospitaliers universitaires (C.H.U.).

1.1.2 La qualification fondée sur la compétence

Jusqu'au décret n°2004-252 du 19 mars 2004, relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste, la qualification obtenue en fin d'études valait pour l'ensemble de la carrière du professionnel. Depuis l'entrée en vigueur de ce décret, les médecins « peuvent obtenir une qualification de spécialiste différente de la qualification de généraliste ou de spécialiste qui leur a été initialement reconnue ». Il est donc aujourd'hui nécessaire de séparer l'obtention originelle d'une qualification du changement de qualification.

L'obtention originelle

Le règlement de qualification permet à un médecin d'obtenir une qualification du fait de ses compétences. Le dernier alinéa de son article 1er prévoit, en effet, que : « A défaut de la possession des diplômes ci-dessus mentionnés, sont prises en considération les formations et l'expérience dont se prévaut l'intéressé. Celles-ci seront appréciées dans les conditions prévues aux articles 2 à 8 du présent règlement ». Le décret du 19 mars 2004 fixe les bornes en la matière puisqu'il prévoit, dans son article 3, que « pour obtenir cette qualification de spécialiste, le médecin doit justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées ou du diplôme d'études spécialisées complémentaire de la spécialité sollicitée ».

Cette possibilité est tout à fait remarquable en ce qu'elle renvoie, en rupture avec l'organisation traditionnelle de l'octroi des spécialités, non à la possession d'un diplôme, mais à la formation, et surtout à l'expérience dont se prévaut l'intéressé, qui lui assurent des « compétences ». Si l'accès à la qualification dans le cadre de cet article restera sans doute quantitativement marginal comparé à la voie du diplôme, sa seule existence permet d'introduire une logique de la compétence là où ne régnait, jusqu'au 30 juin 2004 que la seule « logique de la qualification ». Cette évolution réglementaire doit sans doute être rapprochée de l'évolution du rôle de l'Ordre des médecins du fait de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, dite loi « démocratie sanitaire », puisque celui-ci se trouve investi, depuis cette loi, de la mission de veiller au maintien de la compétence des professionnels. Selon l'article L. 4121-2 alinéa 2 du Code de la santé publique, en effet, « l'Ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité, *de compétence* et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1 »⁷.

Du point de vue de la procédure, l'article 2 du décret du 19 mars 2004 prévoit que « l'obtention de la qualification de spécialiste, mentionnée à l'article 1er, relève de la compétence de l'Ordre national des médecins. Les décisions sont prises par le conseil départemental de l'Ordre après avis d'une commission de qualification constituée par spécialité. Ces décisions sont susceptibles d'appel devant le conseil national, qui statue après avis d'une commission de qualification constituée par spécialité auprès de lui ». L'arrêté du 30 juin 2004 applique cette disposition. La composition des commissions de qualification, dont les membres sont nommés « par arrêté du ministre chargé de la santé

⁷ C'est nous qui soulignons.

pour une durée de cinq ans »⁸ obéit aux règles suivantes :

« un président, médecin qualifié dans la discipline intéressée et professeur des universités-praticien hospitalier ou, pour la commission de qualification en médecine générale, enseignant associé en médecine générale.

Ce médecin est proposé à la désignation du ministre de la santé par le ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

Quatre médecins qualifiés dans la discipline intéressée, dont deux proposés par le Conseil national de l'Ordre des médecins et deux proposés par le ou les syndicats nationaux les plus représentatifs de la discipline intéressée ou, à défaut, par le ou les syndicats médicaux nationaux les plus représentatifs »⁹.

Soulignons, à titre procédural, que selon l'article 3 de l'arrêté, « les conclusions de la commission compétente sont contenues dans la rédaction d'un *avis motivé* signé par son président ou le président de séance. Cet avis est adressé au conseil départemental de l'Ordre intéressé ». La même obligation de motivation est attachée à la décision du conseil départemental s'il ne suit pas l'avis de la commission de qualification. L'article 5 de l'arrêté prévoit, en effet, que « lorsque le conseil départemental estime par une délibération motivée ne pas devoir suivre l'avis de la commission de qualification, il doit, dans le délai de deux mois qui suit l'envoi de l'avis de la commission compétente, transmettre, avec le procès-verbal de la délibération précitée, le dossier au Conseil national et en aviser en même temps l'intéressé ».

Le professionnel dont la demande de qualification n'est pas acceptée dispose d'un recours devant une commission nationale, avec les mêmes garanties procédurales (articles 6 à 8 de l'arrêté).

Le changement de qualification

Selon l'article 1 du décret du 19 mars 2004, relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste, « les [médecins] peuvent obtenir une qualification de spécialiste différente de la qualification de généraliste ou de spécialiste qui leur a été initialement reconnue ». La procédure applicable à ce changement de qualification est similaire à celle que nous venons d'envisager à propos de l'obtention originelle de la qualification fondée sur la compétence, telle qu'elle résulte des règles issues du décret du 19 mars 2004.

En conclusion, on peut souligner, que, dans le cadre de cette procédure, et contrairement à l'obtention originelle de la qualification par le professionnel, l'Université n'est pas en position de décider seule de l'octroi de cette dernière : la commission de qualification fait, en effet, la part belle aux représentants de tant de l'Ordre que des syndicats professionnels.

⁸ Article 2.

⁹ *Idem*. Les alinéas suivants prévoient : « Des suppléants sont désignés suivant la même procédure et en même nombre. Ils siègent en l'absence des titulaires. / Aucun mandat ne pourra être renouvelé au-delà de l'âge de soixante-huit ans. / Un médecin inspecteur régional de la santé et un médecin-conseil de la caisse régionale d'assurance maladie pour la Commission nationale de première instance, ou le représentant du ministre chargé de la santé et un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale pour la Commission nationale d'appel assistent à la commission avec voix consultative ».

Les membres titulaires ou suppléants ne peuvent siéger à la Commission nationale d'appel s'ils ont déjà eu à examiner la demande en première instance

1.1.3 Les autorisations individuelles d'exercice accordées par le ministre de la santé

Les autorisations individuelles d'exercice accordées par le ministre de la santé constituent, depuis la fin des années 30, une voie d'accès à la profession, destinée à permettre, de manière exceptionnelle, l'exercice régulier sur le territoire national de personnes qui ne possèdent pas de diplômes systématiquement reconnus par l'État, ou qui ne sont pas de nationalité française, n'appartiennent pas à un certain nombre d'État avec lesquels est organisée la reconnaissance bilatérale des diplômes (Tunisie et Maroc notamment), ou ne sont pas ressortissants de l'Europe communautaire (plus récemment). Dans ce contexte, différents cas sont envisagés par le législateur, à l'article L. 4111-2 du Code de la santé publique¹⁰.

Les différents cas

Le premier cas concerne « les personnes françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre ou certificat de valeur scientifique attestée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur (L. 4111-2 I al 1)¹¹ ».

Le deuxième est relatif aux ressortissants d'un État autre que ceux membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen et titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans l'un de ces États, conformément aux obligations communautaires (L. 4111-2 I al 3)¹².

¹⁰ « I. - A compter du 1er janvier 2002, le ministre chargé de la santé peut, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, autoriser individuellement à exercer les personnes françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre ou certificat de valeur scientifique attestée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur. Ces personnes doivent avoir été classées en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances qui, en ce qui concerne les médecins, sont organisées pour une ou plusieurs disciplines ou spécialités. La commission doit rendre un avis dans l'année suivant le dépôt de la candidature.

Les médecins doivent en outre avoir exercé pendant trois ans des fonctions hospitalières. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation des épreuves de sélection et les modalités d'exercice des fonctions hospitalières.

Le ministre chargé de la santé peut également, après avis de ladite commission, autoriser individuellement à exercer des ressortissants d'un Etat autre que ceux membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen et titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans l'un de ces Etats, conformément aux obligations communautaires.

Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être autorisés à exercer pour chaque profession et, en ce qui concerne les médecins, pour chaque discipline ou spécialité, est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, en accord avec la commission susmentionnée. En sus de ce nombre maximum, les réfugiés politiques, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial ainsi que les Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises peuvent être autorisés à exercer par le ministre chargé de la santé après avis de la commission susmentionnée et après avis d'un jury de la discipline concernée dont les modalités d'organisation sont définies par arrêté.

Nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de sélection et à l'autorisation d'exercice.

II. - Le ministre chargé de la santé peut également, selon des modalités prévues par décret en Conseil d'Etat, autoriser individuellement à exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre délivré par un Etat tiers, mais qui a été reconnu dans un Etat membre autre que la France et permet d'y exercer légalement la profession, après avoir examiné les connaissances et qualifications attestées par ce diplôme et par l'ensemble de la formation et de l'expérience professionnelle acquises dans un Etat membre au regard de celles exigées par les règles en vigueur pour l'accès et l'exercice de cette profession ».

¹¹ Les médecins doivent en outre avoir exercé pendant trois ans des fonctions hospitalières.

¹² *Adde*, alinéa 4 : "les réfugiés politiques, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial ainsi que les Français

Le troisième concerne la situation des ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre délivré par un État tiers, mais qui a été reconnu dans un État membre autre que la France et permet d'y exercer légalement la profession (L. 4111-2 II).

De manière plus ramassée, il s'agit 1) des nationaux ou étrangers titulaires d'un diplôme non communautaire mais reconnu par le ministre de l'enseignement supérieur¹³ ; 2) des ressortissants non communautaires, titulaires d'un diplôme communautaire ; 3) des ressortissants communautaires, titulaires d'un diplôme non communautaire reconnu par un État de la communauté.

Dans ce contexte, nous allons consacrer nos analyses au premier cas, puisque celui-ci organise la situation des médecins pouvant devenir « assistant généraliste associé ou, selon le cas, (...) assistant spécialiste associé » (article D. 4111-8 CSP), qui pose actuellement nombre de questions en lien avec l'organisation de l'activité hospitalière¹⁴.

Le cas des nationaux ou étrangers titulaire d'un diplôme reconnu par le ministre de l'enseignement supérieur

La procédure organisée par l'article L. 4111-2 I pose difficulté en ce qui concerne son champ d'application et corrélativement son articulation avec les autres règles relatives à la qualification des professionnels ainsi que, plus largement, d'autre dispositif organisés dans le Code de la santé publique, et notamment le contrôle des Ordres professionnels sur les personnes voulant exercer ou exerçant la profession.

Procédure

Nous allons tout d'abord examiner la composition de la commission, puis les épreuves dont la procédure prévoit l'organisation, ainsi que la portée de l'avis de la commission.

Composition de la commission

L'article D. 4111-9 du Code prévoit, que « La commission est constituée en trois sections respectivement compétentes pour l'examen des demandes présentées en vue de

ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises".

¹³ Cette liste ne semble pas faire l'objet d'une publication officielle.

¹⁴ Le Décret n°2005-1475 du 30 novembre 2005 relatif aux fonctions hospitalières des candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice de la médecine ou de la pharmacie et modifiant le code de la santé publique (Dispositions réglementaires), vient de préciser un certain nombre de points. Il prévoit, notamment, dans de nouveaux articles R. 6152-542 et R. 6152-343 al. 1 :

Art. R. 6152-542. Les candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice, classés en rang utile aux épreuves de vérification des connaissances, dans les conditions déterminées par les articles D. 4111-1 à D. 4111-5 pour les médecins, et par les articles D. 4221-1 à D. 4221-4 pour les pharmaciens, sont recrutés à temps plein pour remplir des fonctions hospitalières d'une durée de trois ans en qualité d'assistant généraliste associé ou, selon le cas, d'assistant spécialiste associé, dans les services agréés pour recevoir des internes. / Ces candidats exercent leurs fonctions sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou, en cas d'empêchement de celui-ci, de l'un de ses collaborateurs médecin ou pharmacien. Ils sont associés à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique assurée sur place, mais ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements.

Art. R. 6152-543. Les candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice sont recrutés par contrat écrit conclu avec le directeur de l'établissement public de santé. Ils peuvent présenter leur démission sous réserve de respecter un délai de préavis de deux mois.

l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme. / Pour les médecins, la section est composée de collègues correspondant aux diverses disciplines ou spécialités ».

Plus précisément, à l'article D. 4111-10, tel qu'il résulte du décret n° 2005-1433 du 14 novembre 2005¹⁵ dispose que « I. - La commission est composée comme suit : 1° Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ou son représentant, président ; 2° Le directeur général de la santé ou son représentant ; 3° Le directeur de l'enseignement supérieur ou son représentant ; 4° Deux représentants du conseil national de l'Ordre de la profession concernée. / (...) A chacune des sections est adjoint à titre consultatif un représentant d'une association d'accueil ou d'aide aux réfugiés. / Ces membres sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé pour une durée de trois ans, renouvelable ».

En résumé, la commission regroupe : « trois représentants de l'administration centrale, deux représentants du conseil national de l'Ordre concerné, le collège de la discipline concernée (en référence au règlement de qualification) ainsi qu'un représentant d'une organisation syndicale représentative des professionnels à recruter¹⁶. Dans ce contexte, l'article D. 4111-11 prévoit que « La commission émet son avis à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante »¹⁷.

Enfin, en ce qui concerne les médecins, l'article D. 4111-10 prévoit : « II. - La section compétente pour l'examen des demandes d'autorisation d'exercice présentées par les médecins comprend en outre (...) : 5° Le collège mentionné à l'article D. 4111-9 constitué pour les disciplines ou spécialités des médecins siégeant à la commission de qualification ordinaire de première instance telle que prévue par le règlement de qualification ; 6° Un membre de la profession concernée proposé par les organisations syndicales représentatives des praticiens titulaires d'un diplôme acquis en dehors de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen »¹⁸.

Comme on peut le constater l'attribution des qualifications organisée par ce dispositif renvoie, comme en ce qui concerne les autres voies d'accès, au Règlement de qualification de la profession, gage de la cohérence du système.

Épreuves de vérification des connaissances

Selon la deuxième phrase de l'article L. 4111-2 I, les personnes candidates à l'autorisation individuelle exercice « doivent avoir été classées en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances qui, en ce qui concerne les médecins, sont organisées

¹⁵ Art. 1 Journal Officiel du 19 novembre 2005.

¹⁶ Dont on peut se demander si elle existera toujours.

¹⁷ Outre « un représentant d'une association d'accueil ou d'aide aux réfugiés », qui n'est présent qu'à titre consultatif.

¹⁸ En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, l'article prévoit, en outre : « III. - La section compétente pour l'examen des demandes d'autorisation d'exercice présentées par les chirurgiens-dentistes comprend en outre : 5° Deux membres choisis parmi des organisations syndicales représentatives des chirurgiens-dentistes ; 6° Un membre de la profession concernée proposé par les organisations syndicales représentatives des praticiens titulaires d'un diplôme acquis en dehors de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ; 7° Un professeur des universités-praticien hospitalier en odontologie ; 8° Un membre des associations professionnelles.

IV. - La section compétente pour l'examen des demandes d'autorisation d'exercice présentées par les sages-femmes comprend en outre : 5° Deux membres choisis parmi des organisations syndicales représentatives des sages-femmes ; 6° Un membre de la profession concernée proposé par les organisations syndicales représentatives des praticiens titulaires d'un diplôme acquis en dehors de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ; 7° Un ou une sage-femme directeur d'école ; 8° Un membre des associations professionnelles ».

pour une ou plusieurs disciplines ou spécialités ». Les conditions d'organisation de ces épreuves sont précisées dans les sections 1 et 2 du chapitre 1er du titre 1er de la quatrième partie du Code de la santé publique¹⁹.

Notamment, l'article D. 4111-1 prévoit que : « Les épreuves de vérification des connaissances mentionnées à l'article L. 4111-2, écrites et anonymes, comportent 1° Une épreuve de vérification des connaissances fondamentales ; 2° Une épreuve de vérification des connaissances pratiques ; 3° Une épreuve écrite de maîtrise de la langue française. / Pour les médecins, les épreuves mentionnées aux 1° et 2° concernent la discipline ou la spécialité dans laquelle l'examen de vérification des connaissances a été organisé ». En outre, l'article D. 4111-8 prévoit que : « La Commission d'autorisation d'exercice, placée auprès du ministre chargé de la santé, examine la situation de chacun des candidats au vu, notamment, en ce qui concerne les médecins, du rapport d'évaluation établi par le chef de service ou de département au titre des fonctions hospitalières mentionnées à l'article D. 4111-6. / Elle apprécie l'expérience du candidat acquise avant les épreuves de vérification des connaissances ».

Portée de l'avis de la commission

On peut, enfin, s'interroger quant à la portée de l'avis de la commission ministérielle. On peut, notamment, se demander si le ministre, autorité décisionnaire, est lié par son avis. Rappelons, dans cette perspective, qu'il existe trois types d'avis administratifs : les avis simples, les avis obligatoires, et les avis conformes.

Les premiers, les avis simples, sont laissés à la discrétion de l'autorité administrative, qui peut les solliciter ou non, sans incidence sur la régularité de sa décision. Les seconds, les avis obligatoires, sont, comme leur nom l'indique, impératifs pour l'autorité décisionnelle, en ce qu'elle ne peut régulièrement s'en passer, mais sans que cette dernière soit liée par le sens de l'avis. Autrement dit, elle peut décider dans un sens contraire à celui de l'avis, sans conséquence quant à la légalité de sa décision. Le troisième type d'avis, l'avis conforme, est non seulement obligatoire, mais lie l'autorité administrative quant au sens de sa décision. Celle-ci ne dispose donc plus que d'une alternative : décider dans le sens de l'avis, ou renoncer à prendre la décision projetée²⁰. Dans ce contexte, un avis n'appartient à la catégorie des « avis conformes » que si le dispositif qui l'organise le prévoit explicitement. Tel n'est pas le cas ici. En revanche, l'utilisation de la procédure de l'article L. 4111-2 l'est, au sens du texte, impérative en ce qui concerne les professionnels placés dans son champ d'application. Ainsi, et selon les principes généraux du droit administratif, l'avis objet de cette analyse est obligatoire, dans le sens où le ministre doit le prendre, celui-ci conditionnant la régularité de la décision. En revanche, il n'est pas conforme (puisque le texte ne le dit pas), c'est-à-dire que le ministre peut régulièrement ne pas suivre l'avis de la commission.

Champ d'application

L'article L. 4111-1 CSP dispose que « Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est : 1° Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ; 2° De nationalité française,

¹⁹ Chapitre 1er : Conditions générales d'exercice; Section 1 : Epreuves de vérification des connaissances (Articles D4111-1 à D4111-7) ; Section 2 : Commission d'autorisation d'exercice (Articles D. 4111-8 à D. 4111-13).

²⁰ Y. Gaudemet, *Traité de droit administratif, T. 1, Droit administratif général*, LGDJ, 16^{ème} édition, 2001, n°127 et 128.

de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre ; 3° Inscrit à un tableau de l'Ordre des médecins, à un tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'Ordre des sages-femmes, sous réserve des dispositions des articles L. 4112-6 et L. 4112-7 ». L'exercice régulier des professions de médecin, chirurgiens-dentistes et sage-femme renvoie donc à des conditions de diplôme, de nationalité et d'inscription à l'Ordre professionnel. Si elle ne remplit pas l'une de ces trois conditions, la personne concernée commet l'infraction d'exercice illégal de la profession en cause²¹.

L'article L. 4111-2 prévoit, quant à lui, que le ministre de la santé peut « autoriser individuellement à exercer les personnes » françaises ou étrangères, dont le diplôme est reconnu par le ministre de l'éducation nationale, et qui subissent avec succès les examens d'une commission ministérielle organisée à cet effet.

Le premier énoncé prévoit donc que « Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il » ne remplit des conditions de diplôme, de nationalité et d'inscription à l'Ordre professionnel concerné ; le second prévoit que certaines personnes peuvent être « autorisées individuellement à exercer » si elles remplissent des conditions de diplôme et de validation de compétence par une commission ministérielle. On est ainsi conduit à s'interroger quant à la portée de l'exception à l'article L. 4111-1 organisée à l'article L. 4111-2 I. Plus précisément, la question peut se formuler de la manière suivante : la procédure de l'article L. 4111-2 I constitue-t-elle une exception à l'ensemble des règles de l'article L. 4111-1, ou seulement aux règles auxquelles elle déroge explicitement ?

Les conséquences de cette interprétation concernent essentiellement la question du rôle de l'Ordre professionnel sur les personnes autorisées individuellement à exercer dans le cadre de cette procédure. Si, en effet, l'article L. 4111-2 I constitue une exception à l'ensemble des règles de l'article L. 4111-1, une personne peut exercer régulièrement sans s'inscrire à l'Ordre professionnel, et en échappant donc aux contrôles lors de son inscription, notamment en ce qui concerne sa maîtrise de la langue française et sa moralité. Si, en revanche, l'article L. 4111-2 I ne fait exception qu'aux règles auxquelles il

²¹ Article L. 4161-1 du Code de la santé publique : « Exerce illégalement la médecine : 1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-6, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ; 2° Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 4111-1 compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent livre et notamment par les articles L. 4111-6 et L. 4111-7 ; 3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées aux 1° et 2°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ; 4° Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au chapitre II du titre I^{er} du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 4124-6 à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 4112-6 et L. 4112-7 ; 5° Tout médecin mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article. / Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret ».

est dérogé explicitement, le pouvoir de contrôle de l'Ordre demeure.

Nous allons, dans un premier temps, analyser les arguments qui peuvent être trouvés en faveur de l'autonomie de la procédure de l'article L. 4111-2 I relativement aux autres dispositions du Code ; nous adopterons, ensuite, la même démarche en ce qui concerne les arguments en défaveur de cette autonomie ; nous en proposerons, enfin, une synthèse.

Arguments en faveur de l'autonomie de la procédure de l'article L. 4111-2 I relativement aux autres dispositions du Code

Une règle générale d'interprétation en droit français est que, en cas de contradiction entre deux normes de même niveau hiérarchique (ici, deux normes légales), les règles spéciales dérogent aux règles générales, maxime généralement énoncée dans sa forme latine : *specialia generalibus derogant*. Si une telle règle d'interprétation n'existait pas, les normes spéciales ne trouveraient jamais à s'appliquer²².

On pourrait être tenté d'utiliser cette règle interprétative dans le cas qui nous occupe. On peut, en effet, estimer que l'article L. 4111-2 I prévoit une exception à la règle générale de l'article L. 4111-1. Dans ces conditions, lorsque l'on se trouve dans le champ d'application de la règle spéciale prévues à l'article L. 4111-2 I, la règle générale de l'article L. 4111-1 est écartée.

Un autre argument milite en faveur de cette interprétation. Selon l'article L. 4111-2 I, le ministre est compétent pour décider d'une « autorisation individuelle d'exercer ». Dans ces conditions, on peut estimer que, lorsqu'un professionnel est autorisé dans le cadre de la procédure ministérielle, il peut exercer la profession, sans autres conditions.

Ces deux arguments sont, cependant, de peu de poids comparés à ceux qui militent en défaveur de l'autonomie de la procédure de l'article L. 4111-2 I.

Arguments en défaveur de l'autonomie de la procédure de l'article L. 4111-2 I relativement aux autres dispositions du Code

Pour introduire à l'ensemble de ces arguments, rappelons que les énoncés juridiques n'ont pas de signification intrinsèque, mais que leur signification dépend en grande partie de leur contexte d'édition. Ceux-ci sont, en effet, d'une part, le produit d'une histoire, d'autre part construits au sein de systèmes plus larges. Il est ainsi tout à fait vain de vouloir donner son sens à un texte indépendamment des normes qui l'entourent.

L'analyse de l'article L. 4111-2 I illustre parfaitement cette réalité. Dans ce contexte, les arguments en défaveur de l'autonomie de la procédure qu'il instaure sont au nombre de six.

1) Il ne faut pas oublier, pour commencer, que l'article L. 4111-2 I ne concerne pas que les médecins. La conscience de ce champ d'application est tout à fait importante en ce qui concerne son interprétation. On pourrait, en effet, avoir tendance à l'interpréter en référence à la situation de la seule profession médicale. Dans cette perspective, la situation des « médecins assistants » peut se comparer à celle d'un « second internat », permettant de former les futurs professionnels ne remplissant pas les conditions de l'article L. 4111-1. Selon l'article D. 4111-8, en effet, les impétrants à la procédure ne seront autorisés individuellement à exercer qu'après avoir effectué un stage de trois ans dans un

²² Cf, par exemple, F. Terré, *Introduction générale au droit*, Dalloz, coll. précis Dalloz, 2004, n°394.

service habilité à encadrer les internes.

Il est toutefois important de souligner que cette condition de stage n'existe pas en ce qui concerne les autres professionnels concernés par le texte : les chirurgiens-dentistes et les sages femmes. Pour ces derniers, la procédure analysée conduit directement à l'obtention d'une autorisation d'exercice. Il ne s'agit donc pas seulement d'organiser une procédure destinée à recruter des professionnels dans des établissements de santé publics, mais bien d'autoriser certaines personnes à exercer régulièrement leur profession sur le territoire national, quelle que soit la forme de l'exercice professionnel. La condition de stage, réservée aux seuls médecins, ne constitue, dans ce contexte, qu'une condition supplémentaire pour obtenir l'autorisation d'exercice.

Considérer, dès lors, que l'article L. 4111-2 I remplace purement et simplement, en ce qui concerne la procédure qui l'organise, les règles de l'article L. 4111-1, conduirait à ne pas appliquer la troisième condition de l'exercice régulier prévue par ce dernier, à savoir l'inscription à l'Ordre professionnel. Une telle interprétation conduirait à excepter de l'inscription à l'Ordre, les professionnels qui, quel que soit leur mode d'exercice, sont individuellement autorisés à exercer par le ministre de la santé. La conséquence d'un tel raisonnement serait, notamment, que le professionnel échapperait aux différents contrôles de l'Ordre, notamment le contrôle que ce dernier exerce sur les contrats passés par les professionnels ainsi que son contrôle disciplinaire. De telles conséquences semblent aller bien au-delà de la seule volonté de permettre à certaines personnes compétentes, mais ne disposant ni des diplômes, ni de la nationalité leur permettant normalement d'exercer, de le faire.

2) En outre, le raisonnement en défaveur de l'autonomie de l'article L. 4111-2 I est conforme à l'économie de la subdivision du Code de la santé publique dans laquelle il s'inscrit. En effet, les articles L. 4111-6 et L. 4111-7 prévoient des dérogations à certaines parties, et certaines parties seulement, de l'article L. 4111-1. Ainsi l'article L. 4111-6, selon lequel « Par dérogation aux dispositions des 1^o et 2^o de l'article L. 4111-1 et sous réserve des dispositions transitoires prévues à l'article L. 4131-3, les médecins et chirurgiens-dentistes étrangers qui exerçaient légalement leur profession en France à la date du 3 septembre 1939 et les sages-femmes étrangères qui exerçaient légalement leur profession en France à la date du 24 septembre 1945 sont autorisés à continuer la pratique de leur art »²³. On constate donc, dans ce cas de figure, qu'un article appartenant au même chapitre de l'article L. 4111-1 peut se contenter de porter exception à deux seulement des conditions que ce dernier édicte.

3) De surcroît, si on considère que la procédure de l'article L. 4111-2 I se substitue aux

²³ Il en est de même de l'article L. 4111-7, selon lequel « Les ressortissants d'un Etat ayant appartenu à l'Union française et n'ayant pas passé avec la France un engagement mentionné à l'article L. 4111-3 qui, à la date du 14 juillet 1972, justifient avoir été régulièrement inscrits à l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, sont autorisés à continuer la pratique de leur art, sous réserve de n'avoir pas été radiés de cet ordre à la suite d'une sanction disciplinaire ».

On pourrait même considérer qu'il en est de même, encore plus près de l'article dont le champ d'application aux préoccupent, puisque le même article L. 4111-2, mais, cette fois dans son II, prévoit : « II. - Le ministre chargé de la santé peut également, selon des modalités prévues par décret en Conseil d'État, autoriser individuellement à exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme les ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre délivré par un État tiers, mais qui a été reconnu dans un État membre autre que la France et permet d'y exercer légalement la profession, après avoir examiné les connaissances et qualifications attestées par ce diplôme et par l'ensemble de la formation et de l'expérience professionnelle acquises dans un État membre au regard de celles exigées par les règles en vigueur pour l'accès et l'exercice de cette profession ». Le champ d'application de ce texte ne vise, en effet, que des conditions de diplôme et de nationalité, sans référence à l'inscription à l'ordre professionnel. Sa rédaction est cependant trop proche de celle de l'article qui nous préoccupe pour que l'argument soit décisif.

conditions posées à l'article L. 4111-1, entraînant la mise à l'écart de la troisième condition prévue par ce dernier, à savoir l'inscription à l'Ordre professionnel, cela signifie également que, l'article L. 4111-2 I fait exception, non seulement aux règles de l'article L. 4111-1, mais également à l'ensemble du chapitre 2 du même titre²⁴ « Inscription au tableau de l'Ordre (articles L. 4112-1 à L. 4112-7 » et chapitre 3 : « Règles communes d'exercice de la profession », puisque ces chapitres ne font que décliner la troisième condition de l'article L. 4111-1, c'est-à-dire l'inscription à l'Ordre. Une telle interprétation semble hors de propos, puisque, d'une part l'article L. 4111-2 I trouve sa place à l'intérieur du chapitre 1 du titre 1 de la quatrième partie du Code de la santé publique (consacré aux « Conditions générales d'exercice » des professions concernées (articles L. 4111-1 à L. 4111-7), et non en surplomb ou avant les règles que celui-ci édicte ; l'interprétation semble infondée, d'autre part, puisqu'on n'ose imaginer que le législateur ait entendu exonérer les professionnels autorisés à exercer à l'issue de la procédure ministérielle, de l'ensemble des « règles communes d'exercice de la profession », dont on ne voit plus, dès lors, ce qu'elles auraient de « communes ».

Il semble donc pertinent de considérer que l'article L. 4111-2 I concerne les conditions générales d'exercice des professions concernées, mais ne saurait porter exception aux règles des chapitres 2 (l'inscription à l'Ordre) et 3 (règles communes exercice) du titre dans lequel il s'inscrit.

L'article L. 4111-2 I ne paraît donc déroger qu'aux deux premières conditions posées par l'article L. 4111-1.

4) Un autre argument réside dans le fait que la règle analysée ne contient pas de dérogation explicite aux dispositions relatives à l'inscription au tableau alors que ces dernières sont situées au même niveau hiérarchique. Ainsi, l'existence de la procédure de l'article L. 4111-2 I n'empêche nullement l'article L. 4112-1 de prévoir que « Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes qui exercent dans un département sont inscrits sur un tableau établi et tenu à jour par le conseil départemental de l'Ordre dont ils relèvent », ou l'article L. 4112-5 de décider « L'inscription à un tableau de l'Ordre rend licite l'exercice de la profession sur tout le territoire national ».

Mais il s'agit, surtout, de l'article L. 4112-6, selon lequel « L'inscription à un tableau de l'Ordre ne s'applique pas aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées. Elle ne s'applique pas non plus à ceux des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes qui, ayant la qualité de fonctionnaire de l'État ou d'agent titulaire d'une collectivité locale ne sont pas appelés, dans l'exercice de leurs fonctions, à exercer la médecine ou l'art dentaire ou à pratiquer les actes entrant dans la définition de la profession de sage-femme », mais qui ne contient aucune exception relative aux professionnels ayant obtenu une autorisation individuelle d'exercer dans le cadre de la procédure ministérielle.

L'argument serait, évidemment, sans portée, si l'on considérait que la procédure ministérielle faisait implicitement exception à l'ensemble de ces règles. Il redevient, en revanche, convaincant, eu égard à deux autres arguments : d'une part, en effet, nous avons cru montrer, dans le troisième argument, qu'il paraissait téméraire, sinon impossible, de considérer que la procédure ministérielle emporte exception à l'ensemble des autres règles du titre Ier de la quatrième partie du Code de la santé publique ; d'autre part, les règles du chapitre concerné (et notamment l'article L. 4111-2) ont été modifiées en 2004. Or, l'article L. 4112-1 du Code de la santé publique a, quant à lui, été modifié par l'ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005²⁵. On peut, dès lors, et considérant les

²⁴ Titre Ier : Exercice des professions médicales ; Chapitre : Ier Conditions générales d'exercice (Articles L4111-1 à L4111-7) ; Chapitre II : Inscription au tableau de l'ordre (Articles L. 4112-1 à L. 4112-7) ; Chapitre III : Règles communes d'exercice de la profession (Articles L. 4113-1 à L.4113-14).

²⁵ Art. 9 1° Journal Officiel du 27 août 2005.

difficultés d'interprétation de l'article L. 4111-2, penser que si le législateur avait voulu prévoir une exception d'une telle portée, il l'aurait sans doute précisé, pour éviter toute équivoque, dans les textes concernés, ce dont il n'a rien fait.

5/ Un autre argument tend à faire pencher la balance interprétative du côté de l'absence d'autonomie de la procédure analysée.

L'article L. 4161-1 du Code de la santé publique est consacré à l'exercice illégal de la médecine. Ses trois premiers alinéas sont rédigés de manière suivante : « Exerce illégalement la médecine : 1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-6, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ; 2° Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 4111-1 compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent livre et notamment par les articles L. 4111-6, L. 4111-7 et L. 4131-4-1 ».

Dans ce contexte, ne commettent pas l'infraction d'exercice illégal de la médecine les personnes « bénéficiaire(s) des dispositions spéciales mentionnées [à l'article] L. 4111-2 ». Il faut, cependant, constater que cette exception ne concerne que la condition du « diplôme, certificat ou autre titre », formule de la première condition de l'article L. 4111-1, Les exceptions à la condition de nationalité prévue au même article faisant l'objet le nom du 1°, mais du 2° de l'article L. 4161-1. Une telle construction avalise, encore une fois, l'idée selon laquelle l'article L. 4111-2 ne porte pas exception à l'ensemble des règles de l'article L. 4111-1. Soulignons, en outre, que l'article L. 4161-1 a été modifié par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004²⁶, qui a également modifié l'article L. 4111-2. Il est permis de penser que le législateur a mis les deux énoncés en cohérence.

6) Un dernier argument, peut-être le plus important, peut, enfin, être avancé. Une maxime générale d'interprétation des règles juridiques réside dans le fait que « les exceptions doivent être interprétées strictement », maxime souvent énoncée sous sa forme latine *exceptio est strictissimae interpretationis*²⁷. La logique portée par cette maxime est la suivante : s'il paraît nécessaire d'apporter des exceptions à certains principes, dans le but d'en tempérer la rigueur, une interprétation extensive des exceptions conduirait, *in fine*, à ruiner lesdits principes, en les vidant de leur substance. Il est donc nécessaire, pour ne pas trahir la volonté du législateur, de limiter le champ d'action des exceptions à ce qu'elles expriment explicitement. Dès lors, une extension du champ d'application d'une exception, notamment dans le cadre d'une interprétation par analogie, est à prohiber.

Appliquée à la question qui nous occupe, cette logique interprétative oblige à ne pas étendre le champ d'application de l'article L. 4111-2 I au delà de ce qu'il prévoit explicitement. On doit, dès lors, évidemment appliquer les exceptions que celui-ci prévoit aux conditions de diplôme et de nationalité posées, de manière générale, à l'article L. 4111-1. Il n'est pas possible, en revanche, en l'absence de dispositions spécifiques à ce propos, de considérer que la procédure ministérielle d'autorisation individuelle d'exercice porterait exception à la troisième condition d'un exercice professionnel régulier, prévue à l'article L. 4111-1, à savoir l'inscription à un Ordre professionnel.

²⁶ Art. 146 VII Journal Officiel du 11 août 2004.

²⁷ F. Terré, *Introduction générale au droit*, préc., n° 394.

Conclusion

Cette conclusion nécessite quelques développements à la fois en ce qui concerne la procédure d'autorisation ministérielle d'exercice en tant que telle, et sur la distinction entre la qualification et l'autorisation d'exercice.

La procédure d'autorisation ministérielle d'exercice

À titre synthétique, on doit donc considérer que la procédure de l'article L. 4111-2 I ne porte que sur les conditions de diplôme et de nationalité, nécessaires à l'exercice des professions de santé, mais non la condition d'inscription à l'Ordre professionnel.

Les professionnels autorisés à exercer dans le cadre de cette procédure devront donc, pour exercer régulièrement, s'inscrire à l'Ordre de leur profession, lequel devra vérifier, pour les inscrire, et comme en ce qui concerne les autres professionnels, leurs conditions de moralité (au sens où l'entend cette institution) et leurs capacités linguistiques, le tout sous le contrôle des juridictions administratives²⁸. On peut donc imaginer un professionnel autorisé à exercer par le ministre mais que l'Ordre refuserait d'inscrire. Cette hypothèse prend notamment tout son sens en ce qui concerne le contrôle des conditions de moralité des candidats à l'inscription au tableau de l'Ordre, puisque le ministre ne contrôle pas cette condition. Le professionnel ne pourrait, dans ce cas de figure, régulièrement exercer sous peine de commettre un exercice illégal de la médecine.

En ce qui concerne les médecins, ce contrôle ordinal est différé à la fin de leur période de stage hospitalier en qualité d' « assistant »²⁹.

L'ensemble de cette analyse autorise, en outre, deux remarques. On peut se demander, en effet, eu égard aux discours contradictoires qui entourent le sens à donner au dispositif de l'article L. 4111-2 I, si le système mis en place correspond à la volonté du législateur. Cependant, quelle que soit cette « volonté » - si tant est qu'une institution collective puisse en avoir une - , le fondement de l'action des acteurs sociaux chargés d'appliquer le droit (essentiellement les juges et l'administration, c'est-à-dire le pouvoir exécutif, chargé de l'application des lois) ne peut régulièrement être que le texte tel qu'il existe et interprété eu égard aux canons de la matière, et non une éventuelle volonté politique qui ne se traduirait pas dans les énoncés légaux et réglementaires. Le respect de l'État de droit est à ce prix. Plus largement, en ce qui concerne l'économie générale de la question des qualifications, la « procédure ministérielle » constitue une voie parallèle à celles précédemment décrites telles qu'elles résultent du règlement de qualification. Dans une logique historique et politique (première pour comprendre la construction du système), il s'agit d'une exception au système, destinée à régler des situations individuelles. Mais cette exception pourrait emporter nombre de conséquences puisqu'elle instaure, *de facto*, une troisième voie d'accès à la qualification, fondée à la fois sur les diplômes et la compétence. Tout dépendra de son utilisation, notamment quantitative, comparée aux autres modalités de qualification.

Nous effectuerons, pour terminer ce premier point, une remarque relative à la construction

²⁸ Articles L. 4112-1 et suivants du Code de la santé publique.

²⁹ On doit, en outre, considérer que ces derniers ne commettent pas d'exercice illégal de la médecine pendant le stage de trois ans nécessaire l'obtention de l'autorisation d'exercice, puisque l'article L. 4161-1, relatif à l'exercice illégal de la profession excepte de ses dispositions les personnes concernées par la procédure de l'article L. 4111-2.

interne des textes relatifs à la procédure de l'article L. 4111-2 I. En effet, la procédure construite par les textes est étonnante puisque son enjeu politique semble tenir dans le texte de l'arrêté organisant les épreuves de vérification des connaissances prévues à cet article, puisque l'article D. 4111-6 prévoit que « Les candidats médecins à l'autorisation ministérielle d'exercice, classés en rang utile aux épreuves de vérification des connaissances, sont recrutés à temps plein pour effectuer les fonctions hospitalières d'une durée de trois ans en qualité d'assistant généraliste associé ou, selon le cas, d'assistant spécialiste associé, dans des services agréés pour recevoir des internes, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur ». On peut ainsi considérer que si cette condition prévue dans un arrêté ministériel devait disparaître, on se trouverait dans une nouvelle voie d'accès aux qualifications, apanage non de l'Université, non de l'Ordre professionnel, mais attribut du ministre de la santé. Celle-ci est pour l'instant limitée à l'hôpital, et représente donc, en ce qui concerne les médecins et depuis 2002, une modalité d'accès inédite aux fonctions hospitalières.

La distinction entre la qualification et l'autorisation d'exercice.

La difficulté provient de ce que le terme « autorisation d'exercice » pourrait amener à penser que celle-ci permet à un professionnel d'exercer régulièrement du simple fait de son obtention. Or, tel n'est pas le cas.

L'autorisation d'exercice de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique ne permet de déroger qu'à deux des trois conditions posées par l'article L. 4111-1 : les conditions de nationalité et de qualification, mais à la condition de l'inscription du professionnel à l'Ordre³⁰. La procédure de l'article L. 4111-2 concerne, en effet, les personnes qui ne possèdent pas les diplômes nécessaires pour exercer les professions médicales sur le territoire national. Le concours déroge ainsi, dans son principe même, à la condition de nationalité. Il permet à ses lauréats de se prévaloir devant les autorités professionnelles d'une « licence » d'exercice, qui équivaut à un diplôme, autrement dit qui permet de considérer comme remplie la condition de qualification nécessaire à l'exercice régulier de la profession en cause.

L'ambiguïté provient sans doute du fait que les professionnels médecins concernés vont accomplir des actes médicaux dans les hôpitaux publics, durant un stage de trois ans. Cependant, être temporairement autorisé à accomplir des actes médicaux sous le contrôle de médecin ne signifie pas que l'on soit médecin. Il s'agit même de la logique qui gouverne l'organisation des professions paramédicales, autorisées à exercer certains actes sous contrôle et sur prescription médicale³¹.

Dans ce contexte, et pour une plus grande lisibilité du système, l'autorisation d'exercice pourrait être renommée, en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes et les sages femmes « qualification ministérielle ».

Elle pourrait être renommée, en ce qui concerne les médecins « autorisation temporaire d'exercer les fonctions de médecin attaché... », les professionnels pouvant, à l'issue du stage de trois ans, obtenir leur « qualification ministérielle ».

Nous avons ainsi analysé les règles communes relatives à l'obtention d'une qualification

³⁰ Rappelons, en effet, que la qualification est l'une des trois conditions nécessaires pour exercer régulièrement la médecine, à côté de la nationalité et de l'inscription à l'ordre (L. 4111-1 CSP). Le manquement à l'une de ces conditions constitue l'exercice illégal de la médecine.

³¹ Cf. J. Moret-Bailly, L'organisation juridique des compétences des professions de santé, in, Y. Matillon, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, Rapport remis au ministre de la Jeunesse, de l'Éducation et de la Recherche, et au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées*, 2003, 57-87.

professionnelle. Cette dernière question n'est cependant pas épuisée du fait de l'étude des règles générales ; un certain nombre de règles particulières structurent, en effet, également la matière. Nous leur consacrons à présent nos analyses.

1.2 Les règles particulières aux différents modes d'exercice

Ces règles particulières peuvent être distribuées selon les deux formes d'exercice auxquelles elles s'appliquent : l'exercice libéral (1.2.1) et l'exercice comme agent public (1.2.2).

1.2.1 L'exercice libéral et la portée du principe de l'exercice exclusif

Les règles générales relatives à la qualification ont, en ce qui concerne les médecins exerçant à titre libéral, une importance considérable. Celles-ci sont, en effet, relayées par les règles relatives à l'assurance-maladie et conditionnent ainsi le montant de leurs revenus. Ainsi, l'article premier de l'arrêté du 1er juin 1994 relatif à la qualification des médecins spécialistes au regard de l'assurance maladie dispose que « sont considérés comme médecins spécialistes au regard de l'assurance maladie, à la condition qu'ils exercent exclusivement la spécialité pour laquelle ils ont été qualifiés, les médecins à qui a été reconnu, conformément au règlement de qualification (...) »³². Cet article contient, en fait, deux règles. Selon la première, l'organisation des spécialités renvoie au règlement de qualification. Autrement dit, il n'existe pas de double système de qualification, l'un, renvoyant à l'organisation ordinale, l'autre renvoyant à l'organisation de l'assurance maladie. La reconnaissance des spécialités en référence au règlement de qualification s'impose donc à l'assurance-maladie. Cette construction consolide la grande importance de l'évolution advenue en 2004, selon laquelle le changement de spécialité est possible, notamment en référence à une logique de la « compétence ».

La seconde règle contenue dans l'article est constituée par le principe de « l'exercice exclusif de la spécialité pour laquelle les médecins ont été qualifiés », habituellement désigné par la formule « principe de l'exercice exclusif ». Autrement dit, un médecin ne peut, dans ses rapports avec l'assurance-maladie, bénéficier que d'une seule spécialité³³.

L'exercice comme agent public renvoie, également, à un certain nombre de règles voire de difficultés particulières.

³² Art. 2. - Sont également considérés comme médecins spécialistes au regard de l'assurance maladie les médecins à qui a été reconnu, conformément au règlement de qualification, le droit de faire état de la qualité de médecin compétent en gynécologie médicale ou en obstétrique ou en urologie, sous réserve que ces médecins exercent soit exclusivement la discipline considérée, soit simultanément deux de ces disciplines, ou simultanément une ou deux de ces disciplines et la chirurgie générale

³³ Soulignons, d'ailleurs, que ce principe n'est pas sans poser difficulté en ce qui concerne la situation des médecins référents et du remboursement des prestations de ces derniers par l'assurance-maladie. Il est, en effet, possible de choisir comme médecin référent un médecin spécialiste. Cependant, lorsque celui-ci interviendra « en première intention », pour aider un assuré social à s'orienter en fonction de sa pathologie, la convention médicale actuellement en vigueur prévoit que le tarif applicable est celui d'une consultation de médecine générale, situation posant un certain nombre de difficultés techniques eu égard, justement, au « principe de spécialité » ; sur cette question, cf. G. Rebecq, Le choix du médecin traitant et le principe d'exercice exclusif de la spécialité, *Rev. Dr. Sanit. et soc.* 2005, 602-609.

1.2.2 L'exercice comme agent public

Diversité des statuts et unité des recrutements en référence à la qualification

L'exercice des professions de santé à l'hôpital public s'effectue dans le cadre de différents statuts, notamment en ce qui concerne la profession médicale, comme a pu l'illustrer l'analyse que nous avons effectuée des autorisations individuelles d'exercice délivrées par le ministre en ce qui concerne les « médecins assistants ».

Un ouvrage de Droit hospitalier³⁴ peut ainsi recenser ces différents statuts de la manière suivante :

- 1) Le personnel médical et enseignant des CHU, qui comprend a) des agents titulaires (professeur des universités-praticien hospitalier (PUPH), et maître de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH)), b) des agents temporaires, (les praticiens hospitaliers universitaires (PHU), c) des personnels non titulaires (chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA), assistants hospitaliers universitaires (AHU).
- 2) Le personnel médical à temps plein, qui comprend les praticiens hospitaliers temps plein et les assistants des hôpitaux.
- 3) Le personnel médical à temps partiel, qui regroupe les praticiens hospitaliers à temps partiels ainsi que les praticiens attachés des hôpitaux.
- 4) Les praticiens en formation, résidents de médecine générale, internes ainsi que les étudiants hospitaliers.
- 5) Les contractuels, praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels.

À cette multiplicité de statuts correspondent différentes modalités de recrutement, tant d'un point de vue géographique (national, régional ou par établissement) que du point de vue de l'organisation juridique du recrutement (concours pour les titulaires, contrat pour les autres personnels).

Cependant, au-delà des différences qui résultent de la multiplicité des statuts, des points communs peuvent être trouvés : les personnes concernées ont, d'une part, la qualité d'agents publics non fonctionnaires, puisqu'ils sont expressément exclus du titre IV du statut général des fonctionnaires³⁵. En outre, le recrutement des professionnels se fait systématiquement en fonction des spécialités, autrement dit, en référence au système des qualifications³⁶.

Cependant, si l'utilisation de la référence aux qualifications en ce qui concerne les recrutements est cohérente avec la construction générale abritée par le règlement de qualification, la situation des personnels hospitaliers semble poser quelque difficulté eu égard à la possibilité, ouverte depuis 2004, pour un professionnel de changer de qualification.

³⁴ Sur cette question, M. Dupont, C. Esper et Ch. Paire, *Droit hospitalier*, 4^{ème} édition, Dalloz, 2003, n°340 et suivants.

³⁵ M. Dupont, C. Esper et Ch. Paire, *Droit hospitalier*, préc., n°341. Cf. *infra*, article 2 de la loi n°86-33, relative à la fonction publique hospitalière? Cf. également J.-M. Auby, J.-B. Auby, D. Jean-Pierre et A. Taillefait, *Droit de la fonction publique*, Précis Dalloz 2002, n°1180 et suivants.

³⁶ M. Dupont, C. Esper et Ch. Paire, *Droit hospitalier*, préc., n°342.

La difficile articulation des règles relatives à la qualification et des règles relatives à l'organisation hospitalière

Une fois recrutés, les professionnels occupent des « emplois » administratifs, organisés en fonction des qualifications des professionnels destinés à les occuper. Comment articuler, dès lors, la possibilité, pour un professionnel, de changer de qualification, avec l'occupation d'emplois dont la qualification est prédéterminée, et qui ne sauraient « changer de qualification » en même temps que le professionnel ?

La situation ne semble pas, à l'heure actuelle, recevoir de solution. Si, en effet, un professionnel change de qualification, il ne remplira plus les conditions nécessaires pour occuper son emploi. Si, à l'opposé, il postule à un emploi dont le profil de qualification ne correspond pas à la sienne (alors même qu'il réunirait toutes les conditions de compétence nécessaires au changement de qualification), sa demande ne remplira pas les conditions de recevabilité pour qu'il puisse postuler.

La situation n'est pas, techniquement, insurmontable. Il suffirait, par exemple, pour permettre le changement de spécialité des personnels médicaux hospitaliers, de prévoir que le changement de spécialité est, en ce qui les concerne, subordonnée à la prise de fonctions qui correspond à leur nouvelle spécialité, ou, au contraire, que leur prise de fonctions est subordonnée à l'aval de la commission compétente en ce qui concerne le changement de spécialité. Toujours est-il que ces possibilités ne sont aujourd'hui pas prévues par la loi. Le changement de spécialité des professionnels exerçant à l'hôpital n'est donc concrètement pas possible du fait de l'absence de l'organisation de l'articulation entre les règles relatives à la qualification des professionnels et des règles relatives à l'organisation hospitalière.

Conclusion de la première partie

A titre de conclusion de cette première partie, nous allons effectuer une synthèse de ses apports, pour nous engager, ensuite dans les voies de la prospective, en envisageant une unification du système d'obtention des qualifications.

Synthèse

Cette première partie nous a permis de mettre en lumière les trois systèmes permettant à des professionnels d'obtenir une qualification.

Le premier, chronologiquement le plus ancien et quantitativement majoritaire, réside dans l'obtention d'un diplôme, la qualification en résultant directement. Le rôle de l'Université est ici premier.

Le deuxième, d'une organisation récente, puisque datant de 2004, renvoie à la compétence des professionnels, soit dans le cadre de l'obtention originelle d'une qualification, soit dans celui d'un changement de qualification. Le rôle clé est ici tenu par les commissions de qualification organisées au sein de l'Ordre, dans le cadre desquelles l'université n'est qu'en position minoritaire.

Le troisième, exceptionnel, réside dans la possibilité, pour le ministre de la santé, d'accorder des autorisations individuelles d'exercice.

Le point crucial en ce qui concerne cette dernière modalité réside dans le champ d'application de la procédure de l'article L. 4111-2 I, qui permet le recrutement, au sein des hôpitaux publics, des « médecins assistants généralistes » ou « médecins assistants

spécialistes ».

Les règles relatives à ces dernières autorisations doivent, comme toutes les règles juridiques organisant des exceptions à un principe, être interprétées strictement. Dans ce contexte, elles ne font pas exception aux règles relatives à l'organisation des contrôles ordinaires lors de l'inscription du professionnel au tableau et lors de l'exercice professionnel consécutif, notamment, en ce qui concerne la maîtrise de la langue française ou la moralité du professionnel.

En outre, les analyses précédentes ont permis de montrer que l'une des difficultés liées à la procédure d'autorisation ministérielle d'exercice provient sans doute du fait que le terme « autorisation d'exercice » pourrait amener à penser que celle-ci permet à un professionnel d'exercer régulièrement du simple fait de son obtention. Or, tel n'est pas le cas.

Dans ce contexte, et pour une plus grande lisibilité du système, l'autorisation d'exercice pourrait être renommée, en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes et les sages femmes « qualification ministérielle ». Elle pourrait être renommée, en ce qui concerne les médecins « autorisation temporaire d'exercer les fonctions de médecin attaché... », les professionnels pouvant, à l'issue du stage de trois ans, obtenir leur « qualification ministérielle ».

Vers une procédure de qualification unique ?

Il existe, actuellement, trois possibilités d'obtention d'une qualification : le diplôme, la reconnaissance d'une compétence équivalente au diplôme (nouvelle procédure d'autorisation, NPA), et l'autorisation d'exercice délivrée par le ministre de la santé. Ces trois modalités d'évaluation du savoir et/ou du savoir-faire du professionnel aboutissent à un résultat unique : la qualification. Néanmoins, chacune a sa logique propre qui obéit à ses objectifs. Il est, cependant, concevable de les rapprocher, en lien avec une logique de contrôle des savoirs et des compétences professionnelles.

Les éléments de contrôle

Les savoirs

Chacune de ces procédures nécessite, en effet, la maîtrise d'un certain nombre de connaissances : la remarque relève de l'évidence en ce qui concerne la condition du diplôme, relevant de l'Université ; elle est expressément prévue dans le cadre de la nouvelle procédure d'autorisation, puisque le professionnel, pour obtenir la qualification, doit disposer de connaissances équivalentes à un troisième cycle universitaire ; elle est organisée dans le cadre du concours, en ce qui concerne la procédure de l'autorisation ministérielle.

Les savoirs faire

Là encore, les différentes voies d'accès à la qualification nécessitent l'obtention d'un certain nombre de savoirs faire par les professionnels.

L'une des spécificités des études médicales par rapport à l'enseignement universitaire « traditionnel » réside dans l'importance considérable donnée à la pratique des actes professionnels ; la nouvelle procédure d'autorisation est destinée, notamment, à vérifier les « compétences » des impétrants, le terme renvoyant, entre autres, à leur savoir-faire.

La procédure ministérielle d'autorisation nécessite, en ce qui concerne les médecins, un stage de trois années au sein d'un service habilité à recevoir des internes, en plus d'une épreuve « pratique » pour réussir le concours. En ce qui concerne la même procédure, mais relativement aux chirurgiens-dentistes et aux sages femmes, le concours contient une épreuve « pratique ».

L'inscription ordinale

Quelle que soit la manière dont la qualification a été obtenue, l'inscription à l'Ordre est une condition nécessaire à l'exercice régulier de la profession concernée.

L'organisation du contrôle

La question de l'inscription ordinale ne pose pas de difficulté. Elle doit rester telle qu'elle existe, puisque elle permet subséquemment l'application de la déontologie et des contrôles professionnels postérieurs.

En revanche, si les procédures de qualification devaient être unifiées, plusieurs solutions peuvent être envisagées.

- ∄ Soit la priorité est donnée au savoir, condition nécessaire à l'exercice de la profession, et la collation de la qualification devient l'apanage de l'Université, même après la fin des études (NPA) ou dans les cas couverts par la « qualification ministérielle ». Cette logique n'est pas aberrante puisqu'elle correspond à l'obtention actuelle, et majoritaire, de la qualification par le diplôme. En effet, en ce qui concerne la condition du diplôme, l'ordre ne peut contester la sanction universitaire, et doit se contenter « d'enregistrer » la qualification apportée par le diplôme.
- ∄ Soit l'on estime que les représentants des différentes institutions doivent participer à la « nouvelle procédure de qualification », et il s'agit d'organiser une instance dans laquelle sont présents des universitaires, des représentants de l'Ordre professionnel et des représentants de l'Administration, compétente pour décider de la qualification quel que soient le contexte dans lequel celle-ci est demandée.

2 Les conséquences de la violation des règles de qualification médicale

La responsabilité renvoie, étymologiquement, au fait de « rendre des comptes » de ses actes ou comportements. Dans cette perspective, on peut opposer, au sein du système de droit français, deux types de responsabilités : les responsabilités à visée indemnitaire et les responsabilités à visée sanctionnatrice. Les premières ont pour fonction la compensation pécuniaire du préjudice subi par une personne, soit du fait d'un particulier (responsabilité civile), soit du fait de l'exercice de prérogatives de puissance publique (responsabilité administrative). Les responsabilités sanctionnatrices, responsabilité pénale et disciplinaire, visent, quant à elles, à compenser symboliquement, au moyen d'une peine, la violation de valeurs fortes d'un groupe particulier, ensemble de la société en ce qui concerne la responsabilité pénale, groupe professionnel, sportif, entreprise, administration en ce qui concerne la responsabilité disciplinaire. Nous aborderons successivement ces différents types de responsabilité.

Nous commencerons par les responsabilités disciplinaires. Dans le domaine sanitaire, en effet, les règles professionnelles, notamment les règles déontologiques, tiennent une place centrale³⁷, y compris dans l'évaluation de la responsabilité des différents professionnels ou institutions³⁸. Dans ce contexte, il semble pertinent de consacrer les premières analyses de cette partie à la responsabilité la plus directement liée aux règles professionnelles (2.1). Nous aborderons, ensuite, la question des responsabilités à visée indemnitaire en présentant leurs règles générales ainsi que les rapports entre celles-ci et les règles de qualification (2.2). Nous aborderons, enfin, la question de la responsabilité pénale, potentiellement la plus importante en termes de conséquences aussi bien pour les professionnels que pour les institutions sanitaires, là encore tant en ce qui concerne les règles applicables aux activités des professionnels qu'en ce qui concerne les rapports entre ces dernières et les règles spécifiques à la qualification (2.3).

Encore est-il nécessaire, à titre liminaire, de bien mesurer la portée des analyses qui vont suivre. L'application d'une règle de droit nécessite, en effet, la réalisation d'une opération intellectuelle appelée « qualification juridique », qui consiste dans la mise en relation entre la règle juridique et une situation factuelle, dans le but de vérifier que la première s'applique bien à la seconde. Or, s'il peut être relativement aisé de décrire le contenu des règles, puisque celles-ci sont en nombre fini, il est beaucoup plus difficile d'anticiper l'ensemble des situations factuelles qui sont, quant à elles, infiniment variables. C'est la raison pour laquelle nous nous consacrerons essentiellement, dans les développements suivants, à comprendre les modes de raisonnement des acteurs du droit, et notamment des juges, pour mettre en lumière la logique du système, meilleur gage d'anticipation de décisions futures.

2.1 Les responsabilités disciplinaires

Les institutions disciplinaires auxquelles les professionnels du secteur sanitaire sont soumis sont diverses : juridictions disciplinaires des Ordres professionnels, juridictions disciplinaires des établissements hospitaliers publics (ou juridiction disciplinaire nationale en ce qui concerne les hospitalo-universitaires), sections des assurances sociales des

³⁷ J. Moret-Bailly, *Les déontologies*, PUAM, 2001, 184-191.

³⁸ J. Moret-Bailly, *Règles déontologiques et fautes civiles*, D., 2002 2820-2824.

Ordres professionnels en ce qui concerne les rapports entre les professionnels et l'assurance-maladie, pouvoir disciplinaire de l'employeur en ce qui concerne les professionnels salariés.

Cependant, au-delà de cette diversité organique, les différentes institutions disciplinaires ont en charge de vérifier si le comportement d'un professionnel mérite sanction. Dans ce contexte, une norme générale de l'évaluation du comportement professionnel en ce qui concerne l'exercice-même de la profession (par opposition aux rapports entre les professionnels et l'institution dont il fait partie, par exemple en ce qui concerne les questions organisationnelles), réside dans les règles déontologiques.

Une telle configuration peut surprendre notamment en ce qui concerne la discipline des sections des assurances sociales des Ordres professionnels, puisqu'on ne voit pas, *a priori*, pourquoi ces juridictions, chargées de vérifier le respect des règles de l'assurance-maladie par les professionnels, auraient à faire référence aux règles déontologiques. Pourtant, c'est bien l'attitude qu'adoptent ces juridictions³⁹. On peut émettre l'hypothèse, pour expliquer cette utilisation des règles déontologiques, d'une part que les règles déontologiques contiennent des clauses générales qui renvoient, tant à l'honnêteté des professionnels ainsi qu'au respect des règles relatives à l'assurance-maladie, d'autre part, que les juridictions « du contrôle technique » sont composées, à l'exception du président, par des professionnels pour lesquels la régulation déontologique revêt une importante légitimité, et qui ont donc tendance à fonder la répression dont ils ont la charge sur son irrespect plutôt que sur les seules règles relatives à l'assurance maladie.

De telles considérations pourraient également étonner en ce qui concerne la discipline des médecins exerçant dans un cadre public, puisqu'il s'agit, dans ce cadre, d'évaluer leur action eu égard aux règles de la fonction publique. Pourtant, la situation trouve, là aussi, une facile justification. Les médecins agents publics sont, en effet, employés en fonction de leurs qualifications et compétences professionnelles. Si une institution disciplinaire doit évaluer leur comportement technique, elle devra, par la force des choses, faire référence aux normes relatives à la pratique professionnelle.

Il en est de même, enfin, dans le cadre d'un exercice privé de la médecine comme salarié d'une institution. Un raisonnement similaire à celui que nous venons d'utiliser peut, en effet, être tenu. En outre, l'article L. 4111-9 du Code de la santé publique organise un contrôle de l'Ordre quant au contenu des contrats passés par les professionnels, l'Ordre étant chargé de vérifier que ceux-ci respectent tant l'indépendance des professionnels que les règles déontologiques⁴⁰. Les règles déontologiques sont donc applicables même dans le cadre d'un exercice salarié de la médecine, et constituent bien, de se fait, des normes d'évaluation pertinentes.

La juridiction disciplinaire de l'Ordre professionnel est, quant à elle chargée de sanctionner les professionnels qui violeraient notamment des règles déontologiques⁴¹. Tout au plus doit-on souligner, en ce qui concerne cette dernière, une règle procédurale particulière relative à la possibilité d'attirer devant elle les professionnels chargés d'un service public. L'article L. 4124-2 du Code de la force publique dispose, en effet, que : « Les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'Ordre ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département, le procureur de la République ou, lorsque lesdits actes ont été réalisés dans un établissement public de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ». La règle s'explique par le fait que l'État ne veut

³⁹ Analyse empiriquement validée en ce qui concerne le contentieux de l'ordre national des médecins : J. Moret-Bailly (direction), *L'accès à la justice disciplinaire*, Rapport à la Mission de Recherche Droit et Justice, 2002, 139-199.

⁴⁰ Article L. 4113-9 du Code de la santé publique.

⁴¹ Article L. 4121-2 du Code de la santé publique et 1^{er} du Code de déontologie.

pas que, sous prétexte de contrôler les professionnels, l'Ordre contrôle l'action de l'administration. Elle se justifie, en outre, par le fait que l'administration hospitalière dispose de sa propre organisation disciplinaire qui appliquera, qui plus est, les mêmes normes que l'Ordre professionnel : les normes déontologiques.

On peut donc considérer comme acquis le fait que les institutions disciplinaires chargées d'évaluer les comportements des professionnels dans le cadre de l'exercice de leur profession utiliseront, pour ce faire, les règles déontologiques propres à la profession concernée. Reste à identifier ces dernières relativement à l'objet qui nous intéresse : les qualifications professionnelles. Dans cette perspective, deux articles méritent d'être particulièrement analysés : les articles 47 et 70 du Code de déontologie médicale.

Selon le premier, « un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles »⁴² ; selon le second, le médecin « ne doit pas (...) entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose »⁴³. La logique portée par le Code de déontologie est claire : un professionnel ne doit pas accomplir d'actes professionnels au-delà de sa compétence (ses connaissances et son expérience) ; il peut, en outre, refuser des soins en fonction de considérations « professionnelles » au nombre desquelles on peut ranger des motivations relatives aux compétences que le professionnel estime être les siennes. Ces règles reçoivent, cependant, exception « en cas d'urgence » en ce qui concerne « le droit de refuser des soins » ainsi qu'en cas de « circonstances exceptionnelles » en ce qui concerne l'abstention de dispensation d'actes de soins en cas d'incompétence.

Le champ lexical dans lequel se place le Code de déontologie mérite, d'ailleurs, d'être souligné, puisque celui-ci renvoie bien à une logique de la compétence, dans un système dominé par une logique de la qualification, et qui n'intègre, en ce qui concerne les règles d'organisation professionnelle, une logique de la compétence que de manière marginale et tout à fait récente. Que doit-on en déduire en ce qui concerne les responsabilités disciplinaires d'un professionnel qui choisirait d'intervenir (hors cas d'urgence ou circonstances exceptionnelles) en dehors de sa spécialité ?

Une telle intervention serait, à notre sens, en principe fautive, puisque le règlement de qualification constitue bien une règle de l'exercice de la profession, que ses membres doivent donc respecter. Cependant, si un professionnel intervenant en dehors de la qualification qui lui est reconnue le faisait de manière pertinente (l'exception est évidemment sans objet si l'intervention en dehors de la spécialité s'avère dommageable), on devrait sans doute en déduire que s'il intervient en dehors de sa qualification, il n'en intervient pas, de ce fait même, en dehors de sa compétence (sauf si le risque encouru par le patient était disproportionnés. Or, c'est bien de compétence dont il est question dans le Code de déontologie.

Un tel raisonnement serait, en outre, valide du fait que le Code de déontologie prend la forme d'un décret en Conseil d'État alors que le règlement de qualification prend la forme d'un arrêté du ministre de la santé. Or, du point de vue de la hiérarchie des normes, en cas de contrariété entre deux normes hiérarchiquement différentes, la norme

⁴² Article R. 4127-47 Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. / Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. / S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

⁴³ Article R. 4127-70 : Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

hiérarchiquement supérieure s'applique, la norme hiérarchiquement inférieure étant écartée.

On peut donc sans doute estimer que, d'un point de vue disciplinaire, un professionnel qui intervient de manière pertinente sur un patient, mais en dehors de sa spécialité, ne serait pas sanctionnable de ce simple fait. Le raisonnement n'est valide, en outre que si l'intervention en cause reste exceptionnelle. Si elle devenait régulière, en effet, la juridiction disciplinaire ordinaire pourrait considérer que, sortant régulièrement de sa spécialité, le professionnel fait entorse aux règles concurrentielles de sa profession (d'autant plus qu'il peut, depuis 2004, changer de spécialité). Il est, en outre, acquis, eu égard aux juridictions du contrôle technique, et en référence au « principe d'exercice exclusif », qu'un professionnel sortant de sa spécialité et demandant le paiement de son acte à l'assuré social, commettrait une faute disciplinaire au regard des règles relatives à l'assurance-maladie.

In fine, l'élément à retenir des développements qui précèdent réside dans la pertinence des règles déontologiques pour évaluer les différentes responsabilités disciplinaires, et la logique portée par ces règles, qui renvoie à la compétence, et non à la qualification des professionnels. Dans ce contexte, le fait, pour un professionnel, de s'aventurer en dehors de sa spécialité ne constitue pas *ipso facto*, une faute. Une telle conclusion prend son importance si l'on a à l'esprit que les règles déontologiques constituent également des normes pertinentes d'évaluation en ce qui concerne les responsabilités indemnitaires, question que nous abordons à présent.

2.2 Les responsabilités indemnitaires

Les responsabilités indemnitaires sont au nombre deux, alternatives : la responsabilité civile et la responsabilité administrative. L'une est destinée à régler les conséquences pécuniaires des relations de droit privé ; l'autre les mêmes conséquences, mais en ce qui concerne les relations de droit public. Cette dualité s'explique par des raisons historiques, liées à la conception française de la séparation des pouvoirs, qui implique que les juges judiciaires ne puissent contrôler l'action de l'administration, donc des fonctionnaires⁴⁴.

Ces deux types de responsabilité obéissent à des règles différentes, notamment en ce qui concerne la charge finale de la créance. Nous les examinerons donc successivement, en commençant par la responsabilité administrative, puisque l'une des questions principales posées par cette consultation concerne les « médecins assistants » destinés à exercer principalement dans les hôpitaux publics.

2.2.1 La responsabilité administrative

Le contenu des règles de responsabilité administrative ne prend son sens qu'en référence à la relation juridique en cause lorsqu'une personne vient se faire soigner dans un établissement hospitalier public. Ainsi, la relation en cause est une relation d'usager de service public à personne morale de droit public; l'usager ne noue, juridiquement, aucune relation avec les professionnels qui ont la charge des actions de soin⁴⁵. Dans ce contexte, le service public hospitalier a pour mission de dispenser aux usagers les meilleurs soins

⁴⁴ Loi de 16 et 24 août 1790, article 13.

⁴⁵ Cette règle reçoit, évidemment, exception, dans l'hypothèse dans laquelle la personne se fait soigner pas un professionnel exerçant à titre libéral au sein de l'hôpital public. La relation est alors contractuelle et renvoie aux règles de responsabilité civile.

possibles⁴⁶. S'il ne le fait pas, la personne morale avec laquelle l'utilisateur est en relation juridique peut se voir condamnée à l'indemniser. Dans ce contexte, deux types de fautes peuvent être envisagés, correspondant à deux catégories intellectuelles utilisées par les juridictions administratives, selon les normes mobilisées pour les mesurer : la faute dans l'organisation des services et la faute médicale.

Cette opposition renvoie, en fait à deux exigences pesant sur le service public hospitalier. D'une part, en effet, celui-ci doit être organisé selon les normes légales et réglementaires qui s'appliquent à ces activités ; d'autre part celui-ci doit dispenser à l'utilisateur du service public les soins que celui-ci est en droit d'attendre en référence à l'état de la science médicale. Cette dernière exigence renvoie, en fait, à l'action concrète des professionnels de santé, dans le cadre de l'acte de soins, c'est à dire essentiellement aux normes de savoir faire impliquées par la possession d'une qualification, « normes de bonnes pratiques professionnelles » ou autres « règles de l'art » notamment. On comprend donc que la question de la qualification du professionnel n'est ici pas en cause, puisqu'il s'agit de vérifier que son action concrète est conforme aux canons de la pratique professionnelle. La question de la qualification prend, en revanche, tout son sens en ce qui concerne l'évaluation de la faute dans l'organisation des services.

Nous allons, dans cette perspective, tout d'abord, envisager les rapports entre la notion de faute d'organisation et les règles relatives à la qualification des professionnels. Nous envisagerons, ensuite, les rapports entre les règles relatives à la qualification et le pouvoir d'organisation du directeur de l'établissement hospitalier public, qui pourrait estimer pertinent de passer outre les contraintes qu'elles imposent, pour faire effectuer à des professionnels des actes qui ne relèvent pas de leur qualification. Nous envisageons, enfin, les règles particulières relatives à la qualification des professionnels dans le cadre des services d'accueil des urgences.

Faute d'organisation et règles relatives à la qualification

Les juridictions administratives, et notamment le Conseil d'État, ont eu l'occasion de se pencher sur l'incidence de la violation des règles relatives à la qualification des professionnels sur l'existence d'une faute dans l'organisation des services. Les conclusions que l'on peut tirer de cette confrontation sont claires : si les règles relatives à la qualification des professionnels concernés par l'acte de soins sont violées, la faute dans l'organisation des services est constituée, et la responsabilité de l'administration engagée en cas de dommage⁴⁷. Il en est ainsi, par exemple, du fait de confier la garde d'un service des urgences à un interne⁴⁸. En revanche, le fait qu'un « examen ait été pratiqué par un interne nommé quatre mois plus tard assistant chef de clinique et expérimenté, à la demande et sous le contrôle du chef de service » n'est pas constitutif d'une faute d'organisation⁴⁹. Il ne faudrait pas déduire de cet énoncé que le Conseil d'État abandonnerait la référence aux règles de qualification pour ne considérer que la compétence du professionnel. Cet énoncé doit être compris comme qualifiant une situation en fonction de plusieurs éléments de fait, le plus important d'entre eux étant sans doute le « contrôle du chef de service », le fait de confier les actes en cause au

⁴⁶ Article.L. 1110-5 du Code de la santé publique : Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées..

⁴⁷ Pour de nombreux exemples, cf. A. Casteletta, *Responsabilité médicale, droit des malades*, 2^{ème} édition, Dalloz, 2004, n°72-21 et suivants.

⁴⁸ CE., 18 janvier 1984, arrêt n°33309.

⁴⁹ CE., 16 mars 1984, arrêt n°32513.

professionnel concerné étant, en outre, justifié par sa compétence⁵⁰. La compétence est donc ici secondaire par rapport à la qualification.

L'importance des normes réglementaires relatives à l'organisation des services peut, en outre, être mesurée par l'exclusion de la faute de service par le Conseil d'État du simple fait que le personnel réglementairement requis est présent lors de l'acte de soins. Par exemple, un arrêt ne retient pas la faute dans l'organisation des services dans le cas d'un médecin gynécologue qui ne peut intervenir auprès d'une parturiente qu'après avoir achevé la césarienne entreprise sur une autre, cette dernière intervention ayant occasionné un retard en ce qui concerne la plaignante. Selon le Conseil d'État, l'organisation administrative n'était pas en cause, même si le médecin était seul, dès lors que l'effectif réglementaire avait été respecté⁵¹. La même logique est à l'oeuvre dans un arrêt relatif à la chute d'une patiente alors qu'elle descendait les marches de l'escabeau reliant le sol à la table d'examen. Le Conseil d'État estime, en effet, que la faute d'organisation doit être écartée puisque « deux agents hospitaliers se trouvaient à proximité de la table d'examen » et que « cette assistance apparaissant suffisante au regard des risques encourus »⁵².

A titre systématique, on peut considérer, à l'analyse des arrêts du Conseil d'État en la matière, qu'une intervention pratiquée par un médecin disposant des qualifications requises et régulièrement nommé, exclut toute faute dans l'organisation du service⁵³. On peut évidemment en déduire, *a contrario*, qu'une intervention pratiquée par un médecin ne disposant pas des qualifications requises, ou irrégulièrement nommé, constitue une faute dans l'organisation du service. Un auteur peut ainsi écrire que « l'incompétence ou le défaut de qualifications requise de ses collaborateurs constitue une faute dans l'organisation du service »⁵⁴.

Les développements qui précèdent concernent des situations dans lesquelles on se demande si l'administration a respecté les règles relatives à l'organisation du service public. Une autre situation mérite examen : il s'agit des cas dans lesquels le directeur d'un établissement hospitalier public déciderait de ne pas respecter les règles de qualification pour permettre la dispensation de soins en dehors des règles normales d'organisation. On songe notamment à des situations d'urgence dans lesquelles un professionnel pourrait avoir à prendre en charge un patient pour une pathologie se situant en dehors de sa spécialité.

Règles de qualification et pouvoir d'organisation du directeur d'un établissement hospitalier public

Dans ce contexte, la question est, en réalité, celle de l'obéissance des professionnels concernés à l'ordre du directeur de l'établissement hospitalier. La question peut-être formulée de la manière suivante : un professionnel peut-il désobéir à un ordre émanant de la hiérarchie hospitalière qui lui enjoindrait d'exercer en dehors de sa qualification ?

Dans cette perspective, la question peut sembler recevoir une réponse aisée. L'article 99 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dispose, en effet : « En cas d'empêchement du fonctionnaire chargé

⁵⁰ Rappelons qu'à l'époque de cet arrêt, le conseil d'État statuait comme juridiction d'appel et non, comme depuis 1989, comme juge de cassation. Sur l'incidence de ce changement sur l'analyse de ses arrêts, cf. D. Thouvenin, *La responsabilité médicale*, préc.

⁵¹ CE., 20 janvier 1989, n°61212-70213.

⁵² CE., 14 juin 1989, n°70651.

⁵³ CE., 29 janvier 1986, n°44199 ; 30 mai 1986, n°44199 ; 16 octobre 1987, n°61132.

⁵⁴ D. Thouvenin, *La responsabilité médicale*, Flammarion, 1995, 61.

d'un travail déterminé, et en cas d'urgence, aucun autre fonctionnaire ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives ».

Cette disposition a, cependant, une portée limitée. En effet, selon l'article premier de la loi du 9 janvier 1986, « Les articles 2 à 109 de la présente loi constituent le titre IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales ». Or, l'article 2 de la loi dispose, quant à lui que : « Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes mentionnés aux 2° et 3° ainsi qu'à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 714-27 du Code de la santé publique ». On doit donc en déduire que l'article 99 de la loi s'applique aux fonctionnaires qui n'appartiennent pas à la catégorie des « médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes mentionnés aux 2° et 3° ainsi qu'à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 714-27 du Code de la santé publique ». Cette dernière disposition prend place, dans la nouvelle codification du Code de la santé publique aux articles L. 6152-1 et L. 6152-4. Dans ce contexte, l'article L. 6152-1 (modifié en 2002 et 2005⁵⁵), dispose que « Le personnel des établissements publics de santé comprend, outre les agents relevant de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et les personnels enseignants et hospitaliers mentionnés à l'article L. 952-21 du Code de l'éducation : / 1° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens dont le statut, qui peut prévoir des dispositions spécifiques selon que ces praticiens consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements, est établi par voie réglementaire ; ; 2° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat dans des conditions déterminées par voie réglementaire. / 3° Des praticiens contractuels associés, exerçant sous la responsabilité directe d'un médecin, d'un odontologiste ou d'un pharmacien et qui participent à l'activité de médecine, d'odontologie ou de pharmacie ». Cet article reprend donc bien l'opposition entre les personnels relevant de la loi de 1986, et les personnels concernés par ses dispositions. Encore est-il nécessaire de souligner que les 2 et 3 de l'article L. 714-27 ne correspondent pas aux 2 et 3 de l'article L. 6152-1 tel qu'il résulte de la nouvelle codification mais au 1, 2 et 3 de l'article.

Les médecins, odontologistes et pharmaciens, ne sont donc pas concernés par l'article 99 de la loi de 1986. Les autres personnels peuvent, toutefois, voir leur situation régie par ses dispositions, si, toutefois, leur situation n'est pas organisée par des « règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives ». Or, tel est justement le cas de l'ensemble des auxiliaires médicaux. L'article 99 de la loi de 1986 de s'applique donc finalement qu'aux personnels administratifs, et, en ce qui concerne les personnels soignants, aux aides-soignants aides-puericultrices et psychomotriciens, dont l'organisation ne renvoie pas à des dispositions législatives. Est-ce à dire que, pour réécrire *a contrario* le texte de l'article 99 « en cas d'empêchement du fonctionnaire chargé d'un travail déterminé, et en cas d'urgence, aucun autre fonctionnaire ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade ». Répondre à cette question nécessite l'examen d'autres dispositions.

Il s'agit, notamment, de l'article 28 de la loi n°83-634, du 13 juillet 1983, portant droits et obligations des fonctionnaires, dite loi Le Pors. Celui-ci prévoit, en effet : « Tout fonctionnaire, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à

⁵⁵ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 63 Journal Officiel du 18 janvier 2002; Ordonnance n° 2005-1112 du 1 septembre 2005 art. 7 Journal Officiel du 6 septembre 2005 et rectificatif JORF 10 septembre 2005.

compromettre gravement un intérêt public ». L'applicabilité de cette disposition aux personnels médicaux en cause pose cependant difficulté. En effet, l'article deux de la même loi prévoit que « La présente loi s'applique aux fonctionnaires civils des administrations de l'Etat, des régions, des départements, des communes et de leurs établissements publics y compris les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales, à l'exclusion des fonctionnaires des assemblées parlementaires et des magistrats de l'ordre judiciaire. Dans les services et les établissements publics à caractère industriel ou commercial, elle ne s'applique qu'aux agents qui ont la qualité de fonctionnaire ». On constate donc que le champ d'application de la loi de 1983 comprend « les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales », dispositions que nous venons d'analyser en constatant qu'elle excluait justement les « médecins, odontologistes et pharmaciens ». Qui plus est, il est nécessaire de préciser, que les médecins publics ne sont pas fonctionnaires, mais agents publics non fonctionnaires⁵⁶. La loi du 13 juillet 1983, portant droits et obligations des fonctionnaires ne s'appliquent donc pas à eux.

Cependant, les juridictions administratives appelées à statuer sur les rapports entre les professionnels de santé et l'organisation hospitalière, si elles n'appliquent pas la loi de 1983, appliquent des normes équivalentes, « à tout agent public » et ce depuis une date fort ancienne⁵⁷. Le problème reste donc entier.

Celui-ci peut, cependant, sans doute être réglé par l'application d'une disposition du Code de la santé publique. L'article L. 6143-7 de ce Code, consacré aux pouvoirs du directeur d'un établissement de santé publique dispose, en effet que : « Le directeur (...) exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art ». On comprend donc que, selon cette disposition, le pouvoir du directeur de l'établissement hospitalier s'arrête là où commence la régulation déontologique⁵⁸.

Une question reste, toutefois, pendante : quelle règle doit-on appliquer, du principe d'obéissance énoncé à l'article 28 de la loi de 1983, appliqué par les juridictions administratives aux agents publics non fonctionnaires, ou de la règle de l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique qui renvoie, quant à lui, à la régulation déontologique ? Les deux règles étant de même niveau hiérarchique, la problématique est ici la même qu'en ce qui concerne la procédure ministérielle relative aux autorisations individuelles d'exercice⁵⁹. Autrement dit, on appliquera les règles interprétatives suivantes : la règle spéciale s'applique de préférence à la règle générale et l'exception que celle-ci prévoit s'interprète strictement.

Dans ce contexte, le principe issu de la loi de 1983 s'applique à l'ensemble des les agents publics. L'article L. 6143-7 ne concerne, quant à lui, que les professionnels dont l'exercice est réglé par des règles déontologiques. Ce dernier article doit donc être considéré comme une règle spéciale, qui déroge à la règle générale issue de la loi de 1983. Or, dans la mesure où l'article L. 6143-7 renvoie à la régulation déontologique, ce sont bien les règles déontologiques qui s'appliqueront pour régler la question qui nous intéresse, à savoir la nécessité de l'obéissance ou la possibilité de la désobéissance aux ordres de la hiérarchie hospitalière des professionnels concernés. Il convient, dès lors, de se reporter

⁵⁶ Cf. *supra*, note n°31.

⁵⁷ CE, 5 mai 1911, *Lebon*, 525. Cf. également J.-M. Auby, J.-B. Auby, D. Jean-Pierre et A. Taillefait, *Droit de la fonction publique*, Précis Dalloz 2002, n°1180 et suivants.

⁵⁸ Pour des analyses plus développées, cf. J. Moret-Bailly, *Les déontologies*, préc., 371-381.

⁵⁹ Cf. *supra*, 1.1.3.

aux règles déontologiques, issues du décret n°95-1000, du 6 septembre 1995, portant Code de déontologie médicale, aujourd'hui intégré aux articles R. 4127-1 et suivants du Code de la santé publique, pour connaître les règles applicables en la matière.

Dans ce contexte, les règles déontologiques applicables sont relativement faciles à identifier, et leur sens est tout à fait clair. Il s'agit, essentiellement, des articles 47, 48 et 70 du Code de déontologie.

Ainsi, selon article R. 4127-47 « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. / Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. / S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avvertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ». Le second alinéa est ici particulièrement important, qui prévoit le droit pour le professionnel de refuser des soins, mais à l'exception, notamment du « cas d'urgence ». Autrement dit, en cas d'urgence, un professionnel n'a pas le droit de refuser ses soins.

Dans le même registre, mais en ce qui concerne, non plus seulement la situation individuelle du patient, mais une situation collective, l'article R. 4127-48 prévoit que « Le médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur ordre formel donné par une autorité qualifiée, conformément à la loi ».

On pourrait objecter à ces règles que celles-ci pourraient obliger un professionnel à intervenir en dehors de sa compétence. La conciliation entre ces deux exigences est réalisée par l'article R. 4127-70, selon lequel : « Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose ». Autrement dit, le principe réside dans l'abstention de l'intervention du professionnel au-delà de ses compétences, ce principe recevant exception dans des « circonstances exceptionnelles »⁶⁰.

Il est donc à présent possible de réponse à la question posée dans le cadre de cette subdivision : un professionnel peut-il régulièrement désobéir à l'ordre du directeur de l'établissement hospitalier public qui lui enjoindrait d'intervenir en dehors de sa qualification ? La réponse à cette question est positive dans des circonstances normales, mais négative en ce qui concerne l'urgence ou encore en cas de situation exceptionnelle. Autrement dit, un professionnel doit dispenser des soins, à la requête du directeur de l'établissement hospitalier, aux usagers du service public accueillis en urgence, mais ne pouvant être pris en charge dans ce cadre strict.

On a pu constater que le Conseil d'État se réfère essentiellement, dans son contrôle de la

⁶⁰ Ajoutons à ces prévisions les dispositions suivantes :

Article R. 4127-9 : Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.

Article R. 4127-32 Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

Article R. 4127-37 En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique.

Article R. 4127-42 Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. / En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. / Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

faute administrative, aux règles relatives à l'organisation du service public. Il ne peut qu'en être de même en ce qui concerne les urgences, point sur lequel notre attention a été attirée en vue de la rédaction de cette consultation. Nous allons donc à présent rendre compte, de manière synthétique, des règles d'organisation de cette activité.

Les règles d'organisation relatives à la qualification des professionnels dans le cadre de l'accueil des urgences

L'accueil des urgences est une activité soumise à autorisation administrative⁶¹. Celui-ci est organisé, schématiquement, dans trois types d'unités : les « services d'accueil d'urgence », les « unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences », et les « services mobiles d'urgence et de réanimation ». Nous consacrerons ici essentiellement nos développements au premier type d'unités, dans le but de repérer les liens entre leur organisation et les qualifications des professionnels, étant entendu que des raisonnements similaires peuvent être tenus à propos des deux autres types d'unités, les dispositions relatives à ces dernières reprenant, en grande partie les règles relatives aux les unités d'accueil d'urgence.

Dans cette perspective, l'article R. 6123-3 du Code de la santé publique définit les missions des services d'urgence de la manière suivante : « Un service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales ».

Dans ce contexte, la partie « décret simple » du Code de la santé publique contient une subdivision intitulée « accueil et traitements des urgences » (articles D. 6124-1 et suivants), qui contient un certain nombre de règles relatives aux qualifications des personnes dont doivent disposer ces unités⁶².

Ainsi, l'article D. 6124-2 dispose que « Le médecin responsable de ce service répond aux conditions prévues par l'article L. 4111-1 et a acquis une formation à la prise en charge des urgences par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle de deux ans dans un service recevant les urgences. Dans les établissements publics de santé, ce responsable est praticien hospitalier ». Du point de vue de l'organisation, l'article suivant, D. 6124-3 décide, à propos de l'équipe médicale d'urgence : « Tous les médecins de cette équipe ont acquis une formation à la prise en charge des urgences soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins un an dans un service recevant les urgences. Des étudiants en médecine, des internes ou des résidents peuvent accomplir un stage ou une partie de leur formation dans ce service. / Dans les établissements publics de santé, l'équipe médicale ne peut comprendre que des praticiens hospitaliers, des praticiens des hôpitaux, des assistants, des attachés, des médecins contractuels et des médecins vacataires. / L'équipe médicale doit pouvoir faire venir à tout moment un médecin de l'établissement exerçant dans l'une des disciplines ou activités de soins mentionnée à l'article R. 6123-2 et, s'il y a lieu, tout autre médecin de l'établissement ainsi que tout médecin spécialiste de la pathologie en cause, notamment

⁶¹ Article R. 6122-25 : Sont soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 les activités de soins, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, énumérées ci-après : (...)¹⁴ Accueil et traitement des urgences.

⁶² L'article D. 6124-1 prévoit, en outre, que : Le service d'accueil et de traitement des urgences mentionné au 1° de l'article R. 6123-1 est organisé : 1° Dans les centres hospitaliers : en service ou autre structure définis par les articles L. 6146-1 et L. 6146-4 ; 2° Dans les établissements de santé privés, en unité individualisée placée sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur.

un pédiatre »⁶³.

Le Code de la santé publique contient, en outre, un certain nombre de dispositions relatives à l'équipe paramédicale du service. Ainsi, l'article D. 6124-4, qui prévoit : « L'équipe paramédicale du service, dirigée par un cadre infirmier, est suffisante pour que, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, au moins deux infirmiers ou infirmières soient effectivement présents pour dispenser les soins aux patients. Le service comprend, en outre, des aides-soignants ou éventuellement des auxiliaires de puériculture, des agents de service, un assistant de service social et un agent chargé des admissions. / Tous les membres de l'équipe paramédicale ont acquis une formation à la prise en charge des urgences, soit au cours de leurs études, soit par une formation ultérieure »⁶⁴.

⁶³ Il s'agit du second alinéa de l'article. Le premier alinéa prévoit quant à lui : D. 6124-3 « L'équipe médicale de l'unité de proximité comprend un nombre de médecins suffisant pour qu'au moins un d'entre eux soit effectivement présent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, et assure l'examen de tout patient à l'arrivée de celui-ci dans le service ».

⁶⁴ En ce qui concerne les unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences, les dispositions sont les suivantes :

Article D. 6124-10 : L'équipe médicale de l'unité de proximité comprend un nombre de médecins suffisant pour qu'au moins un d'entre eux soit effectivement présent vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année et assure l'examen de tout patient à l'arrivée de celui-ci à l'unité de proximité.

Tous les médecins de cette équipe ont acquis une formation à la prise en charge des urgences soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins un an dans un service recevant les urgences. Des étudiants en médecine, des internes ou des résidents peuvent accomplir un stage ou une partie de leur formation dans une unité de proximité.

Dans les établissements publics de santé, l'équipe médicale de l'unité de proximité ne peut comporter que des praticiens hospitaliers, des praticiens des hôpitaux, des assistants, des attachés, des médecins contractuels et des médecins vacataires.

Cette équipe peut, en tant que de besoin, faire appel aux autres médecins de l'établissement.

Article D. 6124-11 : L'équipe paramédicale de l'unité de proximité, dirigée par un cadre infirmier, est suffisante pour qu'au moins un infirmier ou une infirmière soit effectivement présent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, pour dispenser les soins aux patients. L'unité de proximité comprend en outre des aides-soignants et des agents de service.

Tous les membres de l'équipe paramédicale ont acquis une formation à la prise en charge des urgences soit au cours de leurs études, soit par une formation ultérieure.

Article D. 6124-14 : L'établissement assure également la présence d'un psychiatre dans le service d'accueil et de traitement des urgences vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, lorsque l'analyse de l'activité du service fait apparaître que la nature et la fréquence habituelle des urgences comportant des aspects psychiatriques le nécessitent. Dans les autres cas, l'équipe médicale du service peut faire venir un psychiatre à tout moment.

L'équipe médicale de l'unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences, prévue à l'article D. 6124-10, s'assure de la possibilité de faire venir un psychiatre à tout moment.

Article D. 6124-15 : Outre les membres mentionnés aux articles D. 6124-4 et D. 6124-11, l'équipe paramédicale du service d'accueil et de traitement des urgences et celle de l'unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences comprennent, en tant que de besoin, au moins un infirmier ou une infirmière ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie ; à défaut, elles s'assurent de la possibilité d'en faire venir un sans délai.

En ce qui concerne les services mobiles d'urgence et de réanimation, il s'agit des dispositions des articles :

Article D. 6124-19 : Le médecin responsable du service mobile d'urgence et de réanimation répond aux conditions d'exercice fixées par l'article L. 4111-1 et a acquis une formation à la prise en charge des urgences par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle d'au moins deux ans dans le domaine de l'urgence et de la réanimation.

Article D. 6124-20 : Pour être autorisé à mettre en oeuvre un service mobile d'urgence et de réanimation, un établissement doit disposer d'un effectif de médecins, d'infirmiers ou d'infirmières et, en tant que de besoin, d'infirmiers ou d'infirmières ayant acquis une expérience professionnelle de psychiatrie, suffisant pour assurer de jour comme de nuit les missions mentionnées à l'article R. 6123-10.

Article D. 6124-21 : Dans les établissements publics de santé, l'équipe médicale du service mobile d'urgence et de réanimation ne peut comprendre que des praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, des praticiens adjoints contractuels, des assistants, des attachés, des médecins contractuels. Pour

Deux enseignements peuvent être tirés de ce dispositif.

D'une part, l'activité spécifique de l'accueil des urgences renvoie à la fois à des qualifications et à des compétences particulières. Illustre parfaitement cette logique, l'article D. 6124-2 selon lequel « Le médecin responsable de ce service [d'urgence] répond aux conditions prévues par l'article L. 4111-1 et a acquis une formation à la prise en charge des urgences par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle de deux ans dans un service recevant les urgences » qui renvoient, à la fois à la « qualification » et à « l'expérience » du professionnel, autrement dit, à sa compétence. On peut, en outre, noter que cet article ne renvoie pas à la procédure de l'article L. 4111-2 I, ce qui signifie qu'en aucun cas un médecin en stage dans le cadre de la procédure d'autorisation ministérielle organisée par cet article ne pourra être responsable d'un service d'urgence, analyse évidemment confirmée par la suite de l'article qui dispose que : « Dans les établissements publics de santé, ce responsable est praticien hospitalier »⁶⁵.

D'autre part, en ce qui concerne la mise en jeu de la responsabilité administrative, et eu égard aux modalités de raisonnement du Conseil d'État en la matière, il apparaît clairement que le manquement à l'une de ces normes de qualification suffira à constituer la « faute dans l'organisation des services ». Soulignons, en outre, que la gestion d'une « situation exceptionnelle » caractérisée par un afflux subit de patient, qui obligerait à la prise en charge d'une partie des patients en dehors du service d'urgence, ne poserait pas de difficulté eu égard aux règles d'organisation de ces services. Ces dernières ont, en effet, pour fonction d'organiser un accueil « normal » de l'urgence.

Les responsabilités administratives et civiles n'obéissent pas aux mêmes règles. Les unes comme les autres permettent, cependant, la qualification de situations factuelles qui renvoient à des logiques d'action, notamment en ce qui concerne les rapports entre les professionnels, indépendants, et les institutions dans lesquelles ils sont amenés à intervenir. Nous allons donc retrouver nombre de raisonnements que nous venons de tenir, non plus en ce qui concerne la responsabilité administrative, mais en ce qui concerne la responsabilité civile.

les besoins du service, il peut également être fait appel à des internes de spécialité médicale, chirurgicale ou psychiatrique ayant validé quatre semestres.

Article D. 6124-22 : Tous les médecins participant aux équipes médicales des services mobiles d'urgence et de réanimation ont acquis une formation à la prise en charge des urgences soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins un an dans le domaine de l'urgence et de la réanimation. Les internes appelés à intervenir aux côtés de ces équipes satisfont aux mêmes obligations. Des étudiants en médecine, des résidents ou des internes ne remplissant pas les conditions précédemment mentionnées, accomplissant un stage ou une partie de leur formation dans un service mobile d'urgence et de réanimation, peuvent toutefois accompagner les équipes.

Article D. 6124-23 : Lors de chaque intervention, la composition de l'équipe du service mobile d'urgence et de réanimation est déterminée par le médecin responsable du service mobile d'urgence et de réanimation, en liaison avec le médecin régulateur du service d'aide médicale urgente auquel l'appel est parvenu. Cette équipe comprend au moins deux personnes, dont le responsable médical de l'intervention. Pour les interventions qui requièrent l'utilisation de techniques de réanimation, cette équipe comporte trois personnes, dont le responsable médical de l'intervention et un infirmier ou une infirmière.

⁶⁵ Rappelons, en outre, que selon l'article R. 6152-542 du Code de la santé publique, « Les candidats à l'autorisation ministérielle d'exercice, (...) recrutés à temps plein pour remplir des fonctions hospitalières d'une durée de trois ans en qualité d'assistant généraliste associé ou, selon le cas, d'assistant spécialiste associé, dans les services agréés pour recevoir des internes (...) exercent leurs fonctions sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou, en cas d'empêchement de celui-ci, de l'un de ses collaborateurs médecin ou pharmacien. Ils sont associés à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique assurée sur place, mais ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements ».

2.2.2 La responsabilité civile

La question de la responsabilité civile relative aux activités sanitaires a fait l'objet d'évolutions jurisprudentielles conséquentes ces dernières années, notamment en ce qui concerne la responsabilité des professionnels salariés ainsi que les possibilités d'actions récursoires à leur encontre des établissements qui les emploient. Nous n'allons pas retracer l'intégralité de ces évolutions, mais seulement rendre compte du droit positif en la matière, c'est-à-dire de la configuration des règles juridiques à l'heure actuelle.

Il est nécessaire, dans cette perspective, de se consacrer, dans un premier temps, à la répartition des responsabilités entre les professionnels et les établissements qui les emploient lorsque l'on se trouve dans une telle configuration, puisque, notamment, les règles jurisprudentielles en la matière ont évolué en 2004. Il sera alors possible, dans un second temps, d'analyser les rapports entre eux les fautes civiles et la question des qualifications professionnelles.

Responsabilité du professionnel et responsabilité de l'établissement de soins

On pouvait écrire, jusqu'à une date récente, que « La responsabilité médicale a toujours été traditionnellement, par principe, une responsabilité du fait personnel. (...) Une telle solution se traduit, sur le plan juridique, par le principe d'une responsabilité civile engagée du fait propre du médecin, solution absolument constante de la jurisprudence de droit privé. (...) Ainsi, une telle solution s'impose naturellement lorsque le médecin exerce à titre libéral, et conclut personnellement un contrat avec le patient. / La jurisprudence récente de la Cour de cassation en a également affirmé la portée de principe dans l'hypothèse où le médecin exerce sa profession en qualité de salarié d'un établissement de santé privé »⁶⁶. Deux arrêts de la première chambre civile de la Cour de cassation du 9 novembre 2004 ont, cependant, opéré un revirement de jurisprudence en ce qui concerne la situation des médecins salariés. Il est donc nécessaire de distinguer entre la situation des professionnels exerçant à titre libéral est celle des professionnels exerçant comme salariés.

Le professionnel exerçant à titre libéral

Après une période d'incertitude, la Cour de cassation a décidé, le 26 mai 1999, que « si, nonobstant l'indépendance professionnelle inaliénable dont bénéficie le médecin dans l'exercice de son art, un établissement de santé peut, sans préjudice de son action récursoire, être déclaré responsable de fautes commises par un praticien à l'occasion d'actes médicaux d'investigation ou de soins pratiqués sur un patient, c'est à la condition que ce médecin soit son salarié ». Autrement dit, un professionnel exerçant à titre libéral

⁶⁶ S. Porchy-Simon, *Jurisclasseur civil*, fascicule n°440-50 : Santé, Responsabilité médicale, Mise en oeuvre de la responsabilité médicale, n°3 et 4. Une telle solution résultait notamment, en ce qui concerne les médecins salariés, d'un arrêt de la première chambre civile de la Cour de cassation du 13 novembre 2002, qui statuant sur le recours d'une clinique contre le médecin salarié exerçant en son sein, a affirmé que « si un établissement de santé peut être déclaré responsable des fautes commises par un praticien salarié à l'occasion des actes médicaux d'investigation et de soins pratiqués sur un patient, ce principe ne fait pas obstacle au recours de l'établissement de santé et de son assureur, en raison de l'indépendance professionnelle intangible dont bénéficie le médecin, même salarié dans l'exercice de son art » (Cass. 1re civ., 13 nov. 2002; *Resp. civ. et assur.* 2003, comm. 50, obs. H. Groutel ; *D.* 2003, p. 580, note S. Deis-Beauquesne ; *D.* 2003, p. 460, obs. P. Jourdain).

dans le cadre d'un établissement de santé est responsable de son fait dans l'exécution de l'acte de soins⁶⁷.

L'établissement de santé est, quant à lui, responsable des actes qui lui sont imputables, notamment en ce qui concerne la question de l'organisation des soins et que nous allons bientôt examiner.

Le professionnel exerçant à titre salarié

Les règles concernant la répartition des responsabilités entre les médecins salariés et les établissements qui les emploient ont été modifiées par deux décisions de la première chambre civile de la Cour de cassation du 9 novembre 2004, l'une concernant un médecin, l'autre une sage-femme. Dans ces deux affaires, la Cour de cassation revient au droit commun en matière de responsabilité civile du commettant du fait de son préposé en estimant, contrairement à ce qu'elle faisait précédemment, que l'indépendance inhérente à l'exercice de l'activité médicale le fait pas obstacle à la responsabilité de l'établissement de santé qui emploie le professionnel en qualité de salarié. La Cour de cassation décide, en effet, que professionnel « salarié, qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui est impartie par l'établissement de santé privé, n'engage pas sa responsabilité à l'égard du patient »⁶⁸.

Les conséquences de ces arrêts méritent d'être précisées. L'immunité du professionnel qui agit sans excéder les limites de sa mission empêche le patient d'agir à son encontre. Elle empêche également tout recours de l'établissement de soins contre son préposé, puisqu'aucune action en responsabilité n'est désormais possible à son encontre⁶⁹. La portée de l'arrêt ne peut, enfin, être comprise en rapprochant sa solution des règles relatives à l'assurance des professionnels et des établissements de santé. En effet, selon l'article L. 1142-2, alinéa 4 du Code de la santé publique, « l'assurance des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur a été impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical ». Les membres des professions médicales salariées bénéficient donc d'une assurance souscrite à leur profit par l'établissement qui les emploie, leur conférant ainsi directement la qualité d'assuré, et entraîne automatiquement la prise en charge des conséquences pécuniaires de leur éventuelle responsabilité par l'assureur de leur employeur⁷⁰.

Les conséquences du système pour l'établissement de santé sont décrites par un commentateur de l'arrêt de la manière suivante : « Dans tous les cas, seule l'assurance de la clinique prend désormais en charge les dommages et intérêts alloués à la victime, les règles du droit des assurances venant donc ici, dans l'extrême majorité des cas, neutraliser l'effectivité d'une éventuelle action contre le médecin ou la sage-femme salariés. Le maintien d'une action personnelle contre ces derniers, dépourvu de toute conséquence pratique, n'avait dès lors plus aucune raison d'être, justifiant un alignement sur les règles du droit commun de la responsabilité civile, imposant le principe d'une irresponsabilité personnelle des professions médicales salariées »⁷¹.

⁶⁷ Cass. 1re civ., 26 mai 1999, *D.* 1999, jurispr., 719 ; *JCP G* 1999, II, 10112.

⁶⁸ Cass. 1re civ., 9 nov. 2004, *Sté Le Sou Médical c/ CRAM des professions libérales d'Ile de France*; Cass. 1re civ., 9 nov. 2004, *S. c/ de M*, note S. Porchy-Simon, *JCP*, II 10020, Le médecin ou la sage-femme salariés qui agissent dans les limites de leur mission n'engagent pas leur responsabilité à l'égard des patients.

⁶⁹ S. Porchy-Simon, Le médecin ou la sage-femme salariés qui agissent dans les limites de leur mission n'engagent pas leur responsabilité à l'égard des patients, *préc.*, n°7.

⁷⁰ *Idem*, n° 8.

⁷¹ *Ibid.*

Les règles relatives à la charge de l'indemnisation étant clarifiées, il est possible de procéder à l'analyse des conditions de l'engagement de la responsabilité, et en particulier celle en rapport avec la qualification des professionnels : la faute.

Faute civile et qualification du professionnel

Comme en ce qui concerne la responsabilité administrative, les modalités de raisonnement des juges diffèrent, en ce qui concerne la norme applicable, selon que la faute éventuelle renvoie à l'exécution d'un acte de soins par le professionnel ou à l'organisation des soins par un établissement de santé.

L'acte de soins

Depuis l'arrêt *Mercier* du 20 mai 1936, les juridictions amenées à évaluer la pertinence d'un acte de soins⁷², vérifient que ceux-ci ont été « attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science ». Si tel n'est pas le cas, les professionnels ou établissements de santé peuvent voir leur responsabilité engagée, ce comportement constituant l'inexécution d'une obligation contractuelle. Le Code de la santé publique reprend cette logique depuis la loi du 4 mars 2002, puisque son article L. 1110-5 prévoit que « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées ». Dans le même registre, l'article L. 1142-1 du même Code dispose que « (...) les professionnels de santé (...) ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ».

On constate, cependant, que ces dispositifs ne précisent pas ce qu'il faut entendre par soins « attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science », « soins les plus appropriés (...), thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées » ou encore « faute ». Dans ce contexte, il est nécessaire de rappeler que la faute se conçoit comme un écart à une norme; les concepts juridiques à l'oeuvre renvoient donc, en fait, à une normativité professionnelle, traditionnellement désigné sous la forme des « règles de l'art »⁷³.

On peut ainsi affirmer que la faute éventuelle des professionnels sera évaluée à l'aide des normes de la profession, qui peuvent être regroupées sous deux rubriques : les règles de l'art, entendue comme règles de techniques professionnelles ; les règles relatives à l'exercice professionnel, notamment les règles relatives à l'information et au consentement du patient, ou encore les règles déontologiques destinées à assurer un exercice professionnel adéquat. Ce champ renvoie notamment, on l'aura compris, en ce qui concerne la responsabilité civile comme en ce qui concerne la responsabilité administrative, aux règles déontologiques relatives à l'évaluation de sa compétence par le professionnel ainsi qu'aux règles prévoyant exception à ses possibilités d'abstention de soins en cas d'urgence ou de circonstances exceptionnelles. Le raisonnement tenu en ce

⁷² Cass. 1re civ., 20 mai 1936 : *D.* 1936, 88.

⁷³ Cf, sur cette question, D. Thouvenin, *La responsabilité médicale*, Flammarion, 1995, 43.

qui concerne la responsabilité administrative vaut, *mutatis mutandis*, en ce qui concerne la responsabilité civile. Le juge raisonnera donc sans doute, s'il a à évaluer le caractère fautif des agissements d'un professionnel intervenu en dehors des strictes limites de sa qualification, en fonction des prévisions déontologiques, qui privilégient une analyse en termes de compétence plutôt qu'en termes de qualification.

L'activité des professionnels se développe, cependant, de plus en plus au sein d'organisations, tenues de s'assurer de la qualification des professionnels qu'elles emploient.

L'organisation des soins

La relation entre un établissement de santé privé et un patient est organisée dans un cadre contractuel, le contrat « d'hospitalisation et de soins »⁷⁴. Dans ce contexte, le contrat conclu avec l'établissement de santé privé met à la charge de ce dernier une obligation générale d'organisation : la structure hospitalière doit assurer au patient des conditions d'hospitalisation et de soins satisfaisantes⁷⁵.

L'établissement de santé privé est, en outre, débiteur d'une obligation relative à l'organisation du personnel de l'établissement. Il a été ainsi notamment jugé⁷⁶ qu'un établissement engageait sa responsabilité s'il ne s'assurait pas de la présence en nombre suffisant d'un personnel qualifié⁷⁷, s'il ne mettait à disposition de son créancier qu'un personnel insuffisamment formé⁷⁸, ou s'il négligeait d'organiser une permanence d'anesthésistes⁷⁹.

On peut sans aucune difficulté analyser le raisonnement des juges. Ceux-ci ne disposent, en effet, pas d'une entière liberté en ce qui concerne la qualification des fautes civiles. Les juges sont notamment tenus de retenir le caractère fautif des comportements constituant la violation de « règles impératives »⁸⁰. Or, on sait que des règles impératives se trouvent dans toutes les branches du droit. On en trouve ainsi dans la législation de la famille, du travail, de l'environnement, ou de la circulation routière. Dans ce contexte, il paraît difficile de ne pas voir des règles impératives dans des règles assurant au patient l'intervention d'un personnel qualifié⁸¹. Suivant ce raisonnement, l'irrespect des règles relatives à la qualification des professionnels destinés à prendre en charge des patients constitueraient *ipso facto* une faute civile, comme manquement à une règle impérative. On constate, ce faisant, que le raisonnement utilisé est, encore une fois, extrêmement proche de celui à l'oeuvre en ce qui concerne la responsabilité administrative.

On peut donc affirmer que, que l'on se trouve dans un cadre public ou privé, le

⁷⁴ Cass. 1re civ., 30 oct. 1995, *Bull. civ.*, n° 383. - Cass. 1re civ., 26 mai 1996 : *JCP* 1996, II, 10112. *Adde*, D. Duval-Arnould, La responsabilité civile des professionnels de santé et des établissements de santé privés à la lumière de la loi du 4 mars 2002, *Rapport annuel de la Cour de cassation 2002* : Doc. fr. 2003. - H. Groutel, La responsabilité des cliniques, *Resp. civ. et assur.* Hors-série juill. 1999, 27. - P. Sargos, La doctrine jurisprudentielle de la Cour de cassation en matière d'obligations des établissements de santé privés et des personnes y exerçant leur activité, *Resp. civ. et assur.*, Hors-série juill. 1999, 35.

⁷⁵ F. Chabas, La responsabilité des cliniques pour défaut d'organisation : *Gaz. Pal.* 2001, 1, doct. 38.

⁷⁶ Pour d'autres exemples, cf. A. Casteletta, *La responsabilité médicale*, préc., n° 81.00 et suivants.

⁷⁷ Cass. 1re civ., 9 mai 1973, *Bull. civ.* n° 160; Cass. 1re civ., 18 janv. 1989, *Bull. civ.* I n° 99; Cass. 1re civ., 30 oct. 1995, *Bull. civ.* n° 383.

⁷⁸ Cass. 1re civ., 7 juill. 1998, *Bull. civ.* n° 239.

⁷⁹ Cass. 1re civ., 15 déc. 1999, *JCP* 1999, II, 10384.

⁸⁰ Selon G. Viney et P. Jourdain, « toute méconnaissance d'une règle explicite impérative est en soi illicite et donc fautive sans qu'il soit nécessaire de relever par ailleurs une négligence, une imprudence, un défaut de soins ou une déficience quelconque du comportement de l'auteur », G. Viney et P. Jourdain, *Les conditions de la responsabilité*, 2^{ème} édition, L.G.D.J., 1998, n° 448.

⁸¹ Nous avons même pu montrer que certaines règles déontologiques pouvaient appartenir à la catégorie des « règles impératives », J. Moret-Bailly, *Règles déontologiques et fautes civiles*, préc..

manquement aux règles d'organisation des établissements hospitaliers qui renvoient à la qualification des professionnels constitue systématiquement une faute de nature à engager la responsabilité indemnitaire des débiteurs⁸².

Un autre type de responsabilité transcende, du fait de sa fonction sociale, l'ensemble de ces catégories intellectuelles ; il s'agit de la responsabilité pénale.

2.3 La responsabilité pénale

La responsabilité pénale diffère sensiblement des responsabilités indemnitaires. Il ne s'agit plus, en effet, de traiter de rapports de créancier à débiteur, que ce soit dans un cadre public ou dans un cadre privé, mais de demander des comptes à une personne quant à sa moralité sociale, c'est-à-dire de la punir si elle viole des normes sociales fondamentales. La valeur dont il s'agit en ce qui concerne la question qui nous occupe, réside dans la vie ou l'intégrité corporelle des personnes, même si l'atteinte est involontaire.

Dans cette perspective, l'article 221-6 du Code pénal définit l'infraction d'homicide involontaire de la manière suivante : « Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende »⁸³. Les infractions de violences involontaires sont construites sur le même modèle, la peine variant en fonction de la gravité à l'atteinte à l'intégrité physique. Les autres conditions de réalisation de l'infraction restent les mêmes.

Une précision doit, en outre, être apportée : les infractions que nous analysons sont reprochables aux personnes physiques, professionnels de santé, et responsables de l'organisation des soins, mais également aux personnes morales qui accueillent les patients, établissements de santé publics ou privés. En ce qui concerne les personnes morales, l'article 121-2 du Code pénal dispose, en effet : « Les personnes morales, à l'exclusion de l'État, sont responsables pénalement, selon les distinctions des articles 121-4 à 121-7 et dans les cas prévus par la loi ou le règlement, des infractions commises, pour leur compte, par leurs organes ou représentants. / Toutefois, les collectivités territoriales et leurs groupements ne sont responsables pénalement que des infractions commises dans l'exercice d'activités susceptibles de faire l'objet de conventions de délégation de service public ». L'application de l'article aux personnes morales de droit privé ne fait pas de doute. Les exceptions à son application dans un cadre public ne concernent que l'État et les collectivités territoriales sous certaines conditions, mais non les établissements publics, catégorie à laquelle appartiennent les établissements de santé. Il est, en outre, utile de préciser que les responsabilités des personnes physiques et des personnes morales sont cumulatives, puisque le troisième alinéa de l'article 121-2 prévoit que « La responsabilité pénale des personnes morales n'exclut pas celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa de l'article 121-3 ».

Dans ce contexte, les infractions d'homicide et des violences involontaires méritent d'être analysées d'un double point de vue : la faute exigée pour que l'infraction soit réalisée,

⁸² Si, toutefois, les autres conditions desdites responsabilités (lien de causalité et préjudice) sont réunies.

⁸³ Le second alinéa de l'article prévoit, quant à lui : « En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 € d'amende ».

ainsi que le lien de causalité entre cette faute et le dommage, résultat du comportement incriminé. Or, ces conditions varient selon la catégorie de personnes dont la responsabilité est examinée, professionnels, responsables de l'organisation des soins ou personnes morales. Nous examinerons donc successivement ces trois situations⁸⁴.

2.3.1 Les professionnels

La faute des infractions de violences et d'homicide involontaire est constituée par « maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement ». On constate, d'ores et déjà, que l'application de ces catégories juridiques nécessite, comme en ce qui concerne les autres types de responsabilité, le relais d'autres normes. Ainsi, la maladresse ne peut se mesurer que compte tenu d'une intervention considérée comme adroite, l'imprudence ne peut s'apprécier que par rapport à l'idée que l'on peut se faire une attitude prudente. Plus objective, en revanche, est la référence au manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement. Entrent ainsi sans doute dans cette catégorie, les règles relatives, notamment, à l'organisation technique des activités sanitaires, qui concernent, par exemple, les équipements nécessaires à l'obtention d'autorisations administratives⁸⁵.

On aura noté, cependant, que les infractions relatives aux atteintes involontaires à la vie et à l'intégrité corporelle prévoient que la qualification de l'infraction s'opérera « dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3 ». Cette référence doit être explicitée.

L'article 121-3 ne faisait que reprendre, en 1994, lors de l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal, la formule renvoyant à la « maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement ». Cet article a été modifié à deux reprises, en 1996 et en 2000, dans le but de rendre plus difficile la répression en ce qui concerne les comportements examinés. Ces modifications visaient essentiellement à protéger les décideurs publics, mais également privés, de mises en cause considérées par le législateur comme excessives, les personnes ne causant pas directement le dommage considéré, mais organisant des activités à l'occasion desquelles les dommages peuvent intervenir. Ces modifications légales ont, cependant, également modifié la situation des personnes qui causent directement le dommage, ici, les professionnels de santé.

L'article 121-3 dans sa rédaction actuelle dispose ainsi, dans son troisième alinéa : « Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait ». Cet énoncé ajoute, en réalité, une condition à la réalisation des infractions que nous étudions. Le ministère public devra ainsi prouver, pour que l'infraction soit considérée comme réalisée, non seulement la « maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement », mais également que « l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences

⁸⁴ Sur l'ensemble de la question, cf Y. Mayaud, *Droit pénal général*, PUF, 2005, n°212-231.

⁸⁵ Par exemple les règles relatives à l'organisation des services d'urgence, qui suivent celles que nous avons examinées à propos des conditions pesant sur la qualification des professionnels intervenants dans le cadre de ses activités.

ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait ».

Cette précision est, évidemment, cruciale puisqu'elle signifie que les comportements examinés le seront, d'une part en référence à des « diligences normales », mais également en tenant compte, en référence à l'auteur éventuel de l'infraction, « de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait ». On comprend donc, d'une part, que la faute du professionnel sera examinée en référence à un comportement « normalement diligent » c'est-à-dire en référence aux comportements raisonnablement attendus d'un professionnel placé dans les mêmes circonstances; autrement dit, l'article 121-3 renvoie, comme dans les autres systèmes de responsabilité, à une normativité professionnelle (technique ou relative aux règles d'exercice de la profession) pour qualifier la faute. On comprend, d'autre part, que l'appréciation de la faute doit s'effectuer en fonction des circonstances réelles dans lesquelles survient le dommage, puisque l'article 121-3 prévoit que les juges doivent se prononcer en fonction de « la nature des missions ou des fonctions, des compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont disposait », la personne dont la responsabilité est examinée. Cette modalité d'appréciation de la faute est traditionnellement dénommée *in concreto*, par opposition à une appréciation *in abstracto*, qui fait référence à une norme idéale de comportement. On peut en outre noter, dans cet énoncé, la référence à la « compétence » de la personne, et non à sa qualification, autrement dit la référence au savoir-faire réel du professionnel, et non aux conditions légales d'exercice régulier de l'activité.

Pour résumer, les professionnels de santé dont la responsabilité pénale est examinée verront leurs fautes éventuelles appréciées, d'une part en fonction de leurs normes de techniques et d'exercice professionnel, d'autre part en tenant compte des circonstances concrètes de la survenue du dommage en cause.

Les règles d'évaluation de la responsabilité des personnes chargées d'organiser les soins diffèrent de celles que nous venons d'examiner.

2.3.2 Les responsables de l'organisation des soins

En ce qui concerne les responsables de l'organisation des soins, les juges ne devront pas d'appliquer l'article 121-3 alinéa 3 du Code pénal, mais son alinéa suivant, l'alinéa 4, qui dispose : « (...) les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer ». Rappelons que cette disposition a été construite pour limiter la répression des personnes qu'elle vise.

Du point de vue de son domaine, le texte concerne « les personnes physiques », et ne concerne donc pas les personnes morales qui ne bénéficieront pas de ces dispositions ; les personnes physiques concernées sont, en outre, celles « qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter ». Il ne s'agit donc pas des professionnels de santé, qui peuvent directement causer de dommages mais des personnes qui organisent les activités dans lesquelles le dommage peut être causé. Encore faut-il immédiatement noter que l'on pourra reprocher à ces personnes non seulement, positivement, d'avoir créé les conditions de réalisation du dommage, mais également, négativement, de n'avoir « pas pris les mesures permettant

de l'éviter ».

Le texte concerne donc, dans les établissements de santé, les personnes qui prennent part à l'organisation des soins, du personnel soignant qui a la charge ce type d'activité au directeur de l'établissement, en fonction de la part prise par chacun d'eux à la « création de la situation qui permet la réalisation du dommage ». Notons que, ici encore, l'appréciation de la faute se fera *in concreto*.

Du point de vue des conditions d'engagement de cette responsabilité, le ministère public devra établir, dans la situation analysée, que les personnes ont « soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer ». On constate que les conditions de la mise en oeuvre du texte sont très restrictives, ce qui implique que la répression ne pourra que difficilement advenir. Factuellement, cette disposition est destinée à ne pouvoir s'appliquer qu'à des personnes qui, conscientes d'une situation particulièrement dangereuse pour des tiers, décident d'agir en faisant perdurer cette situation, ou choisissent de ne rien faire.

Soulignons, également, que la violation des normes évoquées par ce texte renvoie à des « obligations particulières de prudence ou de sécurité prévues par la loi ou le règlement ». On peut alors se demander si les règles relatives à la qualification des professionnels en font partie. La question n'a, à notre connaissance, pas reçu de réponse juridictionnelle. Les termes utilisés par les lois pénales doivent, lorsqu'ils ne renvoient pas à une technique particulière, être interprétés en leur donnant leur sens commun. Dans ce contexte on peut sans doute estimer que les règles relatives à la qualification des professionnels constituent des « obligations particulières de prudence » ; elles sont, en outre, prévues par le règlement. Autrement dit, le choix (ou circonstances particulières permettant de justifier cette attitude), pour une personne en position d'organiser l'activité de professionnels de santé, de ne pas respecter les normes relatives à la qualification des professionnels censés intervenir dans le contexte considéré serait de nature à engager sa responsabilité pénale.

Les règles sont encore différentes en ce qui concerne les personnes morales intervenant dans le champ.

2.3.3 Les établissements de santé

Les établissements de santé ne sont pas concernés par les alinéas 3 et 4 de l'article 121-3. En effet, d'une part l'article 121-3 alinéa 4 concerne explicitement les personnes physiques. D'autre part, l'article 121-2 alinéa 3, relatif à la responsabilité des personnes morales prévoit que « La responsabilité pénale des personnes morales n'exclut pas celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa de l'article 121-3 », liant implicitement l'application de l'article 121-3 à la situation des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits. Cette organisation de la distribution des responsabilités, qui rend l'engagement de la responsabilité des personnes morales plus faciles que celui des personnes physiques pourrait étonner. Celle-ci peut, cependant, s'expliquer de la manière suivante, en reprenant les mots d'un auteur : « la solution a été voulue de manière à éviter des situations extrêmes, ou n'existerait plus aucune responsabilité pénale. Et en effet, une simple faute, même indirecte, peut-être le signe de défaillances structurelles, il est bon que la personne morale puisse en répondre, afin de compenser la dépenalisation dont bénéficient par ailleurs les personnes physiques. Les deux responsabilités trouvent ainsi

dans la loi elle-même le critère d'une complémentarité très utile »⁸⁶.

Dans ces conditions, il est possible, en cas d'irrespect des règles relatives aux qualifications professionnelles dans le cadre d'un établissement de soins que la responsabilité de l'établissement de santé soit, quant à elle, engagée, alors même que ni la responsabilité des professionnels de santé ni celle des personnes physiques chargées de l'organisation de l'activité ne l'aura été⁸⁷.

Conclusion de la seconde partie

Nous pouvons, en conclusion, rapprocher les différents résultats que nous avons obtenus dans le cadre de cette partie.

Ainsi, les décisions disciplinaires sont essentiellement appelées à se fonder sur les règles relatives à l'exercice des professions, dont le règlement de qualification de la profession médicale et les règles de déontologie, ces dernières étant porteuses d'une logique de la compétence plutôt qu'une logique de la qualification. Or, d'un point de vue technique, en cas d'opposition entre le règlement de qualification et le Code de déontologie, c'est bien la règle de déontologie qui s'applique, de préférence au règlement de qualification. En outre, les acteurs sociaux chargés de la répression disciplinaire, essentiellement membres des professions concernées, auront sans doute tendance à raisonner en fonction des impératifs déontologiques, qui mettent au premier rang une autorégulation de la profession (voire une autorégulation individuelle, puisque le professionnel évalue lui-même la situation), plutôt qu'une hétérorégulation issue du règlement de qualification. Ceux-ci pourront, cependant, considérer que la qualification donne un indice certain de la compétence du professionnel dont l'action est jugée.

En ce qui concerne les responsabilités indemnitaires, il est nécessaire de distinguer entre l'évaluation des gestes techniques et l'organisation des soins.

En ce qui concerne les gestes techniques des professionnels, les juges se fondent essentiellement pour vérifier leur caractère ou non fautif sur leur conformité aux règles de l'art, c'est à dire au savoir faire du professionnel. On se trouve ici pleinement dans une logique de la compétence. Ceci dit, la qualification du professionnel dont le geste est évalué constituera évidemment un indice de sa compétence, et l'intervention en dehors du champ de sa qualification pourra être considérée comme une imprudence.

Dans ce contexte, il semble nécessaire de souligner que c'est essentiellement une normativité professionnelle - et notamment les règles de l'art - qui guide le juge dans son opération de caractérisation de la faute. L'accord des acteurs sociaux sur les instruments d'évaluation et de mesure de l'activité professionnelle (compétences pré-requises pour exercer la profession, règles de l'art ou encore normes résultant de conférences de consensus) est donc d'une grande importance quant à l'anticipation des décisions à venir.

En ce qui concerne l'engagement éventuel d'une responsabilité indemnitaire en lien avec l'organisation des activités de soins, les règles relatives à la qualification prennent, en revanche, toute leur importance : les juges administratifs ou judiciaire retiennent soit la faute dans l'organisation des services (dans un cadre public), soit l'irrespect d'une obligation contractuelle (dans le cadre du contrat qui lie le patient et la clinique), dès lors que les règles juridiques relatives aux qualifications ne sont pas respectées dans la dispensation des soins⁸⁸.

⁸⁶ Y. Mayaud, *Droit pénal général*, préc., n°228.

⁸⁷ Le tout, rappelons le, à la condition que cet irrespect soit en relation causale avec un dommage avéré.

⁸⁸ Encore est-il nécessaire de préciser que, pour qu'une responsabilité soit engagée, ses autres conditions soient réunies, c'est-à-dire que le préjudice résultant du manquement aux règles de qualification ait été

En ce qui concerne la responsabilité pénale, enfin, il est nécessaire de bien comprendre que le but de cette répression est la compensation du préjudice subi par la société du fait de l'irrespect de ses valeurs fondamentales, ici, le respect de la vie et de l'intégrité corporelle d'autrui. Il s'agit, dans ce contexte, d'apprécier le comportement d'une personne vis-à-vis de ces valeurs, et ici son mépris vis-à-vis d'elles. La qualité de professionnel ou d'organisateur des soins de la personne dont la responsabilité est examinée n'est ici que secondaire, dans la mesure où la société demande d'abord des comptes à une personne, qui se trouve, ensuite, être un professionnel.

Dans ce contexte, la responsabilité sera évaluée *in concreto*, c'est-à-dire en considération des faits de l'espèce, et en lien avec les circonstances réelles de la survenue de l'atteinte à l'intégrité corporelle ou à la vie, et notamment en fonction de la « compétence » du professionnel.

La responsabilité des personnes organisant les activités est, quant à elle, plus difficile à engager que celle des auteurs directs, puisqu'une faute caractérisée, démontrant un mépris constant des valeurs en cause se reflétant dans l'organisation analysée doit être démontrée.

La responsabilité des personnes morales doit, en revanche, être appréciée plus objectivement ; elle est donc, moins difficile à engager.

On peut en conclure que la responsabilité pénale résultant des conséquences éventuelles de l'irrespect des règles relatives aux qualifications des professionnels pèse essentiellement sur les personnes morales sous l'égide desquelles sont dispensés les actes de soins. Cependant, du fait de l'évaluation *in concreto* des fautes en la matière, les circonstances de fait prennent une importance permettant d'imaginer nombre de configurations dans la distribution des responsabilités au sein des différentes espèces.

À titre synthétique, trois conclusions peuvent être tirées de tout ce qui précède.

1) L'évaluation des gestes techniques des professionnels s'effectue en référence aux normes gouvernant la qualité de leur exercice médical spécifique et de leurs pratiques. Il est donc essentiel pour l'ensemble des acteurs de trouver un accord en ce qui les concerne. Outre l'intérêt intrinsèque d'une réflexion collective d'un groupe quant aux compétences requises pour exercer la spécialité médicale prise en compte et à ses pratiques, ces normes anticiperont, en termes de responsabilité, l'évaluation des fautes par les juges chargés d'évaluer les activités concernées.

2) En ce qui concerne les personnes morales, c'est-à-dire les établissements de santé, l'engagement de la responsabilité renvoie également au respect des règles d'organisation de la dispensation des soins. Dans ce contexte, les règles de qualification constituent des éléments objectifs de qualification des fautes, l'existence de ces dernières étant déduite de l'irrespect des premières.

3) En tout état de cause, aucune action en responsabilité ne saurait prospérer relativement à un geste technique « consciencieux, attentif, et conforme aux données acquises de la science », ou relative à une organisation collective qui respecte les règles relatives à la qualification des professionnels chargés de la dispensation des soins.