



IL EST PLUS QUE L'ADDITION DE LA FMC ET DE L'EPP

Chaque médecin autonome devant son plan de DPC

DÉMARCHE CONTINUE D'APPROFONDISSEMENT ET DE MAINTIEN DE LA COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE, LE DPC IMPLIQUE UNE DÉMARCHE RÉFLEXIVE QUI CONSISTE POUR CHACUN À FAIRE LE POINT SUR SA PROPRE PRATIQUE ET QUI RÉPOND PLUS GLOBALEMENT À UNE EXIGENCE SOCIÉTALE CENSÉE AMENER LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ À INTÉGRER À SA PRATIQUE LES DIMENSIONS COLLECTIVES DE LA SANTÉ

Le Développement professionnel continu (DPC) est né, en France, de l'unification de deux dispositifs : d'une part la Formation médicale continue (FMC) enracinée depuis des décennies dans la profession médicale, et de l'autre l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sous la forme du groupe d'échanges de pratiques, et devenues l'une et l'autre des obligations légales respectivement en 1996 et 2004. La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) qui a instauré l'obligation du DPC en 2009 en a formulé les objectifs : « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé » (article L. 4133-1). Alors que la FMC se focalise sur l'amélioration des connaissances et que l'EPP en passe par l'analyse et l'évaluation des pratiques, le DPC articule ces composantes.

Pour autant le DPC ne se limite pas à la simple addition de ces deux dispositifs. C'est en se référant aux actes fondateurs du DPC qu'on pourra appréhender l'ampleur du changement de perspective. Le DPC est né dans le monde anglo-saxon. Le terme de *Continuing Professional Development* apparaît pour la première fois en 1984 dans une revue vétérinaire ; en 2003 le Collège royal des gynécologues obstétriciens établit un schéma du DPC ; en 2004 Américains et Européens établissent une charte du DPC ; en 2007 il devient obligatoire au Canada. Mais c'est dès 2001, dans sa déclaration de Bâle, que l'Union européenne des médecins spécialistes élargit notablement le champ du DPC par rapport à la FMC. Le DPC répond aujourd'hui, en France, à une définition précise et consensuelle : « *Le DPC est une démarche continue d'approfondissement et de maintien de la compétence professionnelle, il concerne tous les champs de la pratique professionnelle : le soin, l'organisation du cabinet*

médical, l'éthique, la communication avec le patient et les autres professionnels de santé, etc. Il associe des démarches de questionnements sur sa pratique réelle et des choix de formation en vue de s'améliorer. On parle de pratiques réflexives. Cela repose sur le développement de l'autonomie du médecin à construire son plan de DPC, tenant compte des problématiques de santé et de la population qu'il soigne et des principes et fonctions de sa discipline »¹.

Le champ couvert par le DPC englobe ainsi² :

- l'expertise médicale : connaissances et savoir procédural nécessaires aux activités cliniques, jugement clinique, informatique et technologies médicales appliquées à la clinique ;
- la gestion du risque : identification, investigation, analyse et évaluation des risques et sélection des méthodes pour corriger, éliminer ou réduire les risques identifiables ; communication ; facteurs culturels des patients ;
- la gestion du cabinet ;
- le développement personnel et l'introspection ;
- les valeurs professionnelles et la responsabilité ;
- l'éducation : formation continue, mais aussi partage du savoir avec le patient et les autres professionnels de santé.

Le DPC devra s'intégrer à l'activité professionnelle

La profession médicale a su, des décennies durant, inventer et déployer sa formation médicale continue avec une ampleur, une créativité et un sens des réalités que chacun s'accorde à reconnaître. Puis elle a su s'approprier, avec une étonnante rapidité, des procédures de l'évaluation des pratiques professionnelles. Elle saura, à n'en pas douter, prendre le train du Développement professionnel continu. C'est peu dire que les attermolements gouvernementaux ne l'y ont pas aidée, alors que, somme toute, le pas eût été aisément franchi tant le DPC est déjà, fût-ce de façon informelle, à l'œuvre dans les pratiques des professionnels de santé. Nous sommes aujourd'hui à la croisée des chemins car le DPC est maintenant inscrit dans la loi. Les décrets sont parus.

Toutes ces années à les attendre pas n'ont pas été vraiment perdues, elles auront permis à la profession médicale, et notamment à ceux qui sont de longue date engagés dans la FMC, de se préparer. Nous savons aujourd'hui qu'il s'agira essentiellement de savoir transposer, adapter et améliorer des modes de fonctionnement dont tous sont familiers. Le DPC a pour vocation de s'intégrer à l'activité professionnelle, il doit donc être simple à concevoir et aisé à mettre en place. C'est ce que nous avons souhaité montrer avec ce dossier TLM.

Philippe Bonet
Président de l'Unaformec,
Coordinateur du Dossier TLM



Un deuxième aspect, relatif cette fois à la méthode, mérite d'être souligné. Le DPC implique une démarche réflexive de chaque professionnel. Il consiste pour chacun à faire le point sur sa propre pratique, à mieux analyser son fonctionnement au sein d'une équipe de professionnels de santé et à développer tout au long de sa vie professionnelle ses compétences et ses performances — par là il permet à chacun de mieux sécuriser sa pratique. Dans la mesure où le DPC place le médecin au centre de son dispositif, comme le patient est au centre du système de soins, on pourra parler de développement personnel — et non plus seulement professionnel — continu. Comme on pourra le comprendre, le DPC relève plus étroitement encore que la FMC, de la responsabilité de chaque professionnel, dans sa mise en œuvre comme dans son évaluation.

Troisième aspect, et non des moindres, la loi HPST parle d'une « prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». C'est dire que le DPC répond à une exigence sociétale, et que chaque professionnel est invité à mieux comprendre son rôle au sein du système de santé et à intégrer les dimensions collectives de la santé à sa pratique personnelle. Il est ainsi placé sous le regard des institutions qui fixent les priorités de santé publique — notamment l'Etat —, valident les « bonnes pratiques » (HAS pour l'essentiel), qui vont assurer le « contrôle » du dispositif ainsi que les organismes de formation « agréés ». Le point portant sur « la maîtrise médicalisée des dépenses de santé » est plus problématique, dans la mesure où il risque d'amener les tutelles à dénaturer l'esprit et l'objet du DPC au profit d'objectifs économiques et de contrôle étroit des médecins, et par là d'entraîner la profession dans un formatage basé sur l'application stricte de recommandations et procédures, réduisant le contenu du DPC à des obligations réglementaires. D'où une exigence de vigilance de la part de la profession médicale vis-à-vis des inévitables écarts et des tensions qui pourraient en résulter.

Le DPC représente une évolution logique de ce qui a été inventé et mis en place, des années durant, dans le cadre de la formation médicale continue et de l'EPP. A cela le DPC apporte une extension des champs couverts ainsi que l'organisation autour de quelques grands axes pédagogiques.

De fait, telle la prose de Monsieur Jourdain, le DPC est pratiqué naturellement par chaque médecin chaque fois qu'il va chercher dans la formation ce dont il a besoin pour sa pratique. Les opérateurs auraient tort d'oublier ce lien organique qui existe entre la pratique d'amélioration continue de ses pratiques que met en œuvre chaque médecin et les procédures proposées par le DPC. D'où cet impératif : proposer des formules de DPC digestes et aisées à mettre

en place pour qu'elles correspondent à la pratique concrète des médecins.

Pierre Colombier

1. Collège de la Médecine Générale. Développement Professionnel Continu. 19 réponses courtes à des questions simples. <http://www.lecollegedelamedecinegenerale.fr/> (pages visitées le 20.10.11).
2. Eric Drahi, DPC : des concepts multiples pour des choses simples, Le Magazine de l'Unaformec, n° 87, février 2009, (<http://www.unaformec.org/Mag/magazine087.html>).

Action, programme, plan de DPC

> Qu'est-ce qu'une « action » de DPC ? Une action de DPC est une des briques qui participent à la démarche globale et continue de DPC du médecin. Elle peut être de différentes natures, formation, et/ou actions d'évaluation. Plusieurs actions constituent un programme.

> Pourquoi parle-t-on de « programme » de DPC ? Un Programme de DPC peut comporter plusieurs phases et avoir une certaine durée. La plupart du temps, les programmes intègrent une phase d'observation et une phase partagée et/ou une phase partagée et/ou de formation et une mesure d'impact, ou les trois. L'intérêt d'un programme de DPC réside dans le fait qu'il est suivi par un grand nombre de professionnels et permet d'en tirer des objectifs collectifs d'amélioration par le suivi d'indicateurs et/ou de recueil et d'analyse de données.

> Qu'est-ce qu'un « plan » de DPC ? C'est un ensemble d'actions et/ou de programmes menées par le professionnel, en réponse aux besoins qu'il a identifiés, et qui contribue à son DPC.

> Quelle doit être la durée d'un plan/action/programme ? Elle est évidemment variable. Dans tous les cas, elle s'étale dans un temps permettant différentes phases observation/phase partagée. Elle ne doit être ni trop courte ni trop longue pour rester faisable et cohérente. Par exemple, dans l'appel d'offres OG-DPC, elle est de trois mois minimum. Le plan de DPC, par contre, est par définition continu et illimité, tout au long de la vie professionnelle.

* Collège de la Médecine Générale. Développement Professionnel Continu. 19 réponses courtes à des questions simples. <http://www.lecollegedelamedecinegenerale.fr/> (pages visitées le 20.10.11).

La « logique de programme » du DPC*

Cette logique se décline selon les items suivants :

- Recueil et analyse des pratiques réelles, mise en évidence de difficultés ou d'atouts ;
- Analyse des caractéristiques des situations envisagées : notamment propres au secteur de soins concerné, primaire, secondaire ou même tertiaire, compétences et outils indispensables à la résolution du problème (documentation nécessaire, apprentissages techniques, dossier partagé, etc.), réflexes acquis ou à acquérir par le professionnel à ce stade de son évolution, etc.
- Confrontation aux données scientifiques actualisées. Les recommandations de pratique clinique (RPC) en font partie, proposant des synthèses argumentées. Il ne s'agit jamais de respecter aveuglément la recommandation, mais de l'utiliser comme repère pour la décision, selon les fondateurs de l'EBM. C'est là qu'interviennent les diverses expertises. Chaque discipline peut enrichir de sa propre réflexion les autres partenaires en cause, d'ailleurs très largement au-delà du biomédical.
- Mise en œuvre des données acquises dans les étapes ultérieures, simulées (au cours de l'action) ou réelles (au cours de l'exercice).
- Programme, spirale ou cycle sans fin, parce qu'on imagine bien que dans ce processus vraiment « continu », rien n'est jamais terminé.

* Jean-Pierre Vallée, Eric Drahi, Yves Le Noc, « Développement professionnel continu, Habits neufs pour vieux concepts ? » Médecine, janvier 2010.



LES NOUVELLES TECHNOLOGIES NE SONT QU'UN OUTIL...

Avantages et limites d'un DPC tout Internet

LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (TIC) FONT AUJOURD'HUI PARTIE DE NOTRE PAYSAGE. SI ELLES RENDENT BIEN DES SERVICES — NOTAMMENT DANS LE DOMAINE DE LA E-FORMATION ET EN PARTICULIER AUX MÉDECINS EXERÇANT DANS DES CAMPAGNES REÇULÉES OU N'AYANT PAS L'OPPORTUNITÉ DE SE RÉUNIR —, ELLES NE SONT QUE L'UN DES OUTILS DU DPC, QUI DOIT REPOSER AVANT TOUT SUR DES ÉCHANGES HUMAINS, PHYSIQUES OU VIRTUELS

Les temps changent, les moyens technologiques également. L'ère informatique est née au siècle dernier, et, depuis le début du XXI^e siècle, les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont devenues routinières. Il est maintenant possible d'accéder à l'information planétaire de chez soi, les « réseaux sociaux » sont devenus le quotidien de beaucoup, et les réunions virtuelles se développent.

Pour des médecins isolés ou exerçant dans des campagnes reculées, les TIC apportent des solutions à la difficulté de se réunir. Il est donc tentant de les utiliser dans le champ de la formation ou du DPC.

UNE PRATIQUE RÉFLEXIVE NÉCESSITE L'INTERACTIVITÉ ENTRE MÉDECINS

Beaucoup d'expériences de e-formation ont été faites depuis trente ans, simples présentations de diaporamas en ligne, QCM, vignettes cliniques à résoudre, tests de concordance de scripts, par exemple. Dans beaucoup de ces expériences, le médecin est laissé seul devant son écran, et l'interactivité est apportée par le logiciel informatique¹. D'autres expériences ont fait appel à des réunions virtuelles, permettant de développer une interactivité entre médecins, ce qui, à notre sens, est nécessaire à une véritable pratique réflexive.

L'informatique permet le stockage structuré d'informations, que ce soit en ligne ou sur son ordinateur. C'est un outil rêvé pour

l'aide à l'identification et à la hiérarchisation de ses besoins de DPC. L'informatique est quasi incontournable pour l'élaboration et le suivi de son plan individuel de DPC. Enfin, il existe aujourd'hui quelques logiciels métier permettant, à partir du dossier du patient, d'analyser ses pratiques et de suivre des indicateurs de qualité². Ici aussi, c'est dans les échanges avec d'autres professionnels que se construit la pratique réflexive.

Les TIC font aujourd'hui partie de notre paysage. Le risque est de les surinvestir de propriétés magiques, alors qu'elles ne sont que l'un des outils du DPC, qui doit reposer avant tout sur des échanges humains, physiques ou virtuels.

Anne-Claire Benoteau,
Eric Drahi,
SFDRMG

1. Borduas M. Comment le e-Learning peut aider le médecin dans son plan de DPC. La lettre du DPC. 2009 ; 18 : 2-3.
2. Turcotte A., Lussier MT. Da Vinci : un système de gestion et de collaboration clinique. La lettre du DPC. 2009 : 18 ; 2. 5.

Un e-DPC sur la migraine par la SFDRMG*

Conformément aux exigences du DPC (cf article correspondant), il s'agit de réaliser l'intégralité d'un module depuis chez soi. Ainsi, les médecins intéressés par le thème peuvent s'inscrire, et remplir un engagement d'implication. Les réunions se déroulent par téléphone, et sont animées par un membre de la SFDRMG (Société française de documentation et de recherche en Médecine générale).

Un premier rendez-vous permet de faire connaissance, de présenter le module et de répondre aux questions des participants. Le module peut commencer, selon les cas, par un audit des pratiques actuelles. L'ensemble des outils sont fournis par la structure organisatrice. La synthèse des résultats de l'audit sert de base à la réflexion pour la réunion téléphonique de mi-parcours. Les participants ciblent alors leurs points faibles, et dégagent des pistes d'amélioration.

Lors des semaines suivantes, ces pistes sont mises en œuvre au sein des différents cabinets des médecins participants, puis un nouvel audit permet de comparer « l'avant/après ». La synthèse

des réponses (anonymes) de ce deuxième audit est présentée lors de la dernière réunion téléphonique : les améliorations prévues à l'issue du premier audit sont-elles effectives ? Quelles ont été les difficultés rencontrées ? Comment modifier nos pratiques de manière pérenne ?

Une ultime étape à distance peut permettre une piqure de rappel, par voie électronique ou postale, afin d'inciter les participants à refaire le point sur les actions d'améliorations prévues au terme du module.

Un module de e-DPC dure de 6 à 9 mois selon les cas. L'ensemble de la documentation scientifique et pédagogique est fourni par la structure, qui propose aussi un accompagnement de l'animateur. Les frais de conférence téléphonique sont pris en charge par la structure. Les participants sont indemnisés à hauteur de 30€. A l'issue du module, ils reçoivent une attestation de DPC.

* SFDRMG : Société française de documentation et de recherche en Médecine générale, société scientifique de médecine générale de l'UnaformeC.

Pour un DPC fondé sur des références scientifiques validées

DEUX ÉTAPES DU DPC FONT RÉFÉRENCE AUX DONNÉES SCIENTIFIQUES VALIDÉES, RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE ET RÉFÉRENTIELS, OU AUX DONNÉES ACTUALISÉES DE LA SCIENCE (DAS). METTRE À DISPOSITION DES PROFESSIONNELS LES DONNÉES ET OUTILS DISPONIBLES, C'EST CE À QUOI S'EMPLOIE L'UNAFORMEC

Le Développement professionnel continu (DPC) correspond à une démarche continue d'évaluation et d'approfondissement des connaissances et des compétences. Dans la déclaration de Bâle de l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS), le DPC est défini comme « *les moyens éducatifs qui permettent aux médecins de mettre à jour, développer et améliorer les*

connaissances, aptitudes et attitudes requises par leur activité professionnelle. L'objectif du DPC est d'améliorer tous les aspects de la performance professionnelle du médecin ». Dans le Guide pour une bonne pratique médicale (*Good Medical Practice*) du General Medical Council (l'Ordre des médecins britannique), « *les médecins doivent rester compétents et maintenir à jour leurs connaissances et compétences pour fournir des traitements efficaces fondés sur les preuves disponibles, et faire un bon usage des ressources disponibles* ».

Quels que soient les méthodes, démarches et modes d'organisation professionnelle considérés, le DPC repose sur une approche réflexive selon la définition de Schön, avec trois étapes successives : analyse de la pratique, confrontation aux sources de référence, construction d'actions pour corriger et améliorer ses comportements et ses pratiques.

Si la première étape consiste en un regard individuel et personnel sur sa pratique, les deux suivantes font explicitement référence aux données validées sur le plan scientifique et plus particulièrement les recommandations de bonne pratique et référentiels des agences institutionnelles ou des sociétés scientifiques de spécialités et, à défaut, aux données actualisées de la science (DAS). C'est le rôle des structures de formation et des sociétés scientifiques de mettre à disposition des professionnels, à titre individuel ou regroupés, les données et outils disponibles. Le centre de documentation de l'Unafornec a pour mission première d'entretenir une base de données spécifique de la médecine générale alimentée en continu à partir d'une veille documentaire sur les principales revues généralistes francophones et anglophones, les recommandations françaises et

DPC ET ASSOCIATIONS LOCALES

Des ressources pour tirer le meilleur parti du DPC

L'UNAFORMEC APPORTE AUX ASSOCIATIONS LOCALES UN SAVOIR-FAIRE EN MATIÈRE DE DPC, DES PROGRAMMES DE FORMATION « CLÉ EN MAIN ». ELLE LEUR PROPOSE UNE MÉTHODOLOGIE AGRÉÉE DPC LEUR PERMETTANT UNE RECONNAISSANCE OFFICIELLE DE LEURS EFFORTS

Si la démographie médicale actuelle est une difficulté pour les associations de FMC, c'est au même titre qu'elle le devient pour les patients en terme d'accès aux soins. Cette difficulté n'est que provisoire, sorte de « traversée du désert » car la nécessité de la rencontre, de l'échange, du regard de l'autre partageant les mêmes difficultés, les mêmes doutes reste incontournable.

S'y ajoute la possibilité de l'échange des ressources, voire des solidarités. Les tontines persistent malgré la pression des directions des finances. Ce mode de solidarité nécessite l'estime réciproque : quoi de mieux que l'association locale pour la générer ! Aujourd'hui, le millier d'associations locales continue de regrouper une majorité des médecins leur permettant d'échanger à proximité de leur lieu d'exercice.

Les modèles étrangers, dont nous sommes parfois si friands ont souvent leurs limites. L'absence de ce tissu associatif relais en est une le plus souvent reconnue. Même un e-DPC, nécessaire pour des médecins isolés géographiquement, ne pourra répondre à tous les besoins individuels de formation.

L'Unafornec apporte aux associations locales un savoir-faire en matière de DPC, des

programmes « clé en main » ainsi que des formations validées, voire indemnisées. Le passage de la FMC au DPC est ainsi réalisable, car les associations locales sont prêtes à relayer les initiatives nationales qui leur semblent pertinentes. Elles souhaitent en échange se sentir reconnues dans leur spécificité. Et sont souvent force d'innovation.

L'Unafornec c'est cet aller et retour entre le local et le national. A titre d'exemple, quelques internes ont, après avoir participé aux soirées de FMC/DPC d'une association locale, fondé un groupe de médecins remplaçants échangeant sur les problèmes spécifiques de leur exercice tant médical que professionnel, sans intervenant extérieur. Dans cette période où le délai entre la fin des études et l'installation n'a jamais été aussi long on peut imaginer la duplication de



internationales, les sites des agences institutionnelles. A partir de cette base il produit un certain nombre d'outils :

● **dossiers documentaires** à l'usage soit des médecins individuels (manuels d'autoformation), ou des associations (kits de formation) pour la mise en œuvre d'actions de formation ou de programmes de DPC ;

● **Bibliomed**[®], synthèse, à partir de la veille documentaire, des données scientifiques nouvelles sur des thèmes en lien avec les soins primaires. Réalisé par des médecins, Bibliomed est envoyé chaque semaine, par courrier électronique aux abonnés ;

● **Médecine**[®], revue de soins primaires qui vise à apporter, surtout aux médecins généralistes, une information objective axée sur l'évaluation de la pratique médicale et les stratégies thérapeutiques, ainsi qu'un regard et une réflexion sur le métier de soignant.

Ces différents outils se fondent sur les principes de la médecine factuelle (*Evidence Based Medicine*) pour « un apport des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient ».

Tous les documents indexés sont sélectionnés par des médecins. Par ailleurs, un des principes fondamentaux, gage de la rigueur

scientifique et de la qualité de l'information, est son indépendance. Toute production fait l'objet, avant publication, d'un circuit de relecture. Si des conflits d'intérêt devaient exister ils seraient systématiquement rendus publics. De même tout financement d'une action quelconque doit être transparent et affiché.

Yves le Noc, président de la SFDRMG (Aucun conflit d'intérêts).

1. Collège de la Médecine Générale. Développement professionnel continu. 19 réponses courtes à des questions simples. www.unaformec.org/IMG/pdf/DPC19reponses.pdf. **2.** Union Européenne des Médecins Spécialistes. Déclaration de Bâle. Politique de l'UEMS sur le Développement Professionnel Continu. Octobre 2001. **3.** General Medical Council. Good Medical Practice - Guidance for doctors. www.gmc-uk.org/static/documents/content/GMP_0910.pdf - Novembre 2006. **4.** Schön DA : Le praticien réflexif. Traduction Jacques Heyneman et Dolores Gagnon. Paris : Logiques 1997. **5.** Sackett DL, Straus SE, Richardson WS & al. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. 2d ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000. **6.** SFDRMG : Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, société scientifique de médecine générale de l'Unaformec.

cette expérience, puis lui permettre d'enrichir les associations existantes. Après avoir fait le tour de leurs difficultés spécifiques, des groupes ainsi constitués sur une identité propre peuvent avoir besoin d'échanger avec les plus anciens. Certaines associations mettent à leur programme l'analyse en commun des événements indésirables de prescription. L'Unaformec leur propose une méthodologie agréée DPC leur permettant une reconnaissance officielle de leurs efforts.

Enfin, à ce jour, l'Unaformec forme des relais issus des associations locales à la spécificité de ce que sera l'obligation de DPC. Nous avons ainsi organisé récemment un séminaire au cours duquel une quarantaine d'acteurs du monde associatif ont pu mieux appréhender ce qu'est le DPC, ses finalités, sa méthodologie, afin que sur cette base ils puissent mettre en œuvre un projet de DPC personnel ou associatif. Quel que soit le mode d'organisation du DPC qui sera choisi, la question de l'expertise et de la référence reste entière. A l'heure où plusieurs référentiels de la HAS sont retirés, où la nouvelle convention base le paiement à la performance sur des données discutées par

la communauté internationale, et où la tarification de l'hôpital le met en concurrence directe avec le privé, l'indépendance des points de vue des experts est plus que jamais à questionner. Les controverses de l'état de la science, mais aussi les connivences particulières avec des intérêts économiques ou idéologiques sont autant inconscientes que conscientes.

Par ses publications (*Bibliomed*, *Médecine*, voir ci-dessus), l'Unaformec apporte à chaque association de quoi faire le lien entre la pratique quotidienne et l'état mouvant de la science, entre les incertitudes nécessitant cependant de décider, et la réflexion permettant de changer sa pratique. Si la qualité de ces publications est unanimement reconnue (*Médecine* a obtenu pour la 7^e année consécutive un premier prix de l'Éditorial en 2011), elles n'en restent pas moins encore trop méconnues des médecins, submergés d'information. Appuyer le DPC sur ces ressources doit permettre aux associations locales de « faire la part des choses ». Chaque médecin devrait ainsi avoir les outils pour aider son patient à choisir au mieux dans un cadre de décision partagée.

Francis Abramovici

La question du financement

Le financement des organismes de DPC d'origine professionnelle est capital. Ces organismes, comme le souligne le Collège de la médecine générale, « constituent le tissu sans lequel aucun DPC indépendant et de qualité n'est possible. Ce tissu existe notamment grâce à la FPC et doit être préservé quelle que soit l'évolution du dispositif. Ces organismes sont au plus proche des besoins des médecins et ont montré leurs capacités d'adaptation. Ils sont indispensables pour concevoir les programmes, organiser les groupes de médecins, construire une démarche continue d'amélioration de la qualité des programmes »¹. Les organismes ont deux niveaux de besoins financiers : pour exister, avoir une surface minimale, se structurer avec des moyens logistiques, pédagogiques et financiers ; pour réaliser des actions.

Pour l'heure le financement du DPC est assuré, comme pour la FPC, par la dotation de l'assurance maladie, toujours gérée par l'OGC. Ce financement comporte un forfait pour les opérateurs et une indemnisation pour les participants. Dans le cadre du nouveau dispositif les 70 millions d'euros de la FPC ainsi qu'une taxe imposée à l'industrie pharmaceutique pour 150 millions seraient reversés à l'Organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) pour les médecins libéraux et à l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) pour les médecins salariés.

Seuls les programmes prioritaires, définis par le ministère auprès des instances professionnelles, auraient vocation à être financés par l'OGDPC. Mais quid de tous ces programmes non prioritaires et qui ne sont éligibles à aucun financement institutionnel ? D'où la crainte formulée par les professionnels de santé de voir ce dispositif mis au service de finalités exclusivement économiques. Autre point clé, les arbitrages financiers sont réalisés paritairemment entre les caisses et les syndicats au sein de l'OGC et du Conseil paritaire national de la FPC (CPN-FPC). Les textes de loi actuellement publiés dépeignent de cette prérogative les syndicats qui ont maintenant beau jeu de dénoncer l'étatisation du nouveau dispositif et son caractère autoritaire et administratif.

Pierre Colombier

1. Collège de la Médecine Générale. Développement Professionnel Continu. 19 réponses courtes à des questions simples. <http://www.lecollegedelamedecinegenerale.fr/>.

Une démarche permanente et naturelle

PRENDRE CONSCIENCE DE CHAQUE ÉLÉMENT DE SA PRATIQUE, LE CONFRONTER À CE QUI EST RECOMMANDÉ ET JUSTIFIER LES ÉVENTUELS ÉCARTS : C'EST, SELON LA FORMULE DE MARCEL TOBELEM, LA DÉMARCHE QUE DOIT ÉPOUSER LE MÉDECIN POUR SON DPC. LE RESPONSABLE DE FMC CRÉTEIL EXPLIQUE COMMENT IL LA MET EN ŒUVRE AU SEIN DE SON ASSOCIATION

TLM : *Le DPC est souvent perçu comme une procédure complexe, qu'en pensez-vous ?*

Dr Marcel Tobelem : La pédagogie c'est au sens étymologique ce qui a trait à l'éducation de l'enfant. Par extension c'est transmettre un savoir par des méthodes adaptées à un individu ou à un groupe d'individus. Il s'agit donc pour le pédagogue d'utiliser les méthodes adéquates pour présenter le DPC. Pour transmettre la notion de DPC aux médecins, qui souvent font état de leur méconnaissance ou de leur embarras, il faut poser les principes de base, lesquels sont relativement simples. Il s'agit, à partir d'une pratique individuelle :

- de déterminer ses lacunes et ses besoins au regard d'une référence ;
- de se former, si nécessaire, pour combler les manques constatés ;
- de vérifier à distance l'impact de la démarche sur sa pratique.

D'aucuns penseront que c'est ce qu'ils font déjà. La réflexion menée au plan international qui a abouti au DPC a permis de structurer la démarche pour en faire un outil commun. Le DPC, développement professionnel continu, a très vite, pour beaucoup et il faut s'en féliciter, signifié aussi développement personnel continu. Il recouvre l'ensemble de la pratique du médecin, c'est-à-dire, non seulement ses savoirs, mais ses savoir être et savoir-faire, en n'oubliant pas les aspects relationnels, juridiques ou sécuritaires.

Cela posé, il serait tout à fait dommageable



de ne pas trouver les mots et les méthodes simples capables de lever les réticences ou les doutes. Et je souligne que les attermolements législatifs ont déjà créé un tel climat d'incrédulité et de scepticisme qu'il convient de ne pas l'aggraver en compliquant ce qui est somme toute assez simple.

TLM : *Comment le praticien peut-il concrètement s'engager dans le DPC ?*

Dr M. Tobelem : Le DPC est une démarche permanente qui devrait être ou devenir naturelle. Prendre conscience de chaque élément de sa pratique, le confronter à ce qui est recommandé et justifier les éventuels écarts. Ceci suppose d'informer et accompagner le médecin et que divers supports permettent au médecin d'accéder à l'information, certes, mais si possible, dans le temps même de l'acte médical. Des moyens se mettent en place de tous côtés et, en particulier, à l'Unaformec et dans notre société savante, la SFDRMG, avec les BPP, pour détecter les besoins, ou la BazU-riap qui méritent d'être mieux connus. Dans ce DPC consubstantiel de l'acte médical, une petite partie seulement sera financée et indemnisée. On ne peut que le déplorer, car comme on l'aura compris le DPC n'est pas une démarche ponctuelle.

TLM : *Quel rôle peut jouer le monde associatif ?*

Dr M. Tobelem : Il s'agit de s'adresser à des individus mais aussi à des groupes. Il nous faut former des relais, des accompagnateurs,

des coordonnateurs qui aient des capacités à organiser le DPC d'un groupe, c'est-à-dire à recueillir les informations nécessaires, les documents administratifs, à conseiller, parfois même à rassurer.

Les groupes jouent un rôle important parce que les médecins ont du plaisir à se rencontrer, à échanger leurs pratiques et qu'ils le ressentent souvent comme une nécessité. Je voudrais, à titre d'exemple, faire état d'une expérience que je vis actuellement à Créteil où nous organisons des cycles thématiques pour les médecins généralistes, d'une heure et demie une fois par semaine pendant trois mois, renouvelés dans l'année, pour 8 à 15 médecins. Ce trimestre, j'anime un groupe autour des recommandations de la HAS. Nous avons établi un programme avec le groupe, à partir du très classique FGP (Fréquence, Gravité, Problèmes), pour 10 séances dont chacun des 10 thèmes correspond à une recommandation. Une semaine avant la séance j'envoie aux participants la recommandation et une liste de critères correspondants. Au cours de la semaine qui précède, sur le thème choisi, ils vérifient si oui ou non ils respectent les critères envoyés. Le jour de la séance il est procédé à un tour de table et demandé à chacun, sur chaque critère, s'il le met en pratique et, dans le cas contraire, d'expliquer pourquoi. Dans ces séances il y a toujours, à la demande du groupe, un référent, spécialiste de la question, qui accepte de travailler autour de la recommandation et de son utilisation par les médecins. Il répond aux questions, informe et assure la formation complémentaire.

Dans quelques mois je renverrai les critères sur lesquels nous avons travaillé, pour que le médecin puisse constater leur impact sur les pratiques. Cette expérience, qui n'a pas l'encadrement administratif du DPC, nous a permis de noter un changement de l'état d'esprit des médecins et un enthousiasme nouveau pour la démarche d'évaluation / formation / évaluation.

Je pense que c'est une sensibilisation positive à l'obligation de DPC.

Propos recueillis par B. Maruani



POUR UN CHOIX « ÉCLAIRÉ » DE DPC

Ce regard sur sa pratique qui change tout

LE DPC PRÉVOIT UN RECUEIL, PUIS UNE ANALYSE PAR LE MÉDECIN DE SES PRATIQUES POUR ÉVALUER SES BESOINS DE FORMATION OU DE DÉVELOPPEMENT. C'EST DONC À LUI QU'INCOMBE LA MISE EN ŒUVRE DE SON DPC. L'UNAFORMEC A, POUR FACILITER CETTE ÉTAPE, ÉLABORÉ UN OUTIL — LE DOSSIER INDIVIDUEL DE DPC —, QUI FAIT OFFICE DE TABLEAU DE BORD DANS CETTE DÉMARCHE D'UNE PRATIQUE DITE « RÉFLEXIVE », QUI CONSISTE À « REGARDER » SON FONCTIONNEMENT PROFESSIONNEL AVEC UNE DISTANCE PERMETTANT DE L'ANALYSER

Les plus importantes avancées du DPC par rapport à la FMC reposent à notre sens sur quatre principes majeurs :

- les actions de DPC répondent avant tout à un recueil et une analyse de la pratique réelle ;
- il existe un suivi dans le temps des modifications des pratiques induites par le DPC ;
- c'est le médecin lui-même qui construit et suit son plan de DPC ;
- le DPC porte à la fois sur des pratiques spécifiques à la discipline et sur des pratiques transversales à toutes les professions de santé. Cela veut dire que le DPC se fonde sur une analyse des pratiques réelles et des besoins constatés du médecin. Il porte autant sur des stratégies biomédicales (par exemple prescrire à bon escient un traitement antihypertenseur) que sur des compétences relationnelles (éduquer le patient à la prise en charge de son HTA) ou sur des compétences transversales (construire une coopération avec l'infirmière pour la surveillance de l'HTA non équilibrée de ce patient, voire son éducation).

Tout ceci n'est pas nouveau, et nombre d'associations de FMC, et notamment l'Unafornec, ont mis en œuvre ces principes dans leurs actions. Rappelons-nous le Bilan professionnel personnalisé (le BPP) qui, en 1999, était un outil destiné à analyser la pratique réelle du médecin, avec pour objectif

de construire son plan personnel de FMC. Regardons aussi nos actions de FPC au début desquelles les médecins travaillent sur des cas réels issus de leurs dossiers. La nouveauté du DPC est plus de fournir un cadre conceptuel clair pour les médecins qu'une réelle innovation en elle-même.

Si nous reprenons les quatre principes présentés plus haut et que nous les croisons avec la notion de plan de DPC, nous constatons que la première étape, le recueil et l'analyse des pratiques, débouche sur la notion de besoin de formation ou de développement. Le corollaire de ce nouveau cadre est que c'est sur le médecin que repose la responsabilité de la mise en œuvre de son propre DPC, via son plan personnel de DPC. Pour cela, un outil de recueil des pratiques et d'analyse de celles-ci s'avère nécessaire.

LE DOSSIER INDIVIDUEL DE DPC

Nous avons construit un outil, qui vise, sur un temps limité, à identifier les problèmes posés par chaque consultation. La première étape en est un recueil de ses activités et des problèmes rencontrés sur une période de trois jours. La seconde est une analyse de ce recueil. Le médecin peut classer ces problèmes en fréquence, en gravité ou en intensité du problème posé, et préciser dans quel champ de la pratique — biomédical, éthique, relationnel par exemple — il se situe. A partir de ces données, il peut choisir les thèmes qui feront prioritairement l'objet



de son plan de DPC, en connaissance de cause, selon sa propre analyse.

Si cet outil est individuel, l'analyse collective des besoins d'un groupe de médecins permet d'enrichir le regard sur les scotomes éventuels. Nous voyons ici que la combinaison d'un outil individuel et le regard d'un groupe améliore la performance de cette analyse.

Le dossier individuel de DPC (DI-DPC) permet au médecin de suivre sur un tableau les actions qu'il a programmées, celles qu'il a réalisées, et surtout ce que cela a changé dans sa pratique. Il s'agit d'un « tableau de bord », rempli au jour le jour ou périodiquement, qui permet de faire le point autant que de besoin sur les apports des actions suivies.

Cette démarche est celle de la pratique réflexive, qui permet de regarder son fonctionnement professionnel avec une distance permettant de l'analyser. Cette pratique réflexive, modélisée par Schön, est à la base de la pédagogie pour adultes. Pour beaucoup de médecins, habitués à des formations décidées par des universitaires ou des organismes de formation, cela peut être déstabilisant, puisqu'il en incombera au médecin lui-même de faire la démarche pour trouver des réponses aux questions qu'il se pose. Ce ne sera pas toujours dans des actions de FMC telles que des séminaires résidentiels que nous connaissons, mais peut être par des lectures individuelles dans des revues ou sur Internet, dans des analyses partagées au sein de groupes d'échanges de pratiques par exemple. Dans tous les cas, les échanges au sein d'un groupe sont toujours de nature à faciliter et enrichir la réflexion.

Ce DI-DPC reste un outil individuel, pour le médecin lui-même. Il n'est pas destiné à un organisme de DPC quelconque, pas plus qu'aux tutelles. Au-delà de l'outil lui-même, le DI-DPC permet de redonner au médecin individu ce qui lui manque le plus souvent dans sa formation : le choix éclairé des thèmes et des modalités de son DPC.

Eric Drahi

Trésorier de la SFDRMG