

Mots clés :

DPC
Exercice
professionnel
FMC

La très large majorité des médecins en exercice estiment la *formation médicale continue* (FMC) nécessaire à des soins de qualité optimale. Leur avis sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est sans doute plus mitigé, peut-être faute d'expérience d'un dispositif convaincant. En France, la loi HPST¹ a réuni sous le vocable *Développement Professionnel Continu* (DPC) les obligations réglementaires précédentes de FMC et EPP dans un dispositif qui reste à définir. Mais au-delà se pose la question du concept même de DPC. Le rapport de l'IGAS² à l'origine de la loi proposait des objectifs (« améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ») qui sont de fait ceux de la FMC. Le DPC, terme courant dans les publications anglo-saxonnes³ et québécoises, ouvre-t-il un cadre de réflexion réellement novateur, ou n'est-il que l'habillage de concepts anciens⁴ ?

Changement de sigle ou de nature ?

Une recherche systématique dans *Medline* montre rapidement que la plupart des auteurs anglo-saxons ont substitué *development* à *education* sans pour autant changer de cadre conceptuel³. Ils rappellent tous que la FMC ne peut être un simple exercice théorique et qu'elle doit s'appuyer sur les pratiques pour définir les besoins de formation et construire les compétences utiles. C'est ce que dès les années 1970 développaient par exemple les américains Knowles, parlant d'*andragogie* ou Schön, de *pratiques réflexives* : le professionnel ne peut se limiter aux données scientifiques qui lui servent de référence initiale ; la réalité lui impose des éléments de complexité, incertitude, instabilité, singularité et conflits de valeurs qui posent des problèmes bien au-delà de l'accumulation de connaissances et créent des savoirs professionnels fondés sur l'expérience. Parler de *formation continue* n'a donc de sens que s'il s'agit bien d'une *démarche professionnelle* en évolution constante... Préférer DPC à FMC peut aider à clarifier les concepts mais ne modifie pas la nature et le sens de la démarche.

Objectif : un meilleur « professionnalisme »...

Les sociétés européenne et américaine de médecine interne⁵ ont défini les ingrédients du *professionnalisme médical*. Malgré quelques nuances entre l'anglais et le français, ce professionnalisme répond à 3 principes fondamentaux, centrés sur le patient : la primauté de son bien-être, le respect de son autonomie et la justice sociale. Ces 3 principes se déclinent dans 10 domaines de responsabilité où la réflexion sur les pratiques réelles,

Développement professionnel continu ?

leur confrontation aux données de la science, la gestion des conflits d'intérêt, assurent la compétence du professionnel et la qualité des soins dans un cadre éthique et altruiste géré par la profession. Dans une récente synthèse, les responsables d'un département universitaire américain de FMC mettent cependant en garde contre les insuffisances actuelles de la FMC³, sur la forme (participation effective) et le fond (acquisition de compétences) pour satisfaire aux exigences sociétales concernant les performances réelles des professionnels.

DPC et qualité des soins

Le rapport de l'IGAS² précisait que le DPC inclut « des actions de formation continue, d'évaluation des pratiques et, au moins pour les spécialités à risque, une procédure d'accréditation ». La qualité des soins est sans aucun doute l'objet de préoccupation croissante des décideurs et des financeurs, dans tous les pays et toutes les configurations du système de soins. Mais aucun ne sait aujourd'hui définir cette qualité autrement que par des indicateurs quantitatifs réducteurs et souvent inexacts. La question de fond est double : quelle est la *compétence* des médecins (ce qu'ils sont *capables* de faire, le cas échéant *montrer* qu'ils savent faire) mais aussi leur *performance* (ce qu'ils *font* réellement, au regard des données scientifiques actuelles) ; avec pour finalité les résultats sur la santé des patients et des populations dont ils ont la charge³. Une telle évolution a des implications considérables pour le DPC.

Que conclure pour notre pratique ?

- **La loi HPST a « unifié » dans le concept du DPC les deux « entités » FMC et EPP** que la France était le seul pays au monde à avoir dissociés : simple retour « aux sources » de la FMC que divers avatars réglementaires ou conventionnels avaient fait perdre de vue.

- **Le contexte français avait cependant quelque peu sclérosé la réflexion sur la FMC et son évolution** : désaffection progressive vis-à-vis de la formation liée à la convention (limites des thèmes imposés, incertitudes réglementaires sur l'« obligation »), insuffisance des données d'impact sur les pratiques, questions complexes sur la certification et la recertification, rôle des groupes locaux de praticiens, etc. Le DPC ne peut avoir pour but de faire table rase, mais ouvre quelques pistes de réflexion. Nous y reviendrons.

Références :

- 1- Art 4133-1 et suivants.
- 2- Bras PL, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. IGAS, novembre 2008.
- 3- Moore DE et al. Achieving Desired Results and Improved Outcomes: Integrating Planning and Assessment Throughout Learning Activities. *J Contin Educ Health Prof.* 2009;29(1):1-15.
- 4- Vallée JP et al. DPC : habits neufs pour vieux concepts ? *Médecine.* 2010;6(1):31-7.
- 5- ABIM. ACP-ASIM. EFIM. Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire ; une charte pour les praticiens. *Pédagogie médicale.* 2004;5:43-5.