

Mots clés :

Compé-  
tence  
DPC  
Exercice  
profession-  
nel  
FMC

## Développement professionnel continu et systèmes de soins

Le constat « institutionnel » est unanime dans tous les systèmes de soins : malgré une grande variété de méthodes de FMC, les pratiques resteraient « non-conformes » (mal, trop ou pas assez) aux interventions diagnostiques et thérapeutiques recommandées. Cependant, des études - bien que de faibles niveaux de preuves - ont démontré que la FMC aide efficacement à l'acquisition et au maintien des compétences des médecins, même s'il est toujours difficile de faire le lien avec les résultats sanitaires (*Bibliomed* 596 et 598). D'où viennent donc les écarts constatés et peuvent-ils être réduits ? De manière schématique, le développement professionnel continu (DPC) répond dans différents systèmes de soins à une double exigence, *professionnelle* et *sociétale*, la première concernant la qualité et la sécurité des soins, la seconde la vérification des procédures mises en œuvre par les professionnels. Que peut-on conclure des expériences actuelles ?<sup>1-9</sup>

### Boards et recertification aux USA

Durant la période 2001-2005, les principales disciplines médicales (*boards*) ont développé des programmes de DPC. Les professionnels « recertifient » leur compétence tous les 6 à 10 ans, notamment en évaluant et comparant leurs pratiques aux recommandations (*MoC : maintenance of certification*). La recertification est obligatoire pour exercer (*MoL : maintenance of licensure*)<sup>1</sup>. Ainsi, pour les généralistes et internistes de l'*American Board of Internal Medicine*, l'auto-évaluation de l'activité est complétée tous les 10 ans par un examen (180 questions dans les domaines les plus courants de la pratique). Une étude parmi les médecins agréés *Medicare* suggère une association entre le niveau de connaissance ainsi évalué et la qualité des procédures de soins<sup>2</sup>. Cependant, l'*Institute of Medicine (IOM)* reconnaissait fin 2009 les insuffisances de ce système et préconisait de profonds changements<sup>3</sup>.

### « Crédits » en Australie-Nouvelle Zélande-Canada

En Australie et Nouvelle Zélande, Les médecins doivent acquérir des « points » par périodes de 3 ans, selon la grille proposée par collègues, par exemple par le collège des gynécologues et obstétriciens *RANZCOG*<sup>4</sup>. Les domaines concernés ont été décrits en 2003 par ce collègue<sup>in5</sup>. Il en est de même au Canada (250 « crédits » à obtenir par périodes de 5 ans). Les *boards* de discipline

sont garants du maintien de la compétence de leurs adhérents (*Mainpro*)<sup>6</sup>.

### Portfolio au Québec et dans le NHS anglais

Le Québec a mis en place en 2007 un programme autogéré de DPC<sup>7</sup> s'appuyant sur le suivi d'un portfolio. Principes : évaluation structurée des pratiques professionnelles (points forts ou à améliorer) et des besoins de formation ; réalisation des formations prévues ; évaluation des conséquences sur la pratique, réajustement en fin de cycle... Il en a été de même fin 2007 pour le NHS britannique qui a mis en place un portfolio présenté comme une mise à jour permanente du CV des professionnels de santé, selon les mêmes concepts que ci-dessus<sup>8</sup>.

### Ailleurs en Europe

La plupart des pays ont mis en place des systèmes de crédits sur des périodes variées ; 10 pays seulement exigent une forme quelconque de groupes de pairs ; il n'y a de sanction possible que dans 6 pays, allant de l'obligation de passer de nouveaux examens à l'interdiction d'exercice. Seules la Norvège et la Belgique ont des mesures incitatives. Il y a peu de données (comme d'ailleurs partout dans le monde) sur l'efficacité de l'obligation sur les résultats, les coûts et surtout qui doit les prendre en charge, et notamment si l'industrie a un rôle à jouer<sup>9</sup>...

## Que conclure pour notre pratique ?

- **La question du maintien des compétences professionnelles des médecins** est partout *double* : préoccupation des *professionnels*, ce n'est pas nouveau, mais à « prouver » aux *institutionnels*. Cette exigence, compréhensible, ne doit pas induire de procédures inutiles, voire infantilisantes et stérilisantes, comme le sont certaines formes de *portfolios*...

- « **Amélioration des pratiques** » ? Parfois, bien sûr. Sans doute plutôt recherche de qualité et de sécurité des soins. Au-delà des mots s'opposent une *conception culpabilisante* et une *vision positive*. La seconde est pourtant la seule porteuse d'avenir...

- **Dans toutes ces expériences**, encore récentes il est vrai, les procédures décrites avec précision n'ont jamais fait l'objet d'évaluations, comme si l'on substituait à une FMC jugée incompétente un DPC dont on ignore tout. Il importe donc de préserver ce qui a fait les preuves de son efficacité avant même d'envisager quoi que ce soit de « nouveau ».

### Références :

- 1- Landon BE. What Do Certification Examinations Tell Us About Quality? *Arch Intern Med.* 2008;168:1366-7.
- 2- Holmboe ES et al. Association Between Maintenance of Certification Examination Scores and Quality of Care for Medicare Beneficiaries. *Arch Intern Med.* 2008;168:1396-1403.
- 3- IOM. Redesigning Continuing Education in the Health Professions. Report Brief. December 2009.
- 4- Sur [www.ranzcoq.edu.au](http://www.ranzcoq.edu.au)
- 5- Vallée JP et al. DPC. Habits neufs pour vieux concepts ? *Médecine.* 2010;6:31-7.
- 6- Sur <http://www.pairo.org>
- 7- Mégie MF et al. Guide d'utilisation du PADPC-FMOO. *Bull AMLFC.* 2009(Suppl janv-fev).
- 8- NHS. Evidence Portfolio. *Continued Professional Development in Clinical Coding.* Dec 2007.
- 9- Horsley T et al. Maintaining the competence of Europe's workforce. *BMJ.* 2010;341:c45687.