



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## ÉDITORIAL

# Le développement professionnel continu (DPC) et le Collège des anesthésistes-réanimateurs français (CFAR)

*Continuous professional education and the French college of anesthesiology and intensive care*

### MOT CLÉ

Développement professionnel continu

### KEYWORDS

Continuous medical education;  
Postgraduate course

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, tous les professionnels de santé ont l'obligation de réaliser un développement professionnel continu (DPC). Cet acronyme est apparu partout, mis à toutes les « sauces » de la formation, récupéré, dévoyé, souvent vidé de son contenu. Il paraît donc important de repréciser quelques points d'historique, d'organisation et de réalisation pratique du DPC afin que chacun en comprenne le sens malgré la relative complexité de sa mise en place. Le Collège des anesthésistes-réanimateurs français, qui a été conçu pour garantir la formation continue et la qualification des médecins anesthésistes-réanimateurs, devrait être l'organisme de référence de validation du DPC pour la spécialité.

## Quelques rappels historiques

L'histoire de la formation médicale continue (FMC), en France, a longtemps évolué dans le cadre général de la déontologie. En 1996, l'ordonnance Juppé a transformé cette obligation déontologique en obligation légale mais l'obligation est restée lettre morte. Entre temps, la convention médicale signée en 1990 a institué une formation professionnelle conventionnelle des médecins libéraux validée, financée et indemnisée. La loi Kouchner de 2002 a relancé le dispositif en créant trois nouveaux conseils nationaux de la FMC qui ont existés jusqu'en 2010, tandis que la loi du 13 août 2004 a introduit une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles pour les médecins, distincts du perfectionnement des connaissances. Dans son article 59, la loi « Hôpital, patients santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 a prévu la substitution de la FMC et de l'EPP par le développement professionnel continu (DPC), dispositif désormais en vigueur. Ce dispositif mis en place par la loi HPST devrait être largement modifié par la loi de Santé qui devrait être votée fin 2015.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pratan.2015.12.002>

1279-7960/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Bazin J-E, Compère V. Le développement professionnel continu (DPC) et le Collège des anesthésistes-réanimateurs français (CFAR). Le Praticien en anesthésie réanimation (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pratan.2015.12.002>

Le CFAR regroupe les anesthésistes-réanimateurs de tout mode d'exercice pour que ses actions soient partagées par tous, il a été créé en 1994 pour garantir la FMC des anesthésistes-réanimateurs. Depuis la FMC, s'adaptant aux multiples variations législatives le CFAR a parcouru beaucoup de chemin pour devenir l'organisme fédérateur de la spécialité citée en exemple par les instances de tutelles, mais aussi pris en exemple par nos collègues d'autres spécialités. En passant par l'évaluation des pratiques professionnelles et l'accréditation, il est depuis 2013 organisme de développement professionnel continu (ODPC) qui propose aux anesthésistes-réanimateurs des programmes de DPC.

## Définition du DPC

Le DPC est défini dans l'article L. 4133-1 du Code de la santé publique, il associe FMC et EPP. Le DPC a pour objectif : « 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 ». Il constitue une obligation pour les médecins, quels que soient leurs statuts, mais aussi pour les autres professionnels de santé et ce tout au long de leur carrière.

## Structuration du DPC

Les décrets encadrant le DPC créent trois structures aux missions différentes.

### L'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC)

Ce groupement d'intérêt public (GIP), composé de représentants de l'État et de l'assurance maladie, de professionnels et d'employeurs, doit assurer la maîtrise d'œuvre du dispositif, organiser le financement du DPC pour les professionnels de santé libéraux et ceux travaillant en centre de santé, contrôler les organismes de DPC et proposer des orientations nationales de DPC. Sa création a été approuvée par voie de convention entre l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (arrêté du 19 avril 2012).

### Les commissions scientifiques indépendantes (CSI)

Des commissions scientifiques indépendantes pour les médecins, les sages-femmes, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et la commission scientifique du haut-comité pour les professions paramédicales (HCPP) ont pour mission d'évaluer les organismes de DPC, de donner un avis sur les orientations et les méthodes de DPC, d'établir la liste des diplômés universitaires (DU) et inter-universitaires (DIU) permettant de valider le DPC. La composition de la CSI des médecins a été définie par l'arrêté du 16 mars 2012. Vingt-sept membres titulaires en font partie : 22 représentants des Conseils nationaux professionnels dont 5 représentants de la médecine générale, 3 personnalités qualifiées, 1 représentant du Conseil national de l'ordre des médecins et 1 représentant de la conférence des doyens.

Les Conseils nationaux professionnels (CNP) des spécialités médicales, fédérés par la fédération des spécialités médicales (FSM), représentent les différentes composantes de leur spécialité (syndicats, sociétés savantes, universitaires...) et les différents modes d'exercice des médecins (salariés, hospitaliers, libéraux).

### Les organismes de DPC

Ces organismes mettent en œuvre les programmes de DPC. Ils seront évalués par les CSI. Leur liste est rendue publique par l'OGDPC. Les organismes déjà mis en place dans le cadre de la formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles ou encore l'accréditation des médecins, ont été enregistrés auprès de l'OGDPC et évalués positivement par les CSI. Le Collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR) est ODPC depuis 2013.

### Le DPC : pourquoi ?

Dans l'esprit, le DPC en associant formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles devrait s'intégrer dans la pratique quotidienne de chaque professionnel tout au long de son exercice. Ceci, comme son nom l'indique, devrait être continu et non une simple formalité à réaliser en quelques heures pour avoir un certificat. Le DPC devrait être plus un état d'esprit qu'une obligation. Le DPC est une démarche déontologique et éthique, visant à améliorer la qualité des soins. Malheureusement, trop fréquemment, qualité est associée à performance, c'est-à-dire réduction des coûts de santé à outrance qui, si on peut le comprendre peut améliorer un temps la qualité, finit par la détruire.

Au-delà du maintien et du développement des compétences, le DPC est une occasion importante de renforcer la structuration de la profession à travers les conseils professionnels de spécialités (CNP) et d'assurer la cohérence médicale, notamment à l'heure où un nombre croissant de médecins d'horizons différents exercent en France. Essentiel pour améliorer la prise en charge des patients, le DPC devrait permettre un décloisonnement des différents modes d'exercice et des spécialités. Il devrait en théorie promouvoir les coopérations inter professionnelles et inter spécialités, notamment dans des spécialités travaillant en équipe comme l'anesthésie ou la réanimation.

### Le DPC : comment ?

#### Le programme DPC

Un programme DPC élaboré par un organisme de DPC doit comporter un certain nombre d'étapes (au minimum deux, au maximum cinq). Ces étapes doivent contenir des parties formatrices (cognitives) et des parties évaluatrices (basées sur différentes méthodes validées par la Haute Autorité de santé [HAS]). Ces méthodes évaluatives font appel à des outils utilisés depuis longtemps en anesthésie-réanimation comme l'évaluation des pratiques professionnelles, les revues de morbi-mortalité, les réunions pluridisciplinaires de concertation et les sessions de simulation. D'autres

**Tableau 1** Exemple de tests de concordance de scripts (TCS).

	Si vous pensiez à	Et qu'alors vous trouvez	L'attitude envisagée devient
TCS	Réaliser une séquence rapide (propofol + succinylcholine)	Pas de nausée préopératoire	+2 : complètement indiquée +1 : probablement indiquée 0 : ni plus ni moins indiquée -1 : probablement peu indiquée -2 : contre indiquée
Femme de 25 ans (60 kg, 1 m 65). Abcès appendiculaire par voie coelioscopique.			

techniques sont d'apparition plus récente dans notre discipline comme les tests de concordance de scripts (TCS) et les groupes d'analyses de pratique (GAP).

### Tests de concordance de scripts (TCS)

Les TCS sont un outil d'évaluation apparu dans le champ de la médecine à la fin des années 1990 [1]. Cette méthode innovante, développée par une équipe canadienne, s'intéresse à l'évaluation du raisonnement clinique notamment en situation d'incertitude. La pratique médicale répond en effet dans la majorité des cas à une prise de décision alors que des informations sont, soit manquantes, soit parcellaires et amènent à des tableaux cliniques tronqués ne répondant pas *stricto sensu* à une description livresque. De ce fait, le raisonnement clinique est une tâche complexe qui va largement dépasser la simple restitution de données factuelles. Au cours de son apprentissage puis ensuite de son activité clinique, le médecin va développer des liens directs entre les différentes connaissances acquises au cours de son cursus afin de développer ce que l'on appelle des scripts. La constitution de ces scripts et surtout leur activation face aux indices initiaux d'un tableau clinique va permettre d'arriver à des hypothèses (diagnostiques, thérapeutiques...) dans des délais de réflexion qui seront d'autant plus rapides que le médecin sera expérimenté (qu'il aura des scripts constitués et pertinents). L'ajout de nouvelles données permettra ensuite d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse initiale.

Les TCS vont suivre le modèle décrit dans le [Tableau 1](#). La description du tableau clinique va être incomplète et résumée sous la forme d'une vignette. Ensuite une hypothèse pertinente va être proposée (« si vous pensiez à »). Puis une information supplémentaire va être donnée (« et qu'alors vous trouvez »). Le médecin va devoir évaluer l'influence que va produire cette nouvelle information sur l'hypothèse initiale (« l'attitude envisagée devient ») à l'aide d'une échelle de Likert à 5 niveaux (de -2 à +2). Si cette nouvelle information confirme totalement ou partiellement l'hypothèse initiale, la traduction sur l'échelle sera +2 ou +1. A contrario, si cette nouvelle information infirme totalement ou partiellement l'hypothèse, le choix se fera sur -2 ou -1. Enfin si cette nouvelle information n'est pas pertinente pour l'évaluation de l'hypothèse, le choix se fera sur 0. Le résultat individuel du médecin sera ensuite évalué par rapport à la réponse d'un panel d'experts interrogé sur la même vignette et répondant de la même façon que le médecin via l'échelle de Likert. Cet outil (test de concordance de script) permet bien de tester le degré de concordance du

raisonnement médical (défini par un script) entre différents médecins.

Les TCS ont été validés dans de nombreuses disciplines médicales quelle que soit l'avancée dans le cursus, des étudiants en médecine jusqu'à la formation continue en passant par les internes [1]. Dans notre spécialité, peu de travaux ont pour l'instant été publiés sur le sujet. Très récemment, Ducos et al. ont montré, à l'instar d'autres disciplines, que les scores aux TCS étaient corrélés au degré d'ancienneté des répondeurs entre des DES d'anesthésie-réanimation junior, senior et des médecins anesthésistes-réanimateurs expérimentés [2]. Dans un autre travail, publié dans le même numéro d'*Anaesthesia Critical Care Pain Medicine*, les TCS étaient utilisés comme outil d'évaluation d'une nouvelle mesure pédagogique sur le raisonnement médical de DES d'anesthésie-réanimation [3].

Les TCS sont un outil reconnu par l'HAS comme validant le DPC. C'est pour cette raison que le CFAR a développé depuis maintenant 2 ans, les TCS comme un des outils de validation du DPC pour de nombreux programmes de formation continue à destination des médecins anesthésistes-réanimateurs français (congrès, cours CEEA...).

### Groupe d'analyse de pratique (GAP)

Les GAP sont des petits groupes de médecins d'une même spécialité (appelés aussi groupes d'analyses de pairs) qui se réunissent pour analyser des cas de malades (choisis de façon aléatoire) issus de leur pratique quotidienne. L'apprentissage ou l'enseignement par les pairs (*peer learning* ou *peer teaching*) est une méthode pédagogique utilisée en médecine depuis le 18<sup>e</sup> siècle [4]. Le médecin va directement jouer un rôle sur son enseignement mais aussi sur l'apprentissage des autres apprenants en participant activement aux discussions entre pairs [5]. Cette méthode a montré son efficacité sur l'apprentissage du raisonnement médical [6] et a été développée notamment en médecine générale. Elle est utilisée sous la forme des groupes d'échange ou d'analyse de pratique (appelé aussi groupe de pairs ou groupe de qualité). Il s'agit d'un petit groupe de médecins d'une même spécialité (des pairs) qui se réunit pour analyser des cas de malades (choisis de façon aléatoire) issus de leur pratique quotidienne [4]. Pour chaque dossier, un échange entre les différents participants s'installe permettant une confrontation des pratiques. À l'issue de la discussion, les praticiens doivent convenir d'une conduite à tenir. Si aucune solution satisfaisante n'apparaît, une recherche bibliographique est alors lancée. Dans le contexte de la formation médicale continue, ces groupes

ont pour finalité l'amélioration de la qualité des soins, la confrontation aux pairs et aux référentiels médicaux avec comme ligne de mire un changement dans la prise en charge médicale des patients lorsque celle-ci s'avère nécessaire [4].

Le groupe d'échange de pratique ou le groupe d'échange d'analyse est proposé par la HAS comme outil de validation du DPC. L'analyse des cas est généralement complétée d'actions de formation explicites de plusieurs types :

- soit l'analyse des cas amène des questions restées sans réponse pendant la réunion. Dans ce cas, un des participants réalise une recherche bibliographique dont il présente les résultats lors de la réunion suivante. Sur cette base, le groupe détermine la réponse qui lui paraît la plus pertinente et la trace dans le CR de la réunion en indiquant les références scientifiques utilisées ;
- soit l'analyse met l'accent sur un besoin de formation spécifique, comme dans l'exemple ci-dessus. Le groupe peut alors décider d'organiser une formation en première partie de la réunion suivante. Chaque médecin peut aussi s'inscrire à la formation de son choix en dehors des réunions du groupe ;
- soit le groupe organise une réunion sur un thème. La première partie est consacrée à l'analyse de cas à l'issue de laquelle ils listent les questions restées sans réponse. La seconde partie est l'occasion pour un expert de leur proposer des éléments de réponse à ces questions.

## L'inscription au DPC

L'inscription via l'organisme de DPC (ODPC) de chaque praticien à un DPC est obligatoire. Ce DPC peut être adossé à une formation médicale continue type congrès, journées d'enseignements, cours européens par... ou comporter une partie cognitive par e-learning et des modes d'évaluation en ligne. La possibilité pour les CME des établissements de soins d'être ODPC concourt à un total dévoiement du DPC. Le DPC se résume alors (sans à une participation à une FMC [type congrès] et la participation et la présence sur une liste d'émargement d'une réunion de morbi-mortalité dont la qualité n'est vérifiée par personne pour répondre à l'obligation annuelle de DPC). On assiste là à un conflit d'intérêt majeur, comment l'ODPC pourrait à la fois être le garant de la qualité et l'employeur de ses professionnels ?

Il faut rappeler que chaque médecin a le libre choix de son organisme de DPC et de son programme.

## Contrôle de l'obligation

Ce sont les conseils de l'ordre de chaque profession de santé qui doivent s'assurer, au moins une fois tous les cinq ans, sur la base des attestations transmises par les organismes de DPC ou des diplômes universitaires retenus que les professionnels ont satisfait à leur obligation annuelle de DPC. En cas de non-respect de l'obligation de DPC, l'ordre peut demander au professionnel de mettre en place un plan annuel personnalisé de DPC. Un refus est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle. Les directeurs d'ARS ou les employeurs sont chargés de contrôler le respect de l'obligation de DPC pour les professionnels non inscrits à un ordre professionnel.

## Le financement

L'OGDPC est dotée d'une contribution de l'assurance maladie, d'une dotation de l'État, d'une fraction de la contribution de l'industrie pharmaceutique et de contribution volontaire publique ou privée. Les fonds sont gérés par l'OGDPC pour les professionnels de santé libéraux et ceux exerçant en centres de santé et par l'établissement de santé où l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) pour les autres professionnels de santé. Les médecins libéraux et ceux exerçant dans les centres de santé sont indemnisés de manière forfaitaire. Ce forfait couvre les frais facturés aux praticiens par les organismes de DPC, les pertes de ressources des libéraux ainsi que les frais divers induits par leur participation à ce programme. Pour les médecins salariés, hospitaliers, fonctionnaires ou contractuels, un dispositif propre à chaque situation, notamment par le biais de l'ANFH ou de l'établissement est mis en place. L'OGDPC a annoncé, le 23 septembre 2015, l'arrêt de la prise en charge des programmes de DPC pour les médecins à compter du 22 septembre 2015 en raison d'une enveloppe entièrement consommée. Les inscriptions pour fin 2015 restent ouvertes mais leur prise en charge financière assurée par l'OGDPC est suspendue pour toute nouvelle inscription. Cette décision introduit une iniquité intolérable entre les médecins.

## Les modifications du DPC envisagées pour 2016

À peine adaptés au précédent fonctionnement du DPC, les professionnels de santé se trouvent confrontés à des modifications de celui-ci par la loi de Santé de septembre 2015. Pour ce qu'on peut en savoir pour l'instant, le DPC restera une démarche globale comprenant des actions de FMC, d'EPP et de gestion des risques pouvant être réalisés distinctement ou couplés au sein d'un programme intégré. L'obligation devient triennale et les professionnels de santé doivent en rendre compte via un outil de traçabilité adapté (portfolio). L'accent est mis sur le fait que les DPC doivent se rattacher à des priorités pluriannuelles, soit des priorités nationales de santé, soit des priorités fixées au sein de chaque CNP. Des propositions d'orientations prioritaires par spécialité, des parcours pluriannuels de DPC, des propositions d'outils de traçabilité adaptés et une redéfinition des méthodes pertinentes de DPC doivent être mis en place d'ici la fin 2015.

Le contrôle des structures et de programmes sera renforcé, d'une part, par l'Agence nationale du DPC (qui remplace l'OGDPC) pour les organismes prestataires sur les programmes et actions prioritaires et par les employeurs et les OPCA pour les organismes prestataires d'autres actions.

Pour ce qui est du financement, il ne devrait pas y avoir énormément de différences, pour les établissements publics, la source de financement du DPC se fera sur la cotisation sur la masse salariale (0,5 à 0,75%) et pour les établissements adhérents à l'ANFH, la possibilité d'un financement à un DPC complémentaire via l'ANFH. Le financement à une DPC sera fléchi sur les actions à programme prioritaire et géré par l'ANFH. Les cotisations de

la masse salariale seront gérées essentiellement par les établissements et sur les programmes DPC élaborés et validés par les CME.

Quoiqu'il en soit, le CFAR s'adaptera aux réglementations, dans un souci permanent d'assistance et de simplification administrative pour les médecins mais de garantie de la qualité et de l'indépendance scientifique.

## Conclusion

Quelle que soit l'organisation proposée, il paraît important de concevoir le DPC comme une véritable amélioration des pratiques et de la qualité de prise en charge des patients de façon continue et permanente. Pour aider les professionnels de santé et plus particulièrement les anesthésistes-réanimateurs, seuls des anesthésistes-réanimateurs peuvent connaître et répondre aux besoins de cette formation. La structuration en CNP de la spécialité avec une société savante qui élabore et structure les aspects scientifiques de notre profession et un collège (CFAR) qui en assure les actions de DPC et d'accréditation. Ces structures doivent permettre à la fois une simplification de la compréhension du processus et une appropriation par chaque professionnel de la démarche d'amélioration continue de la qualité de sa pratique.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Custers EJFM. Thirty years of illness scripts: theoretical origins and practical applications. *Med Teach* 2015;37:457–62.
- [2] Ducos G, Lejus C, Sztark F, Nathan N, Fourcade O, Tack I, et al. The Script Concordance Test in anesthesiology: validation of a new tool for assessing clinical reasoning. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2015;34:11–5.
- [3] Compère V, Moriceau J, Gouin A, Guitard P-G, Damm C, Provost D, et al. Residents in tutored practice exchange groups have better medical reasoning as measured by the script concordance test: a pilot study. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2015;34:17–21.
- [4] Secomb J. A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. *J Clin Nurs* 2008;17:703–16.
- [5] Walker-Bartnick LA, Berger JH, Kappelman MM. A model for peer tutoring in the medical school setting. *J Med Educ* 1984;59:309–15.
- [6] Busari JO, Scherpbier AJJA. Why residents should teach: a literature review. *J Postgrad Med* 2004;50:205–10.

*Responsable commission DPC du CFAR*

Jean-Etienne Bazin \*

*CHU de Clermont-Ferrand, 1, place  
Lucie-et-Raymond-Aubrac, 63001  
Clermont-Ferrand cedex, France*

*Responsable sous commission GAP-TCS du  
CFAR*

Vincent Compère

*CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen  
cedex, France*

\* Auteur correspondant.

*Adresse e-mail : jebazin@chu-clermontferrand.fr  
(J.-E. Bazin)*