

## SOMMAIRE

### DPC, MÉTHODES ET MODALITÉS

**Dr Jean-François Thébaut**  
Membre du Collège de la HAS  
**La liste des méthodes et des  
modalités de DPC validée**

### UN ENTRETIEN AVEC...

**Francis Dujarric**  
Secrétaire général adjoint de la  
FSM – Animateur du comité DPC  
de la FSM

### Fédération des spécialités médicales et DPC

### UN ENTRETIEN AVEC...

**Pierre-Louis Druais**  
Président du Collège de la  
médecine générale  
**Collège de la médecine générale  
et DPC**

### COMMENTAIRES

**Laurence Chazalette**  
Haute Autorité de santé  
**Conditions d'enregistrement  
et d'évaluation des organismes  
de DPC**

### REFERENCES...

**Pr Philippe Casassus**  
Haute Autorité de santé  
**Effet d'un programme de DPC  
américain en soins primaires sur  
la prise en charge de la  
bronchopneumopathie  
obstructive (de la théorie à la  
pratique)**

### Directeur de la publication :

Jean-Luc Harousseau

### Comité éditorial :

Bruno Bally, Rémy Bataillon, Jean  
Brami (coordinateur), Philippe  
Cabarro, Jean-Michel Chabot,  
Arielle Fontaine, Thomas Le Ludec,  
Dominique Maigne, Christiane  
Rossatto, Jean-François Thébaut.

### Réalisation maquette :

Anne Fabbretti-Hily

## EDITORIAL



**Pr Jean-Luc Harousseau**  
Président du Collège de la HAS

### LE DPC SUR LES RAILS

Certains, les plus positifs, diront sans doute « *Enfin le DPC est sur les rails* ». D'autres diront « *On verra bien si ça marche* ». Mais de toute façon, aujourd'hui, en 2013, le développement professionnel continu est lancé.

Dans le cadre de cette mise en place tant attendue, la mission de la HAS était relativement limitée tout en étant importante : il s'agissait de définir les méthodes et les modalités du DPC, en d'autres termes, de fixer le cadre dans lequel vont se mettre en place les activités permettant la validation d'un programme de DPC. Ce sont ces méthodes qui vont servir de guide aux organismes de DPC pour construire leurs programmes.

L'exercice n'était pas si simple car il fallait :

- tenir compte de l'acquis, c'est-à-dire des actions de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles qui se sont développées depuis des années ;
- intégrer les nouvelles modalités d'évaluation permettant une meilleure politique de gestion des risques liés aux soins ;
- dessiner des schémas qui puissent s'appliquer à l'ensemble des professionnels de santé et qui permettent des programmes pluriprofessionnels.

Il était donc indispensable pour mener à bien cette tâche de travailler en concertation étroite avec l'ensemble des professionnels.

La Haute Autorité de santé a assumé sa part de travail et je voudrais rendre hommage à l'action de terrain menée pendant des mois par les personnels de la HAS.

Mais au-delà de la réussite factuelle qui est la rédaction des méthodes et modalités, ce qui est sans doute le plus important c'est que de multiples réunions ont permis à la HAS d'aller à la rencontre de l'ensemble des professionnels et d'écouter les nombreuses questions qu'ils se posent. Sans leur aide rien n'aurait été possible. Et je souhaite saluer l'engagement et la disponibilité des organismes représentant les professionnels, pour les médecins, la Fédération des spécialités médicales et le Collège de la médecine générale, pour les autres professions, les commissions scientifiques indépendantes (sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et le Haut Conseil pour les professions paramédicales).

J'adresse à tous les lecteurs de DPC & Pratiques mes meilleurs vœux pour cette année 2013. ■

## DPC, MÉTHODES ET MODALITÉS

### Le Collège de la HAS a validé la liste des méthodes et des modalités de DPC

**Dr Jean-François Thébaut**  
Membre du Collège

La liste des méthodes et modalités de DPC a été élaborée en collaboration avec la Fédérations des spécialités médicales (FSM), représentant les conseils nationaux professionnels des spécialités et avec celle du Collège de la médecine générale (CMG) et après une large concertation auprès des représentations de la plupart des professionnels de santé et de ses partenaires institutionnels. Le Collège de la HAS vient donc de la valider, le 19 décembre dernier, après avis des commissions scientifiques indépendantes (CSI) déjà installées (sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens et la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales – HCPP). Cette liste précise les exigences méthodologiques portant sur les programmes, les supports utilisés, les intervenants et la traçabilité de l'engagement des professionnels. Elle s'accompagne de fiches techniques qui décrivent les différentes méthodes retenues et qui sont, à ce stade, proposées comme documents de travail en cours de validation. Cette liste sera soumise à la CSI des médecins dès son installation. Elle a été établie en concertation avec la FSM et le CMG comme peuvent en attester les interviews de Francis Dujarric, président de la commission DPC de la FSM et de Pierre-Louis Druais, président du CMG.

Ces méthodes sont regroupées selon six grandes approches :

- une approche à dominance pédagogique ou cognitive (formation en groupe ou en individuel) ;
- une approche à dominance d'analyse des pratiques (gestion des risques, revue de dossier et analyse de cas, indicateurs, analyse de parcours de soins, analyse de parcours professionnel) ;
- une approche intégrée à l'exercice professionnel (gestion des risques en équipe, exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel) ;
- les dispositifs spécifiques (accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque, accréditation des laboratoires de biologie médicale, programme d'éducation thérapeutique, protocole de coopération, formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux) ;
- l'enseignement et la recherche (publication d'un article scientifique, recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité, maîtrise de stage, formateurs pour des activités de DPC ;
- la simulation (session de simulation en santé, tests de concordance de script).

Ces méthodes et modalités de DPC sont celles que devront utiliser les organismes de DPC pour construire des programmes adaptés aux objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à l'exercice des professionnels concernés.

En conformité avec les textes des décrets, les programmes de DPC doivent obligatoirement comporter un temps d'analyse des pratiques et un temps d'acquisition ou de perfectionnement de connaissances, planifiés et articulés entre eux explicitement.

Au nom du Collège de la HAS, je tiens à saluer l'esprit constructif dans lequel se sont déroulées les nombreuses réunions de collaboration et de concertation qui ont permis l'élaboration de cette liste.

La réflexion a été conduite avec les prérequis généraux qui nous semblent fondamentaux :

- tenir compte de l'existant et du travail accompli depuis plus de vingt ans par les multiples organismes et associations de formation qui ont permis d'élever régulièrement la qualité du niveau de soins à ce niveau reconnu par tous, comme par exemple les programmes d'EPP ou l'accréditation des spécialités à risque ;
- ne pas complexifier un dispositif qui en lui-même est déjà polymorphe du fait de la multiplicité des professions et des modes d'exercice de près de un million sept cent mille professionnels ;

- privilégier les méthodes et les programmes qui permettent de diminuer les risques liés aux soins et d'améliorer la sécurité des patients ;
- faire du DPC un instrument de modification des pratiques et des organisations professionnelles ;
- promouvoir les programmes pluriprofessionnels indispensables au travail en équipe et à la mise en place de parcours de soins coordonnés, efficaces et pertinents. ■

---

## UN ENTRETIEN AVEC... Francis Dujarric

### Fédération des spécialités médicales et DPC

#### Francis Dujarric (consulter la DPI)

Secrétaire général adjoint de la [Fédération des spécialités médicales](#) (FSM) – Animateur du comité DPC de la FSM

#### • Quelle est la structuration de la Fédération des spécialités médicales (FSM) pour la population des médecins spécialistes ?

La FSM est le rassemblement de toutes les spécialités médicales et chirurgicales à l'exception de la médecine générale, aujourd'hui on compte une quarantaine de spécialités représentées à la FSM.

Les différentes spécialités sont structurées sous la forme de Conseils nationaux professionnels (CNP), qui sont des structures fédératives avec une double gouvernance professionnelle et scientifique. Il existe un seul CNP par spécialité qui regroupe l'ensemble des composantes d'une spécialité c'est-à-dire les sociétés savantes, les syndicats, les structures universitaires, les associations de formation, les organismes d'accréditation pour les spécialités à risques avec un principe de gouvernance paritaire public/privé. Ainsi, un CNP peut apporter une caution scientifique *via* ses sociétés savantes, une caution universitaire *via* ses structures universitaires et une caution libérale par sa connaissance des pratiques en médecine dite de ville. Un CNP est capable de proposer des solutions pratiques et consensuelles à un problème de santé, grâce à sa capacité de mobiliser rapidement l'ensemble des ressources humaines concernées par ce problème.

#### • DPC mode d'emploi pour la FSM (organisation et mise en place)

La principale caractéristique du DPC est l'association de la formation cognitive et de l'analyse des pratiques, du savoir et du savoir-faire en quelque sorte. C'est pourquoi d'ailleurs la FSM symbolise si bien le DPC, c'est qu'à travers ses CNP elle comprend déjà cette association.

La seconde caractéristique est la liberté offerte au médecin de choisir son organisme avec lequel pendant une année il réalisera sa formation. Cette liberté de choix vient du fait que la formation professionnelle est dépendante de la directive européenne sur les services.

La troisième caractéristique est son obligation pour l'ensemble des médecins quel que soit leur statut salarié ou libéral, universitaire ou non. C'est une démarche universelle au service de l'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients.

Bien entendu, l'État a mis en place un cadre juridique compte tenu du financement, des orientations nationales, et les organismes qui proposeront des programmes annuels de DPC devront être enregistrés auprès d'un organisme gestionnaire (OGDPC) et validés sur le plan scientifique et pédagogique par une commission scientifique indépendante (CSI). Il s'agira de vérifier que l'organisme qui propose des programmes de formation a les capacités nécessaires aux niveaux scientifique et méthodologique et que son indépendance vis-à-vis des industries en produit de santé est réelle.

D'une façon pratique un médecin spécialiste pourra connaître les différents programmes proposés par sa spécialité en s'adressant à son CNP, ainsi que les organismes de DPC liés à son champ d'activité professionnelle. Une fois le programme réalisé, l'organisme de DPC enverra une attestation au Conseil départemental de l'ordre des médecins.

• **Quelles sont les méthodes que la FSM considère plus particulièrement adaptées à la problématique des spécialistes ?**

La FSM a participé à la réalisation du document méthodes et modalités du DPC. Nous avons souhaité lors de l'élaboration de ce document maintenir une très grande souplesse dans l'association des deux temps (cognitif et évaluatif) qui composent un programme de DPC parce que les modes de formations des médecins sont par nature très variés. Ainsi un programme pourra commencer par une des deux phases, et comporter un choix varié de type méthodologique de formation cognitive allant du congrès à la formation individuelle en ligne. Idem pour la phase d'analyse des pratiques où nous avons retenu le plus grand nombre de méthodes d'analyse des pratiques car la connaissance des modes de formation des spécialistes nous a appris cette multitude des pratiques. C'est aussi cela la force de la FSM.

Nous avons voulu par ailleurs défendre l'idée qu'un programme de DPC pouvait associer différentes structures, d'où l'idée de prestataires de services. Ainsi une structure hospitalière au sein de laquelle des médecins réalisent de l'analyse des pratiques sous forme de revue de morbi-mortalité (RMM) ou de revue de concertations pluriprofessionnelles (RCP), pourra utiliser une société savante comme prestataire pour réaliser la phase cognitive d'un programme, le tout à travers un organisme de DPC. La même chose pourrait être envisagée entre un organisme d'accréditation de spécialité à risque et une société savante. Bref nous avons voulu préserver la plus grande diversité possible pour réaliser son DPC tout en restant dans le cadre réglementaire.

Et puis ce sera en observant les premières expériences de DPC que nous nous rendrons compte des choix faits par les confrères. N'oublions pas que le DPC étant obligatoire il faudra que tous les médecins puissent trouver un programme adapté à leurs besoins de formation.

• **Rôle du CNP comme facilitateur**

Par leur composition ils s'adressent à tous les médecins d'une spécialité et sont donc par définition les mieux placés pour connaître les besoins de formation au sein d'une spécialité.

De plus les CNP auront un rôle pour proposer les orientations nationales, sélectionneront les diplômes universitaires (DU) (validés par la CSI) équivalant à un programme de DPC, présenteront les différents thèmes d'une spécialité et afficheront les organismes de DPC qui réaliseront ces programmes. En ce sens ils seront pour les spécialistes une plateforme d'information incontournable.

Enfin, pour en savoir plus sur le DPC, je conseille aux spécialistes de consulter le site de la FSM et sa rubrique DPC. ■

Propos recueillis par le Dr Jean Brami – HAS.

*Les propos tenus dans cet article sont sous la responsabilité de leur auteur.*

---

## UN ENTRETIEN AVEC... Pierre-Louis Druais

### Collège de la médecine générale et DPC

**Pierre-Louis Druais\*** (consulter la DPI)  
Président du [Collège de la médecine générale](#)

• **Quel est le rôle du Collège de la médecine générale (CMG) dans l'organisation du DPC ?**

Le Collège est parti de l'idée qu'il existe de nombreuses spécificités de la médecine générale, que ce soit dans l'approche de l'exercice professionnel que dans celle de la discipline scientifique. Nous pensons qu'une section de médecins généralistes au sein de la Commission scientifique indépendante (CSI) des médecins a un rôle majeur car elle va tenir compte de ces spécificités, alors qu'une CSI unique et

commune à l'ensemble des professions médicales aurait eu d'autres priorités dans la mesure où les autres disciplines médicales ont également des spécificités propres et tout autant légitimes.

Je vais vous donner trois exemples. Nous pensons qu'un médecin qui participe à un protocole de recherche conduisant à des publications va améliorer de facto ses pratiques et changer ses comportements. Dans ce sens, le CMG considère qu'il s'agit de DPC alors que nos collègues de la Fédération des spécialités médicales (FSM) ont un autre avis et pensent qu'un travail de recherche fait partie intégrante du travail « normal » et attendu d'un universitaire. Un autre exemple, c'est la maîtrise de stage qui est, pour nous, un élément du DPC. Le fait d'accueillir des internes et des externes, de se mettre dans une démarche réflexive et de s'autoévaluer constitue bien le fondement du DPC. Enfin, la participation simple à un congrès ne constitue pas à nos yeux une démarche de DPC, contrairement à nos collègues des autres disciplines, mais elle peut en être un des éléments. Le CMG rédige en ce moment un document à destination des organismes de DPC pour faire avancer la réflexion : les structures accréditées pourront proposer aux médecins des « briques élémentaires » de DPC, qu'ils pourront acquérir dans certains ateliers lors de congrès.

Le rôle du CMG sera de porter ces éléments dans l'organisation même du DPC.

#### • **Que va apporter le DPC aux médecins généralistes ?**

Le DPC est un outil d'accompagnement professionnel et nous pensons, au CMG, qu'il va induire quatre modifications essentielles. Tout d'abord, il va permettre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en optimisant le parcours de soins des patients, que ce soit au niveau individuel ou collectif. Ensuite, le DPC va donner toute sa dimension aux démarches de prévention, d'éducation thérapeutique, de délégation ou partage de compétences. Le DPC va également permettre au médecin d'apporter des réponses aux problèmes qu'il se pose, que ce soit en termes de compétences, d'organisation territoriale des soins ou d'interprofessionnalité. Enfin, le DPC va accompagner le MG dans son curriculum, dans ses évolutions de carrière, et, dans la mesure où il favorise les échanges entre collègues, il va contribuer à réduire l'épuisement professionnel.

#### • **Quels sont les concepts à la base des outils mis en place par le CMG ?**

Dans la mise en place des outils, les concepts sont partagés avec nos collègues de la FSM. Pour que le DPC ait une réelle valeur, il faut qu'il y ait la notion de parcours : au fil du temps, le professionnel identifie ses besoins et va rechercher des réponses à ces besoins. C'est ainsi que se construit avec le professionnel la démarche de DPC. Cela ouvre à la notion de pratique réflexive. A la condition que le professionnel définisse ses besoins en se confrontant à ses collègues et non pas en restant isolé. En effet, on sait bien que l'on a souvent des attentes dans les domaines où l'on est déjà compétent. Le professionnel va ensuite mettre en œuvre un recueil de données pour analyser sa pratique (« ce que je fais vraiment »), voir ce que cette pratique pose comme problèmes, et s'autoévaluer. Pour faire cette analyse en positif en en amélioration des pratiques, le professionnel doit se confronter à des recommandations de bonne pratique, à des référentiels, à de l'analyse de la littérature ou à du consensus professionnel. Enfin, il va mettre en place des éléments de suivi qui vont lui permettre de mesurer les améliorations acquises en regard de ses pratiques antérieures.

Ce processus, est exactement celui que nous utilisons en formation initiale et dans la maîtrise de stage depuis longtemps. Nous avons introduit dans l'enseignement de la médecine générale la notion d'approche par compétences, illustrée par le référentiel métier et nous pensons que les médecins généralistes nouvellement formés acquièrent des réflexes d'autoévaluation et continueront avec cette approche. On peut penser que demain, les médecins généralistes, auront acquis collectivement les méthodes et les outils du DPC, qu'ils auront la capacité à faire l'analyse des pratiques professionnelles et à mettre en place des outils s'inscrivant dans un plan de DPC défini pluriannuellement. Par ailleurs, ils vont s'intéresser à ce qu'ils font « à côté » (maîtrise de stage, travail de recherche, participation à des réseaux de soins, etc.) mais aussi aux demandes de regroupement, aux partages de compétences avec les autres professionnels, y compris d'autres généralistes. Ils vont inscrire ces activités dans leur plan de développement professionnel. Toute cette logique professionnelle va contribuer à modifier profondément la profession.

Il ne doit pas y avoir de rupture entre la formation initiale et la formation continue tout au long de la vie professionnelle. Ce point est fondamental à nos yeux car il est plus facile d'acquérir des comportements dès l'enseignement initial que de devoir les changer ensuite. A partir de là, le professionnel qui aura compris comment conduire le *changement* et comment les outils ont été conçus, aura toute liberté pour choisir lui-même ces outils, y compris des méthodes récentes et nouvelles comme la simulation en santé ou la télémédecine.

### **Comment a été constituée la CSI présentée par le CMG ?**

Nous avons choisi de permettre au sein de la CSI une représentation généraliste pluraliste. L'équilibre que nous avons recherché vise à permettre une représentation de l'ensemble des professionnels avec deux représentants par syndicats, un représentant des médecins salariés, soit un total de neuf titulaires et neuf suppléants. Parmi ces candidats existent des médecins généralistes exerçant outre leur pratique de médecine générale, des activités complémentaires, ainsi qu'un représentant des hôpitaux locaux.

La représentation des sociétés scientifiques est matérialisée par six titulaires et six suppléants avec une représentation des sociétés de formation, des enseignants et des jeunes chercheurs. Nous avons fait le choix d'associer un représentant des médecins de montagne et un représentant des médecins des hôpitaux locaux, compte tenu de leurs spécificités professionnelles et scientifiques dans le champ de la médecine de proximité.

C'est ainsi que nous souhaitons au sein du Collège poursuivre nos échanges et une démarche collective au bénéfice de la santé des populations. ■

\* Propos recueillis par le D<sup>r</sup> Jean Brami – HAS.

*Les propos tenus dans cet article sont sous la responsabilité de leur auteur.*

---

## **COMMENTAIRES**

### **Conditions d'enregistrement et d'évaluation des organismes de DPC**

**Laurence Chazalotte**

Service évaluation et amélioration des pratiques – HAS

L'OGDPC a pour mission de piloter la mise en œuvre du dispositif de développement professionnel continu dédié aux professionnels de santé en France. Afin de permettre aux organismes de dispenser des programmes de DPC aux professionnels de santé dès janvier 2013, l'OGDPC procède à leur enregistrement.

Les programmes de DPC pourront être mis en œuvre par des organismes de DPC enregistrés par l'OGDPC et évalués favorablement par les commissions scientifiques indépendantes (CSI) compétentes et la Commission scientifique du haut conseil des professions paramédicales (CSHCPP).

Les modalités d'enregistrement et d'évaluation des futurs organismes de DPC viennent d'être précisées dans l'arrêté du 12 décembre 2012 (JO du 16 décembre 2012) relatif à la composition du dossier de demande d'enregistrement en qualité d'organisme de DPC et du dossier d'évaluation.

Cet arrêté décrit les documents à remplir ou à fournir par les organismes :

- un formulaire de demande d'enregistrement à renseigner (informations administratives et informations relatives à l'objet de l'activité et au contenu des programmes de DPC) ;
- des pièces justificatives à joindre ;
- un dossier d'évaluation à renseigner (description des activités et le cas échéant ses expériences en matière d'EPP et de formation continue). Il s'agit de décrire sa capacité pédagogique et méthodologique, les qualités et références des intervenants, son indépendance financière, et la gestion des conflits d'intérêts. Ce dossier sera évalué par les commissions scientifiques compétentes.

NB : un organisme enregistré pourra aussi déléguer une partie de ses programmes à un prestataire de service sous certaines conditions.

A titre dérogatoire pour l'année 2013, deux périodes d'enregistrement sont prévues : entre le 1<sup>er</sup> et le 30 juin et entre le 1<sup>er</sup> et le 31 octobre. Pour les années suivantes d'autres périodes seront prévues (janvier, avril et septembre) pour l'enregistrement.

De plus, à titre transitoire et jusqu'au 30 juin 2013, l'OGDPC publiera sur son site une liste des organismes agréés pour la formation continue et pour l'évaluation des pratiques professionnelles. Ces organismes feront l'objet d'une préinstruction et devront également faire une demande d'enregistrement.

Pour l'année 2013, ces organismes et les organismes enregistrés et évalués favorablement pourront délivrer des attestations de participation à un programme de DPC.

Enfin, les organismes sont enregistrés pour une période de 5 ans. ■

---

## RÉFÉRENCES...

### Effet d'un programme de DPC américain en soins primaires sur la prise en charge de la bronchopneumopathie obstructive (de la théorie à la pratique)<sup>1</sup>

Pr Philippe Casassus

Service évaluation et amélioration des pratiques – HAS

Ce papier rapporte les résultats d'un programme de DPC proposé par une équipe américaine à la fois géographiquement multicentrique (18 états), comportant des experts de domaines différents (pneumologues, généralistes et spécialistes des sciences de l'éducation), et destiné à un public varié<sup>2</sup> : 74 médecins généralistes, 180 infirmiers expérimentés, mais aussi 55 « assistants-praticiens » (qu'on pourrait assimiler à des internes), des pharmacologues, etc.

L'idée était de proposer un programme utilisant une combinaison de méthodes avérées les plus efficaces dans la formation des adultes (et non la simple présence à un congrès, dont les évaluations montrent son inefficacité pour prouver une amélioration des pratiques).

Le thème, « terrain » de ce programme, fut la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en soins primaires, en se servant des recommandations nationales.

Trois objectifs étaient recherchés : l'amélioration de la confiance en soi du professionnel, l'amélioration de ses connaissances et de sa pratique.

### Méthode

Le programme a comporté :

1. *Une analyse des besoins* à partir des données de la littérature, d'interviews, d'avis d'experts, de suivi de cohortes. Il s'est avéré que la BPCO arrivait en 15<sup>e</sup> position sur 240 thèmes dans les choix des infirmiers et que plus de 50 % des médecins généralistes ignoraient les recommandations nationales, tandis que seulement un tiers se sentaient en confiance pour la prendre en charge alors que le pronostic peut dépendre de la rapidité du diagnostic.
2. Cette analyse a conduit à bâtir une formation sur la BPCO avec 3 objectifs : savoir reconnaître les facteurs de risque ; savoir traduire les recommandations en pratique; savoir faire les meilleurs choix devant divers scénarios. Il a été proposé aux participants de répondre à un questionnaire évaluant leur niveau de confiance dans ce domaine et un prétest et un post-test, évaluant successivement leurs connaissances, leur compréhension des recommandations, la façon dont ils les appliquaient. Ces tests, corrigés anonymement, analysaient les mêmes concepts avant et après la formation, mais avec des questions différentes. Les participants n'ont reçu les réponses aux premiers tests qu'après réalisation des derniers.
3. La méthodologie d'apprentissage a utilisé six catégories de formation, allant de la plus classique à la plus sophistiquée selon le tableau I, adaptées à la population des participants.
4. Dans chaque centre, un maximum de 36 participants ont été prévus de façon à permettre les travaux en petits groupes (pour des jeux de rôle, les simulations, les séances d'apprentissage par problèmes, les exercices de spirométrie), qui entrecoupaient les conférences plénières.

Tableau I

| Catégorie de formation | Principe  |
|------------------------|---|
| I                      | Cours magistral   |
| II                     | Autoapprentissage   |
| III                    | Apprentissage basé sur les preuves                                  |
| IV                     | Apprentissage par problèmes   |
| V                      | Simulation  |
| VI                     | Amélioration de la qualité (évaluée par des indicateurs mesurables) |

### Résultats

Il y eut 351 participants.

Parmi eux, 54,1 % n'avaient jamais appliqué les recommandations (67,3 % chez les « internes »).

Les participants ont amélioré leur confiance en eux à propos de la prise en charge des BPCO, dans tous les domaines (prise en charge de la pathologie, de ses poussées, interprétation de la spirométrie) : dans tous ses domaines la sensation d'« inconfort » du professionnel a été mesurée à 1 % après la formation, contre respectivement 26 %, 25 % et 54 %.

Le tableau 2 donne le résultat des tests avant/après qui témoigne de l'amélioration obtenue.

**Tableau 2**

| Item                             | Réponse exacte en prétest | Réponse exacte en post-test | Significativité (p) |
|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Connaissance/compréhension       | 77,1% ± 16,4 %            | 94,7% ± 8,7 %               | <0,001              |
| 5 questions de « connaissances » | 83,1% ± 5 %               | 97,1 % ± 5 %                | 0,001               |
| 5 questions de « compréhension » | 68,8 % ± 17,5 %           | 91,5 % 17,5 %               | <0,001              |

Si les médecins, avant comme après la formation, étaient plus à même d'interpréter les résultats de spirométrie ou de gérer les poussées aiguës que les autres catégories de professionnels, cette différence ne s'est pas retrouvée à l'issue du programme pour d'autres domaines comme la prise en charge globale de la BPCO ou la confiance dans l'application des recommandations.

Enfin, à distance du programme (3 à 6 mois), une autoévaluation (anonymisée) de la modification des pratiques a pu être faite chez 132 des participants. Un changement significatif de la pratique a été rapporté dans 94,7 % (125 cas).

Un questionnaire s'est intéressé aux freins que les professionnels relevaient pour une bonne mise en pratique de ces acquis. Le manque de temps est venu en premier (18,8 %), avant les limites financières (12,1 %),... le défaut d'aide fiscale (11,2 %), la difficulté de tout mémoriser au moment de la pratique (9 %) notamment : mais la plupart rapportaient néanmoins qu'ils mettaient en pratique ce qu'ils avaient acquis.

### Discussion

Les résultats de cette étude (synthétisés en conclusion) sont bien sûr à prendre comme des « indications », car ils ne sont pas dénués de biais.

L'autoestimation des progrès a vraisemblablement embelli les résultats. Cependant deux études comparatives entre autoévaluation et évaluation indépendante ont par le passé montré une très bonne corrélation.

Enfin, il y a eu 139 « non réponders » au questionnaire sur l'amélioration des pratiques. Mais, comme le soulignent les auteurs, même en les considérant tous comme des « échecs dans le processus d'amélioration de leur pratique », l'amélioration concernerait pas loin de la moitié de la population, ce qui peut déjà être considéré comme un résultat intéressant.

### Conclusion

Ce programme de DPC, utilisant diverses techniques de formation, dynamique et interactif, multi-professionnel, apparaît reproductible et intéressant pour améliorer les pratiques des cliniciens en soin primaire. Il implique une relation entre les méthodes d'apprentissage et les objectifs que l'on cherche à atteindre, l'existence de périodes de cours magistraux, la vérification progressive de l'acquisition des pratiques et l'encouragement à développer une vraie collaboration interprofessionnelle.

En ce qui concerne l'application dans le domaine de la prise en charge des bronchopneumopathies chroniques obstructives, les médecins participants ont obtenu une réelle amélioration de leur pratique (c'est-à-dire un meilleur respect des recommandations), mais aussi une amélioration de leur confiance en eux et de la compréhension de la pathologie. ■

<sup>1</sup> Adams SG. Et al. *Effect of a primary care continuing education program on clinical practice of chronic obstructive pulmonary disease : translating theory into practice.* *Mayo Clinic Proc.* 2012 ; 87 : 862-870.

<sup>2</sup> Dans cette étude expérimentale, les participants n'ont pas reçu de dédommagement ni de crédit pour valider la FMC.