

Monsieur le Rédacteur,

je vous remercie de m'avoir proposé de relire l'article intitulé "Analyse des processus de DPC - Etat des lieux réalisé dans le cadre des Assises du médicament ", et je vous propose des révisions majeures avant de l'accepter.

Cet article semble défendre les principes de l'Evidence Based Medicine (EBM), mais l'auteur (dont le nom semble incnnu) ne doit pas connaître l'EBM car il mélange constamment ses opinions et des faits dont les sources ne sont pas citées. Voici mes remarques :

1. Le titre porte à confusion "Etat des lieux réalisé dans le cadre des Assises du médicament". L'auteur devrait préciser s'il a participé aux Assises, à quel titre, et si sa participation lui autorise de s'exprimer au nom des Assises. Si tel est le cas, est-ce que cette contribution est une partie du rapport des Assises ?
2. Dans l'introduction, il est fait mention d'une analyse de la littérature internationale à faire, mais des analyses de qualité ont été réalisées par l'AHRQ, par la collaboration Cochrane, et je ne crois pas qu'une nouvelle analyse apporte des éléments nouveaux. Les auteurs semblent méconnaître les ouvrages de l'American Medical Association (AMA) sur le CPD. Toutes ces références pourraient être citées.
3. Le paragraphe "L'enjeu est de garantir.." est de bonne qualité, et ne mérite pas de modifications. Il est à noter qu'il fait référence à l'EBM, principes qui sont ensuite totalement ignorés dans l'article. Je rajouterai que les professionnels de santé ont un devoir de se former, même si les systèmes proposés ont été défaillants depuis 20 ans.
4. Le paragraphe "Simultanément, une évolution.." est intéressant et de bonne qualité. Il mériterait de mieux définir quelques concepts comme 'professionnalisme', et 'forfaitisations' qui ont des compréhensions diverses selon les lecteurs.
5. Le paragraphe "La qualité et la sécurité des pratiques.." introduit une analyse de l'OCDE. C'est très intéressant, mais la référence à cette analyse n'est pas donnée, ce qui nuit à la crédibilité de cet article. L'OCDE aurait distingué 3 modèles principaux de revalidation des compétences des professionnels qui sont ensuite décrits. **Pourriez-vous me transmettre ce rapport pour compléter mon analyse ?**
6. **Le modèle a (participation à des activités de FMC)** est bien décrit mais comporte des erreurs graves : il est inexact de dire que les barèmes de crédits sont complexes. Je vous suggère de consulter le barème de l'UEMS, autorité européenne dans ce domaine, le barème de quelques pays européens, et les 7 catégories du barèmes des crédits de catégorie 1 de l'AMA., et le barème des CNFMC. Un des objectifs des rédacteurs de ces barèmes a été de les faire simples. Plus loin, il est dit que le non respect des barèmes expose à des sanctions, alors que les pays ont développé des motivations, comme en Belgique par exemple. C'est donc faux. Je ne commenterai pas les affirmations de la fin de ce paragraphe, car elles vont à l'encontre de l'expérience de le plupart des pays "modèle complexe, coûteux et lourd à gérer"..... quelles sont les études de coût dans ce domaine ? Le manque de références nuit à la crédibilité de l'article.
7. **Le modèle b (une recertification temporaire).** S'il est correctement présenté, ce modèle est jugé de façon péremptoire, sans arguments, ni études de qualité que recommandent les

principes de l'EBM.... Là encore, comment peut-on affirmer que ce système est complexe, coûteux, et lourd à gérer. Ne faites pas croire aux professionnels que ceci est fondé sur des données probantes, alors qu'il s'agit d'une opinion d'auteur....

8. **Le modèle c (amélioration continue des pratiques professionnelles)** est bien présenté, mais là encore, un jugement à l'emporte pièce sans argumentaire vient malheureusement ternir la qualité de ce texte. Comment apporter des preuves pour soutenir la phrase "Elles sont bien acceptées par des professionnels et laissent une large place à l'autonomie professionnelle. Elles sont en train de démontrer leur économie de moyens et leur efficacité....". Est-ce extrait du rapport de l'OCDE ? Quelles sont les données explicites ?
9. Le reste du texte fait appel à des données internationales que l'auteur ne doit pas bien connaître. S'il les avait intégrées, il aurait un autre regard sur le DPC. Il s'agit d'une réflexion académique qui est difficile à faire comprendre à plus d'un million de professionnels de santé... Seule une simplification pourrait atteindre la cible des lecteurs des publications dont la qualité est reconnue.
10. Ayant observé les vidéos du groupe 4 des Assises du médicament où s'affrontaient victimes et coupables qui ne pouvaient avoir le recul nécessaire sur les systèmes de FMC/DPC, je m'étais permis de résumer en une page quelques opinions que vous trouverez en annexe de mon courrier.

Ma recommandation est de publier ce texte sous réserve de modifications majeures, d'une application des principes de l'EBM, et d'une relecture attentive des versions révisées.

Liens d'intérêts : j'ai des activités internationales de conseil dans les domaines Medical Education / Continuing Professional Development', je suis membre du board et ancien président de "Global Alliance for Medical Education, et j'ai collaboré aux activités de l'ANDEM/ANAES de 1994 à 1999.

### **Les systèmes internationaux de formation des médecins : réflexions pour la France**

- Trois éléments complémentaires doivent être progressivement mis en place : **la FMC, le DPC, et les qualifications par l'évaluation des compétences.**
- **Un système simple et fonctionnel de FMC est un préalable non négociable.**
- Un système adapté à 200 000 médecins, amélioré au cours du temps, doit être l'objectif ; les méthodes efficaces en petits groupes ne sont pas généralisables.
- Des méthodes simples, basées sur des crédits, de type participation à des conférences, lectures, formation à distance ont toujours précédé la mise en oeuvre du DPC et de l'évaluation des compétences ; par exemple, en Amérique du Nord, les crédits ont été mis en place entre 1948 (AAFP) et 1968 (AMA), l'accréditation des organismes en 1981, la certification entre 1933 et 1971 selon les spécialités, et le 'performance improvement' (évaluation des pratiques) a commencé en 2004.
- Les crédits permettent la réciprocité des actions entre pays et facilitent la circulation des médecins ; le crédit a été adopté par la plupart des pays dans le monde.
- **Les rôles des acteurs doivent être répartis et admis par tous :**
  - l'Université qui forme les médecins tout au long de la vie, et les collèges universitaires définissent les curriculum de formation initiale et continue ;
  - les sociétés savantes, contribuent à améliorer la connaissance, à produire le savoir, à assurer la formation et la recherche ;
  - l'ordre professionnel contrôle la compétence des médecins ; le diplôme n'est pas acquis à vie ; les médecins étrangers doivent avoir une équivalence ;
  - les financeurs respectent des cahiers des charges assurant une indépendance des actions de formation : la formation n'est ni un outil promotionnel des industries, ni un outil de maîtrise médicalisée ;
  - les syndicats représentent les intérêts catégoriels et professionnels.
- **Des incitatifs sont indispensables ; ils sont soit financiers** comme en Belgique, en Allemagne (partiellement), **soit basés sur la recertification/revalidation d'un diplôme** acquis pour une période limitée (5 à 10 ans), comme en Amérique du Nord (Maintenance of certification), et comme prévu en Angleterre.
- Le financement est important ; il doit être 'transparent' ; il ne peut être mis en place qu'avec un système fonctionnel de FMC.
- Les initiatives françaises de 2011 suivront la destinée des tentatives de 1996, 2002, 2004, faute de système simple, clair, mesurable et faute d'accord entre les acteurs. Les 74 leaders et experts en FMC, ayant travaillé pour les CNFMC depuis 2003 ont été démotivés, et sont des relais d'opinions à reconquérir.
- L'extension aux autres professions de ce qui n'a jamais marché pour les médecins ne permet pas de construire avec ces professions une relation basée sur la confiance.