

## Le développement professionnel continu et l'évaluation des pratiques professionnelles

B. NEMITZ

### Points essentiels

- S'inscrire dans une démarche de développement professionnel continu (DPC) est pour tout praticien une obligation non seulement réglementaire mais aussi éthique.
- Le DPC, créé par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, regroupe les actions de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).
- L'EPP a pour but de favoriser la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques et doit être à ce titre intégrée à l'exercice clinique en n'oubliant pas que la finalité n'est pas l'évaluation des pratiques qui n'est qu'un moyen, mais bien l'amélioration des pratiques.
- Les organismes qui se portent candidats pour délivrer des programmes de DPC font l'objet d'une évaluation par une commission scientifique indépendante (CSI) nationale mise en place à cet effet.
- Il revient à la Haute Autorité de Santé (HAS) de valider les méthodes et les modalités d'action pertinentes pour le DPC des médecins ainsi que de vérifier régulièrement par des études d'impact si le DPC a permis de modifier les pratiques médicales.
- Tout médecin est tenu de participer chaque année à un programme collectif, annuel ou pluriannuel, de DPC répondant à une orientation nationale ou régionale, reposant sur des méthodes et modalités validées par la HAS et dispensé par un organisme évalué positivement par la CSI.

Correspondance : Pr Bernard Nemitz, CHU, 80054 Amiens cedex 1. Tél. : 03 22 66 84 61.  
Fax : 03 22 66 87 13. E-mail : nemitz.bernard@chu-amiens.fr

- Il revient aux conseils départementaux de l'Ordre des Médecins de s'assurer du respect de l'obligation de DPC par tous les praticiens et de sanctionner les éventuelles défaillances.
- Le dispositif de gouvernance du DPC prévoit que chaque spécialité doit être représentée par un Conseil national professionnel regroupant société(s) scientifique(s) et organisme(s) professionnel(s) de la discipline. Pour la médecine d'urgence, c'est le Collège Français de Médecine d'Urgence (CFMU) qui constitue ce Conseil national professionnel.
- Dans un souci de démarche qualité, le CFMU a mis en place un dispositif de labellisation des actions de DPC ouvert aux organismes qui souhaitent assurer des programmes de DPC pour les urgentistes.

C'est un devoir pour tout médecin, quelle que soit sa spécialité et son mode d'exercice, que de veiller à développer ses connaissances et à améliorer constamment ses pratiques professionnelles, comme le rappelle très clairement l'article 11 du Code de déontologie médicale : « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles ». Fort heureusement cette nécessité a été, de longue date, prise en compte par la profession, tant au plan individuel qu'au niveau collectif. En effet, comme le souligne Louis René dans son commentaire de cet article 11, la profession a perçu depuis plusieurs années que le célèbre aphorisme de Rabelais « science sans conscience n'est que ruine de l'âme » avait trop longtemps masqué les faillites d'une « conscience sans science » et que, comme l'écrivait Bernard Glorion en mars 1995 dans le Bulletin de l'Ordre national des médecins, également cité par Louis René : « La délivrance d'un diplôme sanctionnant la formation initiale a été trop longtemps et trop souvent considérée comme la reconnaissance d'une compétence définitivement acquise » (1).

De leur côté, les autorités sanitaires se sont efforcées, avec des résultats variables, d'organiser la réponse à cette nécessité, devenue obligation légale avec l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 pour la formation médicale continue (FMC) et avec la loi n° 2004- 810 du 13 août 2004 pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

C'est ainsi qu'étaient en vigueur en 2010 les dispositifs suivants :

– *La formation professionnelle conventionnelle (FPC) des médecins libéraux.* Instituée par la convention médicale de 1993 et accessible d'abord seulement aux médecins généralistes, alors seuls signataires de la convention, elle a été étendue en 2008 aux autres spécialistes. Financé par l'assurance-maladie, ce dispositif permettait à des médecins libéraux de bénéficier d'actions de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) tout en étant indemnisés à hauteur de 15C par jour de formation. Ces actions portaient sur des thèmes identifiés comme prioritaires par le Comité paritaire national de formation professionnelle conventionnelle (CPN-FPC) où siégeaient à parité des médecins

représentant les syndicats médicaux signataires de la convention et des représentants des caisses d'assurance-maladie. Dans ce dispositif un appel d'offres était lancé chaque année vers les organismes assurant des actions de FMC et d'EPP et les propositions d'actions reçues en retour étaient évaluées par la Commission Scientifique Permanente (CSP) de la FPC. La gestion administrative et financière du dispositif était assurée par l'Organisme gestionnaire conventionnel (OGC).

– *Le fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM)*. Géré par les syndicats médicaux, ce fonds concernait, lui aussi, exclusivement les médecins libéraux pour lesquels il finançait des actions de formation collectives ou individuelles.

– *Les trois Conseils Nationaux de FMC des médecins libéraux, des médecins hospitaliers et des médecins salariés*. Mis en place en février 2004 par Jean François Mattei, alors ministre de la santé, ces conseils ont d'abord eu pour principale mission de se prononcer sur les demandes d'agrément des organismes qui souhaitaient assurer des actions de FMC. À partir de 2005, il leur a également été demandé de donner un avis sur les organismes souhaitant faire l'objet d'un agrément par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour réaliser des actions d'EPP. Ils ont en outre élaboré un barème de cotation des actions de FMC qui a fait l'objet d'un arrêté ministériel pris en date du 13 juillet 2006 mais jamais entré en application.

– *Le dispositif propre aux médecins hospitaliers*. Rappelons que le statut des praticiens hospitaliers leur donne le droit de consacrer 15 jours par an à leur formation. Par ailleurs l'article 11 de la loi du 10 juillet 1989 prévoyait que dans chaque établissement de soins la commission médicale d'établissement (CME) dispose d'un budget pour financer les formations continues des médecins, pharmaciens et biologistes d'un montant au minimum égal à 0,5 % de la masse salariale brute, hors charges, des praticiens dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et à 0,75 % dans les autres centres hospitaliers (CH). Cet article a été abrogé par la loi du 4 mars 2002 qui, tout en maintenant l'exigence de consacrer un pourcentage de la masse salariale des praticiens de l'établissement à leur formation continue, renvoyait à un décret, jamais paru, le soin d'en fixer le taux. Il semble néanmoins, selon la Direction générale de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, que, malgré ce vide réglementaire, les hôpitaux ont continué à appliquer les pourcentages antérieurs pour la constitution de ces fonds FMC gérés par les CME (2).

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) a mis à plat l'ensemble de ces dispositifs en créant une nouvelle entité : le Développement Professionnel Continu (DPC), traduction littérale du concept de « continuous professional development » développé depuis quelques années dans les pays anglo-saxons (3-5). Les objectifs affichés de ce nouveau dispositif sont, dans le droit-fil des conclusions du rapport Bras-Duhamel établi en novembre 2008 (2), d'unifier la démarche de FMC et d'EPP pour tous les médecins et d'en simplifier la mise en œuvre par les organismes et l'accès pour les praticiens. L'article 59 de la loi a donné naissance à

l'article L 4133-1 du Code de la santé publique (CSP) rédigé comme suit : « Le développement professionnel continu a pour objectifs 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 ».

## 1. L'organisation générale du Développement Professionnel Continu

Établi sur la base de l'article 59 de la loi HPST mentionné ci-dessus, de trois décrets simples et de 12 décrets en Conseil d'État <sup>1</sup>, ce dispositif repose sur les principes de fonctionnement et organismes suivants.

### 1.1. Les structures du DPC

Le dispositif DPC repose sur trois structures :

- Une *Commission scientifique indépendante (CSI) des médecins* chargée principalement de proposer au ministre de la santé les orientations nationales annuelles du DPC des médecins, de donner un avis sur les orientations régionales proposées par les Agences régionales de santé (ARS), d'évaluer les organismes de formation et d'élaborer des méthodes d'évaluation de la qualité des programmes de DPC.
- Un *Conseil national du DPC des Professions de santé* unique chargé de donner un avis au ministre de la santé sur la qualité et l'efficacité du dispositif, sur la base du rapport de l'organisme gestionnaire et du rapport de la HAS, et de proposer, sur la base des travaux nationaux et internationaux, des améliorations du dispositif. Ce conseil est composé de 5 collègues (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, professions paramédicales) et d'une commission de coordination.
- Un *organisme gestionnaire* unique, groupement d'intérêt public chargé de l'enregistrement de tous les organismes formateurs DPC, de l'élaboration, sur la base des propositions de la CSI, des cahiers des charges et de l'organisation des appels d'offres nationaux annuels des programmes DPC financés, du choix des programmes retenus, de leur publication et de leur financement (ce qui inclue l'indemnisation des médecins libéraux – et des médecins salariés des centres de santé – suivant les formations, par l'attribution d'un chèque DPC annuel). Il collecte les contributions versées par l'État, les caisses d'assurance-maladie, les établissements de santé publics et privés et tous autres contributeurs au titre du DPC. Il met en ligne la liste des organismes de formation DPC enregistrés, chaque

---

1. Ces décrets n'avaient pas encore été publiés lors de la rédaction de cette publication (octobre 2010) et celle-ci a donc été rédigée sur la base des dernières versions des textes connues comme étant celles qui ont été soumises au Conseil d'État.

citation étant assortie de l'appréciation portée sur l'organisme considéré par la CSI à l'issue de son évaluation. Il transmet chaque année au Conseil national les données relatives au DPC des médecins.

À noter qu'en complément de ce dispositif national les ARS peuvent lancer des appels d'offres de formation régionaux sur des thèmes choisis en cohérence avec les programmes régionaux de santé (PRS).

Les programmes de DPC ayant fait l'objet d'un appel d'offres national ou régional sont financés (rémunération des intervenants et indemnisation des participants libéraux) par l'organisme gestionnaire du DPC ou par l'ARS selon le cas.

## 1.2. Les obligations des praticiens

Chaque médecin doit satisfaire à son obligation annuelle de DPC en participant à un programme de DPC collectif. Ce programme, choisi librement par le praticien, peut être annuel ou pluriannuel. Il est caractérisé par un thème correspondant à une orientation nationale ou régionale définie comme indiqué ci-après et par une méthode validée par l'HAS et est proposé par un organisme enregistré auprès de l'organisme gestionnaire du DPC. Les programmes proposés peuvent être suivis par des médecins libéraux, hospitaliers et salariés et même être ouverts à d'autres professionnels de santé. Chaque médecin doit informer le conseil départemental de l'Ordre des médecins dont il dépend de sa participation à un programme de DPC. À noter que si le médecin a choisi de participer à un programme dispensé par un organisme évalué défavorablement par la CSI son obligation de formation sera réputée non satisfaite.

Par ailleurs, tout médecin est réputé avoir satisfait son obligation de DPC l'année de l'obtention d'une qualification de spécialiste ou d'un diplôme universitaire complémentaire dans la limite d'un diplôme par période quadriennale, ainsi qu'en cas de participation à une formation de haut niveau dans son domaine de compétences dispensée en France ou à l'étranger sous réserve de sa validation préalable par la CSI. Concernant les spécialités dites à risque (dont la médecine d'urgence ne fait pas actuellement partie), la procédure d'accréditation des médecins concernés valide également le DPC.

## 1.3. Les obligations des employeurs

L'article L 4133-4 du CSP, issu, lui aussi, de la loi HPST, précise que « les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux médecins salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code ».

Ils doivent par ailleurs apporter leurs contributions financières au dispositif. La base de calcul de cette contribution pour les CHU et les CH est identique à celle, mentionnée plus haut, qu'imposait la loi abrogée du 10 juillet 1989. Les autres employeurs doivent consacrer au DPC de leurs médecins salariés les crédits prévus par le code du travail (article L 6331-1). Tous les employeurs peuvent, s'ils le souhaitent, verser tout ou partie de cette contribution à l'organisme gestionnaire

du DPC ou à tout autre organisme collecteur agréé. S'ils choisissent d'effectuer ce versement à l'organisme gestionnaire leurs praticiens peuvent bénéficier d'une indemnisation de formation au même titre que les médecins libéraux. Les employeurs publics et privés doivent fournir chaque année un rapport d'exécution du DPC faisant état des programmes suivis par les médecins salariés des sommes affectées au DPC et des ressources internes consacrées au DPC. Adressés par les employeurs aux ARS, ces rapports seront transmis au Conseil national du DPC.

#### **1.4. Les obligations des organismes de formation**

Les organismes souhaitant être accrédités comme organismes de formation DPC demandent à être enregistrés par l'organisme gestionnaire du DPC. Cet enregistrement, qui est de droit pour tout organisme qui en fait la demande, se fait après une évaluation réalisée par la CSI. Celle-ci évalue la capacité pédagogique et méthodologique de l'organisme, la qualité scientifique de ses intervenants, son indépendance financière et la transparence de ses comptes. Une fois enregistré, l'organisme peut concourir aux appels d'offres lancés au niveau national par l'organisme gestionnaire et au niveau régional par les Agences régionales de santé. L'organisme remet à chaque médecin ayant suivi l'un de ses programmes une attestation de formation et adresse un double de cette attestation au Conseil départemental de l'Ordre des médecins dont le praticien dépend. Il transmet chaque année à l'organisme gestionnaire du DPC un rapport d'activité comportant la liste des médecins ayant suivi au moins un de ses programmes ainsi que le nombre et la nature des programmes assurés.

#### **1.5. Le rôle de l'Ordre des médecins**

Chargés de s'assurer du respect par les médecins inscrits au tableau de l'Ordre de leur obligation de DPC, les conseils départementaux de l'Ordre des médecins renseignent les suivis individuels de DPC dans le répertoire partagé des professionnels de santé. S'ils constatent une défaillance, ils en demandent l'explication au médecin concerné et, selon la réponse obtenue de lui, ils peuvent décider de mettre en place un dispositif d'accompagnement du praticien. En cas d'échec, ils peuvent être amenés à considérer qu'il y a là un cas d'insuffisance professionnelle et à prendre de ce fait les mesures disciplinaires appropriées dont ils réfèrent au conseil national de l'Ordre. Celui-ci a un représentant à la CSI et trois au Conseil national du DPC.

#### **1.6. Le rôle du ministère chargé de la santé**

Celui-ci tient une place plus importante que par le passé dans le dispositif de formation continue des médecins (et des autres professions de santé, toutes désormais assujetties au DPC). C'est notamment lui qui :

- nomme les membres de la CSI et du Conseil national ;
- arrête la liste des orientations nationales annuelles de DPC ;
- arrête la composition du dossier d'enregistrement des organismes de formation.

Il peut se faire représenter avec voix consultative aux réunions de la CSI et est représenté à la commission de coordination du Conseil national avec voix consultative par le directeur général de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale.

Par ailleurs l'État représente 50 % du conseil de gestion de l'organisme gestionnaire, à parité avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

### 1.7. Le rôle de la Haute Autorité de Santé

Comme indiqué plus haut, la HAS a pour première mission de valider les méthodes du DPC. Elle a déjà donné des indications sur la méthode d'ensemble à appliquer dans le champ du DPC. Celle-ci est caractérisée par la succession permanente de 3 étapes : confrontation des pratiques réalisées aux pratiques recommandées, mise en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, suivi des actions et mesure régulière de leur impact sur les pratiques. Pour elle un programme de DPC est un ensemble d'activités d'évaluation et de formation, centrées sur l'analyse des pratiques et l'appropriation et la mise en œuvre de recommandations réalisées pendant une durée définie dans le but d'atteindre des objectifs précis en termes d'amélioration. La HAS a également mentionné certains des outils qui lui paraissent à privilégier dans les programmes DPC : ateliers et séances de simulation, e-learning, revues de mortalité et de morbidité, audits cliniques ciblés, revues de pertinence des soins, groupes d'analyses de pratiques entre pairs, staffs – EPP en établissements de santé,...

La HAS a également pour missions de s'assurer soit par sondage, soit de manière ciblée, de la qualité des programmes de DPC et de réaliser des études d'impact annuelles pour chacune des orientations nationales retenues. Elle établit un rapport annuel transmis au ministre de la santé. Elle est représentée avec voix consultative à la commission de coordination du Conseil national du DPC.

### 1.8. Le rôle des organisations professionnelles médicales

Sans être parties prenantes de la gestion stricto sensu du dispositif, les organisations professionnelles médicales ont un rôle important à jouer dans le DPC à deux niveaux : d'une part comme membres de la CSI et du conseil national, d'autre part comme potentielles contributives de l'offre de formation. Sur le premier point les organisations professionnelles médicales sont représentées au conseil national du DPC par un représentant de chaque syndicat médical représentatif et à la CSI par les représentants des « conseils nationaux professionnels de spécialité ». Cette dernière entité est née de l'initiative de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM), association créée en 1987 par B. Glorion et relancée en 2003 par J.F. Mattei, qui a décidé en novembre 2009 d'adopter cette appellation pour les structures fédératives des différentes spécialités d'exercice qui la constituent. Chaque Conseil national professionnel de spécialité comprend les représentants de la ou des société(s) scientifique(s) d'une part et les représentants des organismes professionnels, associations et syndicats, de la spécialité d'autre part (6). Ce

dispositif a été repris par le ministère de la Santé qui l'a officialisé dans le décret relatif à la CSI du DPC. Il appartient donc désormais à toutes les spécialités qui souhaitent pouvoir briguer une représentation à la CSI de constituer leur Conseil national professionnel car c'est la FSM qui est chargée de proposer au ministre de la santé les représentants des différentes spécialités médicales appelées à siéger à la CSI. Elle-même a deux représentants au Conseil national du DPC. À noter que la représentation professionnelle médicale est également assurée au sein du Conseil national du DPC par les représentants des cinq conférences de présidents de CME, par deux médecins libéraux représentants d'unions régionales des professions de santé (URPS) et par des représentants des Facultés de médecine.

## 2. L'organisation du Développement Professionnel Continu en médecine d'urgence

C'est donc désormais dans ce cadre que doit s'inscrire le DPC des urgentistes. En effet, bien que la médecine d'urgence ne soit pas encore une spécialité d'exercice reconnue (ce que seule la création du Diplôme d'études spécialisées (DES) en remplacement de l'actuel Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) permettra), la discipline dispose, depuis son individualisation dans le concours national de praticien hospitalier, d'un corps de médecins hospitaliers publics se consacrant exclusivement à sa pratique. Par analogie, des médecins ont la même pratique exclusive dans les structures d'urgence des établissements hospitaliers privés. Il convient donc de mettre en place le dispositif opérationnel permettant à ces urgentistes de remplir leurs obligations de DPC dans leur discipline. Pour ce faire deux nécessités sont à considérer : l'organisation de l'intégration des urgentistes dans la démarche du DPC et l'organisation de l'offre de formation DPC en médecine d'urgence.

### 2.1. L'organisation de l'intégration des urgentistes dans la démarche du DPC

Pour permettre cette intégration, il faut que les urgentistes soient partie prenante de la définition des orientations définies annuellement pour le DPC, ce qui suppose leur représentation au sein de la CSI. Pour ce faire la première étape est l'inscription de la médecine d'urgence dans le champ de la FSM, ce qui implique la constitution d'un conseil national professionnel de médecine d'urgence. C'est ce qui a conduit les responsables des différentes structures associatives de la discipline (Société française de médecine d'urgence (SFMU), SAMU-Urgences de France (SUdF), Association des médecins urgentistes de France (AMUF), Collégiale nationale des universitaires de médecine d'urgence (CNUMU), Association nationale des centres d'enseignement des soins d'urgence (ANCESU), Fédération des collèges régionaux de médecine d'urgence (FEDECMU)...), Syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée (SNUHP), à conférer au Collège Français de Médecine d'Urgence (CFMU) dans lequel elles sont toutes représentées, le statut de Conseil national professionnel de spécialité en médecine d'urgence.



Afin d'aider les urgentistes à choisir des programmes DPC de qualité, le CFMU a élaboré un dispositif de labellisation des actions proposées par les organismes de formation enregistrés.

## 2.2. L'organisation de l'offre de formation DPC en médecine d'urgence

Dès les premières années de son développement la discipline a eu le souci de mettre en place des actions de FMC et d'EPP répondant aux besoins de ses praticiens. En effet, le caractère récent de la mise en place d'une formation spécialisée de 3<sup>e</sup> cycle (DESC), la faible durée actuelle de celle-ci, la grande variété des champs disciplinaires couverts et l'extension rapide des moyens techniques mis à disposition des urgentistes ont fait percevoir très tôt la nécessité de mettre en place des actions de formation continue utiles à une médecine d'urgence de qualité. C'est ainsi qu'ont été créés des séminaires et des diplômes d'université consacrés à l'apprentissage de techniques (anesthésie loco régionale, intubation difficile, échographie, régulation médicale, prise en charge de l'accouchement inopiné...). C'est au même objectif que répond le congrès national annuel de médecine d'urgence, les journées scientifiques de la SFMU, les journées professionnelles de SUdF et les réunions organisées par les Collèges régionaux de médecine d'urgence. Dans ces manifestations une place importante est faite aux ateliers qui répondent particulièrement bien aux impératifs de formation pratique.

## 2.3. La place particulière de l'EPP en médecine d'urgence

Si plusieurs actions d'EPP ont été déjà entreprises en médecine d'urgence, ces actions devraient être considérablement renforcées dans le cadre du DPC dont elles constituent désormais un pilier essentiel.

Définie par le décret n° 2005-246 du 14 avril 2005, devenu l'article D 4133 du Code de la santé publique, l'EPP « a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. ». Dans le document « EPP : mode d'emploi » établi par l'HAS, celle-ci précise que l'EPP doit constituer « une évaluation formative (et non sanctionnante) », visant à « favoriser la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques » et qu'en « aucune manière il ne s'agit d'une procédure de vérification à échéances régulières des pratiques ». À ce titre elle doit être « intégrée à l'exercice clinique (et non surajoutée à celui-ci) » de telle sorte qu'il devienne « habituel, voire routinier, pour les équipes médico-soignantes de mettre en œuvre une analyse régulière de leurs pratiques » en n'oubliant pas que « la finalité n'est pas l'évaluation des pratiques qui n'est qu'un moyen, mais bien l'amélioration des pratiques » (7).

Elle peut porter sur une multitude de sujets et, pour chacun de ces sujets, sur l'évaluation des pratiques individuelles ou collectives au sein de l'équipe d'une structure d'urgence. Par ailleurs, si son objectif est avant tout l'amélioration de la qualité des soins dans la structure concernée, elle peut aussi être source d'enrichissement des connaissances sur la pratique évaluée et contribuer ainsi à la recherche scientifique.

Citons quelques exemples d'EPP déjà réalisées où pouvant l'être utilement à court terme dans les structures d'urgences pré et intrahospitalières :

- évaluation de l'application des recommandations scientifiques dans le recours aux filières et réseaux de prise en charge structurés de certaines pathologies aiguës : accidents coronariens, accidents vasculaires cérébraux, polytraumatismes, accouchements inopinés, urgences psychiatriques... ;
- évaluation de l'application des recommandations scientifiques dans la prise en charge de certains troubles cliniques délétères en situation d'urgence : douleur, convulsions... ;
- évaluation de l'application des recommandations scientifiques dans la prescription de certains examens biologiques en urgence : indicateurs de certaines pathologies aiguës... ;
- évaluation de l'application des recommandations scientifiques dans la prescription de certains examens d'imagerie médicale en urgence : échographies, radiographies, scanographies, IRM... ;
- évaluation de l'application des recommandations scientifiques dans la réalisation en urgence de certains actes techniques thérapeutiques : intubation endo-trachéale, ventilation artificielle, défibrillation, remplissage vasculaire... ;
- évaluation de l'application des recommandations scientifiques dans la prescription en urgence de certaines thérapeutiques coûteuses et/ou à effet secondaire notable : antibiotiques, anticoagulants, thrombolytiques...

Des actions d'EPP peuvent également porter sur des domaines connexes aux actions de soins proprement dites et faisant partie intégrante de la pratique professionnelle des urgentistes telles que :

- l'évaluation des pratiques de régulation médicale des appels d'urgence ;
- l'évaluation de la tenue des dossiers médicaux réalisés en médecine d'urgence pré et intrahospitalière ;
- l'évaluation de la qualité des échanges d'information entre praticiens concourant à la prise en charge de patients en situation d'urgence...

Par ailleurs, le DPC ayant vocation à concerner toutes les professions de santé et la médecine d'urgence étant l'archétype du travail d'équipe, la proposition de programmes d'actions DPC donc d'EPP interprofessionnels concernant, par exemple, médecins et infirmiers pour l'activité de soins d'urgence et médecins et assistants de régulation médicale pour l'activité de régulation SAMU devrait tout naturellement se développer.

**Au total** pour pouvoir inscrire pleinement l'ensemble de ces actions dans le champ du DPC en médecine d'urgence, il va être nécessaire que les organismes qui les assurent se portent candidats, par le dépôt d'un dossier de demande d'enregistrement, pour figurer, après évaluation par la CSI, dans la liste des organismes formateurs DPC. Afin de les aider dans cette démarche, le CFMU leur propose une évaluation pouvant conduire à la labellisation mentionnée plus haut.

Ainsi tous les outils se mettent en place pour permettre l'accès des urgentistes à un développement professionnel continu de qualité. Il appartient désormais à tous les praticiens de la discipline de les utiliser et de les enrichir pour garantir à leurs patients la délivrance de soins d'urgence toujours plus en conformité avec les données actualisées de la science.

## Références bibliographiques

1. Code de déontologie médicale, introduit et commenté par Louis René. Paris, Le Seuil 1996 : 205 p.
2. Bras P.L., Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins – Rapport – Inspection générale des affaires sociales, RM2008-124P, Novembre 2008 – Accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000751/index.shtml>
3. Chabot J.M. Évaluation et formation. Paris, J.B. Baillière 2005 : 230 p.
4. Peck C., Mc Call M., Mc Laren B. et al. Continuing medical education and continuing professional development: international comparaisons. BMJ 2000 ; 320 ; 432-5.
5. Wasserman S.I., Kimball H.R., Duffy F.D. Recertification in internal medicine: a program of continuous professional development. Ann. Intern. Med 2000 ; 133 ; 202-8.
6. Chabot J.M., Le Moign R. Évaluation des pratiques professionnelles : vers des collèges de bonnes pratiques ? JEUR 2009 ; 22 ; 131-3.
7. Haute Autorité de Santé - Documentation sur l'évaluation des pratiques professionnelles – Accessible en ligne à l'adresse suivante : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_5232/evaluation-des-pratiques-professionnelles?cid=c\\_5232](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5232/evaluation-des-pratiques-professionnelles?cid=c_5232)

