

Le DPC en une page... des mots à l'action !

DPC, pour Développement Professionnel Continu : c'est la démarche qualité des professionnels de santé visant l'amélioration de leurs connaissances et de la qualité et de la sécurité des soins, en prenant en compte des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. C'est une obligation légale pour chaque professionnel de santé. Il représente une synthèse de l'évaluation des pratiques et de la formation continue.

Le DPC concerne TOUS les professionnels de santé, libéraux et salariés, médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et professions paramédicales. Les programmes de DPC multidisciplinaires (plusieurs spécialités médicales sur un même thème) et les programmes pluri professionnels (programmes transversaux réunissant des professionnels de santé de métiers différents) seront fortement encouragés.

Les médecins libéraux et salariés sont, à travers leurs Conseils Nationaux Professionnels (CNP) et la Fédération des Spécialités Médicales (FSM), au centre du dispositif de DPC des médecins, en position de décision, de pilotage et de contrôle. Les médecins sont donc collectivement responsables de la réussite du dispositif. Chacun pourra bénéficier d'un accompagnement par son CNP et pourra suivre son parcours de DPC grâce à une plateforme informatique dédiée, mise à la disposition des CNP par la FSM, en coordination avec l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC) et le Conseil de l'Ordre.

Les Organismes de DPC (ODPC) conçoivent et proposent des programmes de DPC. Chaque programme complet comporte un volet évaluatif (évaluation des pratiques) et un volet cognitif (formation). Un programme complet suffit pour assurer la validation annuelle. Les ODPC doivent être enregistrés par l'OGDPC qui les fait valider par la Commission Scientifique Indépendante (CSI) pour pouvoir délivrer des attestations individuelles de DPC.

Les programmes de DPC sont constitués d'actions d'analyse de pratiques et d'actions de formation. Ces actions sont de préférence en cohérence : un professionnel se forme dans un domaine où il a détecté une insuffisance de ses pratiques pour les améliorer. Les actions constituant un programme de DPC sont choisies dans un portefeuille mis à la disposition des médecins par les CNP. Les méthodes et modalités de ces actions sont définies en accord avec la Haute Autorité de Santé. L'obligation annuelle est de valider UN programme, comportant au moins une action d'analyse de pratiques et une action de formation. L'obligation est individuelle (chaque professionnel doit valider chaque année un programme), mais réalisée dans un contexte collectif. La succession, année après année, des programmes de DPC d'un professionnel constitue son parcours de DPC ou parcours qualité.

Les CSI sont au nombre de 5 : médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et professions paramédicales. Elles évalueront et valideront les ODPC en fonction de critères précis: capacité pédagogique et méthodologique, qualités et références des intervenants, indépendance financière. Elles auront aussi le rôle de formuler un avis sur les orientations nationales et régionales de DPC.

L'OGDPC coordonne le fonctionnement administratif, logistique et financier du dispositif. Il est unique pour toutes les professions de santé. Il enregistre les ODPC et les fait valider par la CSI.

Le financement du dispositif est assuré par plusieurs portes d'entrée. Les programmes de DPC des médecins libéraux et ceux des médecins exerçant dans les centres de santé conventionnés seront pris en charge par l'OGDPC dans la limite d'un forfait, qui comportera aussi la prise en charge des pertes de ressources et les frais des praticiens libéraux induits par leur participation aux programmes de DPC. Les programmes de DPC des médecins hospitaliers et des médecins salariés seront financés par leur établissement, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un Organisme Paritaire Collecteur Agréé, comme l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier ; dans ce cas, le financement sera abondé par une partie de la taxe sur le chiffre d'affaire des industries de santé. Dans tous les cas, le médecin reste libre du choix de l'ODPC.

La validation annuelle des programmes de DPC est assurée par les ODPC prestataires. Elle est transmise, pour les médecins, à l'Ordre. En cas de non-respect de l'obligation de DPC, l'Ordre des médecins prendra les mesures qu'il juge nécessaires.

L'abc du DPC **ou « Comment réussir sa démarche qualité ? »**

Philippe Orcel et Francis Dujarric,
Comité DPC de la FSM *, avril 2012

Le Développement Professionnel Continu (DPC) « *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* » (Art. L. 4133-1. de la Loi HPST). Il s'inscrit dans la démarche qualité personnelle de tout professionnel de santé.

Le dispositif sera déployé progressivement. Des mesures transitoires permettent un passage en douceur, jusqu'en juin 2013, des modalités antérieures (FMC, EPP) au nouveau dispositif.

DPC

Les praticiens au centre du dispositif avec leur CNP et la FSM

Les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) représentent les différentes composantes (sociétés savantes, syndicats, collèges universitaires,...) des spécialités. Ils sont regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM). Tout praticien est rattaché à un CNP, qui correspond à sa spécialité, c'est à dire à son exercice professionnel. Par leur CNP, les praticiens sont acteurs du dispositif. Il en résulte une responsabilité collective importante du corps médical dans la réussite du DPC.

La FSM a un rôle facilitateur, transversal et subsidiaire pour certaines interactions des CNP avec les institutions ou tutelles.

* Patrick Assyag (CNP de Cardiologie), Anne Bellut (CNP de Dermatologie), Jean-Antoine Bernard (CNP d'Ophtalmologie), Henri Bonfait (CNP de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique), Frédérique Capron (CNPPath), Philippe Chantereau (CNP de Médecine Vasculaire), Alain Créange (CNP de Neurologie), Marcel Dahan (CNP de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire), Michel Daigne (École Centrale de Paris), Francis Dujarric (CNP de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie), Patrice François (CNP de Santé Publique), Nicole Garret-Gloanec (CNP de Psychiatrie), Jean-François Gravié (CNP de Chirurgie Viscérale et Digestive), Bruno Housset (CNP de Pneumologie), Corinne Isnard Bagnis (CNP de Néphrologie), Jean-Dominique de Korwin (CNP de Médecine Interne), Bernard Lemaire (CNP de Médecine Nucléaire), Philippe Orcel (CNP de Rhumatologie), Pierre Perucho (CNP d'Anesthésie Réanimation), Denis Prunet (CNP d'Urologie), France Roblot (CNP d'Infectiologie et Médecine Tropicale), Olivier Rémy-Néris (CNP de Médecine Physique et Réadaptation), David Serfaty (CNP de Gynécologie Obstétrique), Olivier Goëau-Brissonnière (CNP de Chirurgie Vasculaire)

Individuel et collectif

Le principe de base du DPC est d'allier FMC et EPP, c'est à dire formation cognitive et évaluation des pratiques dans une démarche continue d'amélioration. Il s'agit d'une démarche individuelle qui s'organise dans un programme collectif annuel ou pluriannuel. Il s'agit en quelque sorte de construire sa « maison qualité » à l'aide de « briques », dont certaines sont des briques de formation, d'autres des briques d'analyse des pratiques, d'autres enfin des briques de gestion des situations à risque. Ainsi, la démarche d'accréditation des spécialités dites à risque s'intègre parfaitement dans le nouveau dispositif.

Collectif, interdisciplinaire, et pluri professionnel

Le dispositif de DPC permet à des praticiens d'une même spécialité ou de plusieurs spécialités de travailler sur un thème commun et encourage les démarches pluri professionnelles, rassemblant des professionnels de santé différents (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, par exemple) sur un programme commun.

Auto évaluation et responsabilisation

Le praticien choisit son programme de DPC en fonction de ses besoins et en conformité avec les orientations nationales ou régionales. C'est donc la responsabilité individuelle du praticien d'identifier les points de faiblesse de ses pratiques et de les améliorer, plutôt que d'engager par confort une démarche sur ses domaines de prédilection. Pour l'aider ou l'accompagner dans sa démarche, il peut s'adresser à son CNP.

Méthodes, rôle pivot de la HAS

La Haute Autorité de Santé (HAS) est le référent et le garant méthodologique du DPC. Elle définit un catalogue de méthodes de DPC, en accord avec la FSM. La méthode de développement professionnel continu garantit l'intégration de la démarche d'analyse et d'amélioration des pratiques dans l'activité courante et permanente des professionnels. La qualité d'un programme associe : pertinence, acceptabilité, faisabilité, efficacité, intégration dans la pratique et validité.

Parmi les méthodes d'évaluation des pratiques validées par la Haute Autorité de Santé (HAS), nombre d'entre elles permettent des démarches collectives d'analyse des pratiques : groupes d'analyse de pratiques entre pairs, revue de pertinence des soins, revues de morbidité mortalité, réunions de concertation pluridisciplinaire, chemins cliniques, participation à des registres/observatoires,

Le CNP, dans sa démarche d'accompagnement des praticiens de la spécialité, propose les actions (« briques ») d'évaluation et de formation constituant un portefeuille qui permet au praticien d'effectuer son choix et de déterminer auprès de quel(s) ODPC il souhaite réaliser son programme de DPC. Les tableaux ci-dessous, issus des travaux du comité DPC de la FSM, donnent des exemples d'actions d'évaluation/analyse des pratiques et d'actions de formation/approfondissement des connaissances susceptibles de faire partie du «portefeuille générique» du DPC des CNP. Certaines actions peuvent être déclinées en fonction du mode d'exercice professionnel. Pour les praticiens exerçant dans les établissements de santé, les actions réalisées au sein de l'établissement avec la CME pourront être prises en compte. Chaque praticien exercera son choix librement entre différentes actions et différents ODPC.

Tableaux : portefeuilles génériques d'actions de formation et d'évaluation proposés par les CNP

Portefeuille d'actions de formation/approfondissement des connaissances

Type de formation	Exemples
Formations diplômantes	DU, DIU, Master, etc
Formations présentielles	Congrès, Séminaires, EPU Ateliers - Séances de lames - Séances de simulation
Formations individuelles	Revue, ouvrages, bibliographie Formation en ligne (e-FMC)
Situations formatrices	Formateur (FMC) Recherche clinique, publications Expertises

Portefeuille d'actions d'évaluation/analyse des pratiques

Analyse de cas (dossiers ou documents)	Revue de mortalité et morbidité Staff-EPP Groupes de pairs Groupes d'analyse de pratiques
Analyse d'événements indésirables	Accréditation (spécialités à risque) Revue des non conformités Comité de Retour d'Expérience
Etudes de pratiques	Audit clinique Revue de pertinence
Prise en charge protocolisée	Chemin clinique Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Réseaux de santé
Suivi d'indicateurs	Registres cliniques

Les Organismes de DPC sont les opérateurs du DPC. Les ODPC sont régis par la règle de la libre concurrence selon la Directive Européenne. Ils sont enregistrés auprès de l'organisme gestionnaire national (OGDPC) et sont évalués au plan scientifique par la Commission Scientifique Indépendante (CSI). Cette évaluation repose sur la capacité pédagogique et méthodologique, les qualités et références des intervenants, l'indépendance financière, notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé. La CSI s'appuie, en toute logique, sur les CNP dans ce processus d'évaluation. Seuls les ODPC qui auront été évalués favorablement par la CSI pourront proposer des programmes éligibles pour un financement. En cas d'évaluation négative par la CSI, les programmes ne seront pas financés.

Chaque médecin aura le libre choix de son ou ses ODPC pour mettre en œuvre ses programmes. Les ODPC seront financés au prorata des programmes qu'ils auront dispensés.

Les ODPC proposeront des actions de DPC, actions d'évaluation/analyse des pratiques et actions de formation/approfondissement des connaissances, qui formeront des programmes complets. Ces actions et programmes seront colligés par les CNP pour alimenter le portefeuille qui permettra de guider le praticien dans son parcours.

Le CNP pourra créer son ODPC. Celui-ci permettra la validation d'actions, cognitives ou évaluatives. En effet, des actions d'évaluation/analyse des pratiques et actions formation/approfondissement des connaissances non intégrées dans un programme délivré par un ODPC devront pouvoir être validées par une structure ad hoc, rattachée au CNP, à condition d'avoir été évaluée et validée par la CSI.

Il en sera ainsi pour les formations cognitives réalisées, par exemple, dans le cadre de congrès internationaux ou d'actions d'évaluation de pratiques réalisées, par exemple, dans le contexte d'une revue de morbi-mortalité ou d'un suivi d'indicateurs en milieu libéral, salarié et/ou hospitalier.

Les ODPC-CNP pourront proposer des programmes de DPC ciblés et cohérents, avec une action d'analyse de pratiques et une action de formation portant sur le même thème.

Le CNP offrira au praticien l'accès sécurisé et anonymisé à une plateforme informatique lui permettant d'enregistrer les données de son auto évaluation initiale et les différentes étapes de son parcours qualité au fil des années. Il pourra implémenter les attestations de validation des différentes actions fournies par les ODPC. Cette plateforme devra être partagée et harmonisée avec les systèmes d'information de l'OGDPC et du Conseil de l'Ordre. L'interactivité de ce système devrait permettre au praticien d'incrémenter ses validations annuelles sur sa page personnelle, partagée entre son CNP, l'Ordre et l'OGDPC afin d'assurer une bonne exhaustivité du recueil, sans redondance ni lacune, en toute confidentialité et transparence. Cette plateforme d'information sera financée et gérée par la FSM. Elle constituera aussi une base de données très précieuse pour suivre l'évolution des pratiques médicales en France et l'impact de leur amélioration sur la santé de la population.

La Commission Scientifique Indépendante aura comme missions essentielles de formuler un avis sur les orientations nationales et régionales de DPC et d'établir une évaluation scientifique des ODPC qui demandent leur enregistrement tout en assurant l'actualisation périodique de cette évaluation.

L'évaluation menée par la CSI porte notamment sur :

1. la capacité pédagogique et méthodologique de l'ODPC ;
2. les qualités et références des intervenants ;
3. l'indépendance financière, notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant les produits de santé.

La FSM, fédération des CNP, a le rôle de proposer les membres de la CSI, soulignant par là le positionnement central des praticiens qu'elle représente dans le dispositif. Elle sera aussi le relais des CNP pour la proposition des orientations prioritaires susceptibles d'être validées par le Ministre après avis de la CSI.

La CSI devra rédiger un règlement intérieur et une charte de fonctionnement entre la CSI, la FSM et l'OGDPC. Elle devra aussi établir le cahier des charges pour l'évaluation des ODPC et des DU/DIU. La CSI veillera à une harmonisation.

Des orientations prioritaires, nationales ou régionales, seront définies pour accompagner le dispositif de DPC. Les orientations nationales seront arrêtées par le Ministre de la Santé, après avis de la CSI ; les orientations régionales seront fixées par les Agences Régionales de Santé (ARS) après validation par la CSI. Elles devront être très générales, transversales et répondre à des axes prioritaires de Santé publique. Les orientations régionales pourront être plus limitées, plus spécifiques à un problème régional de santé.

La FSM et les CNP auront un rôle important pour déterminer ces orientations, qui fixeront le cadre des programmes de DPC. Des priorités pourront être identifiées et proposées par les CNP, relayées par la FSM, qui veillera à la transversalité et les transmettra au Ministre, à la CSI, et au Conseil de surveillance du DPC.

L'Organisme Gestionnaire du DPC est un groupement d'intérêt public doté d'un conseil de gestion. Il comporte un comité paritaire du DPC des professionnels libéraux et des centres de santé conventionnés et un conseil de surveillance du DPC.

Le cœur de l'OGDPC sera le conseil de gestion, en charge :

- de délibérer sur le budget de l'organisme et de gérer les sommes affectées au DPC dans le respect des forfaits définis par le comité paritaire du DPC ;
- d'enregistrer les ODPC et de publier leur liste ;
- d'assurer le fonctionnement matériel des CSI.

Les programmes de DPC des médecins libéraux seront pris en charge par l'OGDPC dans la limite d'un forfait, qui comportera aussi la prise en charge des pertes de ressources et les frais des praticiens induits par leur participation aux programmes de DPC. Les fonds destinés à financer ces forfaits seront abondés par la contribution annuelle de la CNAM et par une partie de la taxe sur le chiffre d'affaires des industries de santé.

Les programmes de DPC des médecins hospitaliers et salariés seront financés soit directement par leur établissement, soit par l'intermédiaire d'un Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA). Dans ce cas, ce financement sera abondé par une partie de la taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie de santé. Pour la fonction publique hospitalière, il s'agit de l'ANFH, qui participera donc au financement du DPC des personnels hospitaliers, aussi bien les médecins que les personnels non médicaux.

Ce financement n'inclut pour sa part pas de financement direct pour les CNP qui doivent s'organiser au sein des spécialités pour définir leurs ressources : cotisations des associations fondatrices, cotisations individuelles des praticiens (les modèles sont actuellement variables d'une spécialité à l'autre).

La réalisation des programmes individuels de DPC sera validée par les ODPC et les attestations seront transmises au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Chaque médecin pourra tenir son « tableau de bord » de DPC sur la plateforme proposée par la FSM et les CNP, ce qui lui permettra ainsi de gérer au fil des ans son parcours pluri annuel et d'assurer la cohérence de sa démarche qualité. Cette plateforme gérée par la profession sera souple et adaptée aux besoins des médecins ; elle devra aussi être en harmonie avec les systèmes d'information de l'Ordre et de l'OGDPC.

Le Conseil de l'Ordre est donc le garant de la validation de la démarche qualité des médecins. En cas de non respect de l'obligation par un praticien, c'est son Conseil départemental qui prendra les mesures qu'il juge nécessaires.

DPC	Développement Professionnel Continu	Démarche qualité des professionnels de santé
FMC	Formation Médicale Continue	Ancien dispositif de formation des médecins mis en place par les ordonnances Juppé en 1995
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles	Ancien dispositif d'analyse et d'évaluation des pratiques médicales piloté par la HAS à partir de 2006
CSI	Commission Scientifique Indépendante	Instance indépendante d'évaluation des opérateurs
ODPC	Organisme de DPC	Opérateurs de programmes de DPC
OGDPC	Organisme Gestionnaire du DPC	Gestionnaire et financeur du dispositif
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé	Structure associative à gestion paritaire qui collecte les contributions financières des entreprises qui relèvent de son champ d'application dans le cadre du financement de la formation professionnelle continue des salariés des entreprises de droit. (source Wikipédia)
ANFH	Association Nationale pour la Formation Permanente du personnel Hospitalier	OPCA de la fonction publique hospitalière, agréée par le Ministère de la Santé. Elle collecte et gère les fonds consacrés à la formation d'environ 900 000 agents.
CNP	Conseil National Professionnel	Structures regroupant l'ensemble des composantes d'une spécialité médicale
FSM	Fédération des Spécialités Médicales	Fédération des CNP, structure transversale et subsidiaire réunissant les CNP de toutes les spécialités adhérentes de la FSM
HAS	Haute Autorité de Santé	Organisme public indépendant d'expertise scientifique, rôle méthodologique dans le dispositif de DPC
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins	Enregistre les attestations de validation des programmes de DPC des médecins et décide des mesures à prendre en cas de non respect de l'obligation
	Orientations Prioritaires Nationales	Priorités de santé publique arrêtées par le Ministre de la Santé pour définir les programmes de DPC
ARS	Agences Régionales de Santé	Pourront proposer des orientations régionales spécifiques, en cohérence avec leur projet régional de santé

Annexe 1

Objectifs et orientations

Il y a 8 programmes possibles :

1. Programme visant l'amélioration de la pratique médicale (la prise en charge des patients)

Conformément aux démarches décisionnelles propres à chaque discipline, aux recommandations de bonnes pratiques et référentiels de la Haute Autorité de Santé et/ou de l'AFSSAPS, quand ils existent, sociétés savantes et conseils professionnels.

1.1 Optimisation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans les pathologies aiguës et chroniques

- M 1** : Pathologie du cœur et des vaisseaux - HTA
- M 2** : Diabète et pathologies endocriniennes
- M 3** : Pathologies de la plèvre et des poumons
- M 4** : Pathologies de l'appareil digestif, hépatologie
- M 5** : Pathologies gynécologiques – obstétrique
- M 6** : Pathologies de l'appareil urinaire, néphrologie, urologie
- M 7** : Pathologies orthopédique et rhumatologique
- M 8** : Pathologies de l'appareil neurologique
- M 9** : Pathologies psychiatriques
- M 10** : Pathologies de l'oeil et de ses annexes
- M 11** : Pathologies de la sphère ORL
- M 12** : Pathologies en Stomatologie
- M 13** : Pathologies de la peau et des phanères
- M 14** : Pathologies en Hématologie
- M 15** : Pathologies Infectieuses et parasitaires
- M 16** : Pathologies en Allergologie
- M 17** : Oncologie (notamment les nouvelles chimiothérapies).
- M 18** : Pathologies de la sexualité

1.2 Projet de soins, projet de santé : mise en oeuvre personnalisée des protocoles de soins

MM 3 : Assurer la coordination des soins ambulatoires des pathologies chroniques **entre professionnels de santé**

MM 12 : Mise en œuvre des protocoles de soins des guides H.A.S. dans le cadre des ALD.

1.3 Mise en place de campagnes visant un impact médical et économique dans différentes pathologies aiguës ou chroniques.

MM 1 : Prise en charge du risque professionnel par le médecin traitant, prévention, suivi, réparation, connaissance de la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles (notamment les troubles musculo-squelettiques et cancers professionnels)

MM 8 : Réalisation d'imagerie diagnostique et interventionnelle

MM 13 : CCAM et T2A (tarification à l'activité).

MM 14 : Formation à la lecture critique.

AC 13 : Respect de réglementation des affections de longue durée (notamment prescriptions sur ordonnancier),

1.4 Maîtrise des indications et contre-indications médicales des actes médicaux diagnostics et thérapeutiques et des prescriptions en matière de médicaments, de dispositifs médicaux, d'examens biologiques, de transports sanitaires, etc...

MM 4 Bon usage des dispositifs médicaux

AC 11 : Prescription des transports sanitaires,

MM 2 : Mieux prescrire les actes réalisés par les paramédicaux (soins infirmiers, massokinésithérapie, orthophonie, orthoptie, etc.)

AC 8 : Prescription des arrêts de travail,

AC 1 : Prescription des médicaments génériques,

MM 5 : Mieux prescrire les examens biologiques

MM 6 : Bon usage des anti-coagulants

MM 7 : Bon usage des actes d'imagerie
AC 2 : Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques,
AC 3 : Prescription des antibiotiques,
AC 4 : Prescription des inhibiteurs de la pompe à protons,
AC 5 : Prescription des anti-hypertenseurs (IEC/ sartans,...),
AC 6 : Prescription des statines,
AC 7 : Prescription des anti-agrégants plaquettaires,
AC 9 : Prescription des examens biologiques explorant la fonction thyroïdienne,
AC 10 : Pratique de la coloscopie après polypectomie,
AC 12 : Prescription des lits médicalisés,
AC 16 : Pratique de la Vidéo capsule endoscopique

1.5 Programmes d'études cliniques et épidémiologiques visant à évaluer des pratiques et à actualiser et/ou compléter des recommandations de bonne pratique clinique (notamment par la mise en oeuvre de registres, bases de données...).

2. Programmes visant l'implication des médecins dans les pathologies correspondant aux plans et programmes de santé publique et de santé des populations en cours, notamment Cancer, Alzheimer, Maladies chroniques, Nutrition (PNNS), VIH, AVC, Périnatalogie, Maladies rares, Soins palliatifs et douleur, BPCO. Santé des jeunes et adolescents, dont contraception. Cf "Plans nationaux de santé publique - Le livre des plans " : <http://www.sante-sports.gouv.fr/le-livre-desplans.html>

SP 1 : Prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées,
SP 2 : Prévention et dépistage du cancer du sein,
SP 3 : Prévention et dépistage du cancer du colon,
SP 4 : Prévention des facteurs de risque chez la femme enceinte,
SP 5 : La contraception **et/ou les I.S.T.**
SP 6 : Prévention de l'obésité et des autres troubles de conduites alimentaires chez les jeunes,
SP 7 : Prévention des risques cardiovasculaires, notamment chez le patient diabétique,
SP 8 : Suivi de l'enfant, du nourrisson et de l'adolescent,
SP 9 : Suivi de la personne âgée et/ou dépendante (plan solidarité grand âge – plan Alzheimer, formation des intervenants en EHPAD),
SP 10 : Plan Cancer,
SP 11 : Soins palliatifs et fin de vie (notamment Loi Léonetti),
SP 12 : Prise en charge de la douleur,
SP 13 : Prise en charge des violences conjugales,
SP 14 : Addictions et toxicomanies,
SP 15 : Prise en charge de la dépression,
SP 16 : Autisme de l'enfant et de l'adulte,

3. Programmes visant l'implication des médecins dans la prévention, la sécurité des soins et la gestion des risques

3.1 Prévention de la iatrogénie médicamenteuse (notamment chez les personnes âgées).

SP 1 : Prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées,

3.2 Vaccinations.

SP 18 : Prévention **et/ou** vaccinations.

3.3 Sécurité des soins, gestion des risques, iatrogénie (les vigilances, déclaration des événements indésirables et des événements porteurs de risques, infections nosocomiales, infections liées aux soins...).

SP 22 : Radioprotection

3.4 Mise en place et participation à des **campagnes de santé publique en prévention** / gestion des crises sanitaires.

4. Programme visant l'amélioration de la relation médecin patient, de l'information, et de l'éducation thérapeutique (compétence des patients, qualité de vie, aide à l'observance.)

SP 19 : Formation à l'éducation thérapeutique : proposer et expliquer un programme d'éducation thérapeutique, participer au diagnostic éducatif, à la réalisation et à l'évaluation de l'éducation.

SP 20 : Formation à la relation médecin – patient.

5. Programme visant l'amélioration des coopérations professionnelles et interprofessionnelles et la coordination des soins autour du patient

5.1 Elaboration de référentiels communs et de coopérations professionnelles sur un territoire.

MM 11 : Favoriser le développement de l'anesthésie / chirurgie ambulatoire en optimisant la coordination des soins.

5.2 Coopérations entre les différents intervenants sanitaires et sociaux, coordination de la prise en charge : organisation, plans de soins, dossier médical.

SP 21 : AVC

5.3 Système d'information et dossier médical.

5.4 Urgences et continuité des soins.

AC 14 : Patient en situation de soins non programmés : gestes techniques, protocoles dans les situations urgentes, régulation et organisation de la permanence des soins,

6. Programme visant l'amélioration de l'organisation territoriale

6.1 Elaboration d'un projet de santé territorial.

6.2 Accompagnement des professionnels en projets de regroupement à tous les stades.

6.3 Accompagnement les professionnels dans leurs projets d'organisation professionnelle.

7. Programme visant l'accompagnement des professionnels

7.1 analyse de parcours et /ou de pratique professionnels, en vue de la définition de problématiques et de besoins.

7.2 aide à la gestion de parcours professionnel, et parcours de formation adaptés aux besoins.

8. Programmes visant la formation des formateurs et accompagnateurs de programmes de DPC.

FF 1 : Formation des intervenants du dispositif FPC et à **son adaptation**, formation de formateurs, d'experts, d'organiseurs, d'animateurs : organisation, animation de stage notamment en tant qu'expert.

FF 2 : Formation des maîtres de stage.

Pour ce point 8, seulement une phase est requise.

SP = Santé publique

M = situation médicale

AC =Accompagnement de la Convention

MM = Maîtrise médicalisée

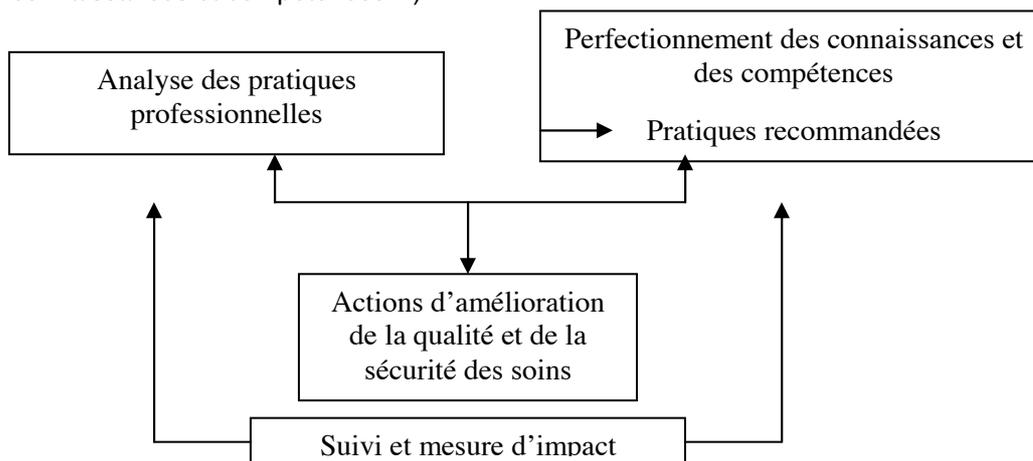
Annexe 2

Méthodes

Une méthode est définie par une succession d'étapes dans l'organisation d'une activité, dont la mise en application permet de manière démontrée d'atteindre un résultat attendu et/ou projeté.

Quelles que soient les démarches ou les modes d'organisation de l'exercice médical et soignant, deux modes d'entrée dans le DPC sont possibles :

- Partir des résultats et de l'analyse des pratiques réalisées habituellement (démarche réflexive...),
- Partir du perfectionnement des connaissances ou des compétences (apprentissage de nouvelles techniques, appropriation de recommandations de bonne pratique, acquisition et approfondissement des connaissances et compétences...).



Dès lors une méthode de DPC est caractérisée par la succession indéfinie des 3 étapes suivantes :

1. **Confronter les pratiques réalisées aux pratiques recommandées** (et réciproquement selon le mode d'entrée utilisé). Cette étape est réalisée en utilisant les références disponibles (scientifiques, éthiques, réglementaires, organisationnelles) mais aussi l'expérience des professionnels et les préférences des patients afin d'identifier les points forts et les causes des dysfonctionnements et apprécier les nouveaux besoins éventuels de formation.

2. **Mettre en oeuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité** (mise en oeuvre d'une prise en charge protocolée, chemin clinique, formation, surveillance des points critiques de la prise en charge...) pour corriger les dysfonctionnements, consolider les points forts repérés et acquérir si besoin des connaissances ou des compétences.

3. **Suivre** ces actions et **mesurer** régulièrement le changement (indicateurs) et l'**impact** sur les pratiques. Le retour d'expérience des professionnels est favorisé pour identifier de manière collective et pérenne d'autres possibilités d'amélioration des pratiques, des connaissances ou des compétences.

La mise en oeuvre de cette méthode est adaptable aux différents contextes d'exercice. Elle doit viser également à extraire le professionnel de santé d'un exercice individuel et isolé pour favoriser le travail en équipe, si possible pluri-professionnel.

Un **programme de DPC** est un **ensemble d'activités** d'évaluation et de formation, centrées sur l'analyse des pratiques, l'appropriation et la mise en oeuvre de recommandations, réalisées pendant une **durée définie** dans le but d'atteindre des **objectifs précis en termes d'amélioration**.

Différentes approches et outils de DPC peuvent être utilisés au cours d'un même programme. Une première liste de ces approches et outils est jointe à titre d'exemple ; ceux-ci ont vocation à faire l'objet d'un travail approfondi avec la FSM, le Collège de la Médecine Générale et les professionnels concernés pour faciliter l'élaboration de programmes annuels ou pluriannuels comprenant, sur la base des trois étapes précédemment décrites, des activités centrées sur l'analyse des pratiques, totalement intégrées à l'exercice clinique (et non surajoutées à celui-ci) : il doit devenir habituel, voire routinier de mettre en oeuvre une analyse régulière de ses pratiques adaptée à ses modalités d'exercice, pour actualiser et adapter en permanence les protocoles de prise en charge des patients.

Selon le nouveau cahier des charges, chaque méthode doit avoir une dimension réflexive et permettre une amélioration des pratiques en associant au moins deux des phases suivantes, sans ordre imposé :

-Une phase d'observation / recueil des pratiques

-Une phase d'analyse partagée des pratiques

-Une phase de renforcement des connaissances et des compétences

L'organisme peut continuer à réaliser les trois phases de ce programme.

La liste des méthodes ci-dessous est donnée à titre indicatif.

Types d'approches	Démarches et outils
Acquisition et approfondissement des connaissances ou compétences à la suite d'une analyse des pratiques cliniques	<ul style="list-style-type: none"> – Programme de formation collective : stages cliniques, ateliers et séances de simulation en santé, e-learning, – Programme de formation cognitive.
Analyse de problématiques professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> – Bilan professionnel, bilan de compétence..., mise en oeuvre et suivi d'un plan de développement.
Gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> – Revue de mortalité et de morbidité : cette méthode basée sur l'analyse collective et systémique des événements indésirables liés aux soins a pour objectifs la mise en oeuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. – Démarche d'accréditation des médecins de spécialités à risque. Démarche fondée sur l'analyse des événements porteurs de risque.
Comparaison à un référentiel	<ul style="list-style-type: none"> – Audit clinique : cette méthode permet de comparer les pratiques de soins à des références admises, à l'aide de critères d'évaluation de la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer. L'audit clinique distingue 6 étapes : choix du thème, choix des critères, choix du protocole de mesure, recueil des données, analyse des résultats et plan d'actions d'amélioration avec suivi de son impact. – Revue de pertinence des soins : cette méthode permet d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients.
Parcours clinique du patient	<ul style="list-style-type: none"> – Chemin clinique (Clinical pathway) : centré autour du patient, le chemin clinique a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable.
Analyse des pratiques liées à l'exercice d'activités multidisciplinaires en réseau ou entre professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> – Exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôle de santé et centre de santé : un groupe mono ou pluriprofessionnels de professionnels de santé organise un exercice ambulatoire coordonné autour d'un projet de soins commun comprenant la mise en oeuvre et le suivi de protocoles, en référence aux recommandations, dans un but d'amélioration des pratiques et des soins délivrés aux patients. – Exercice coordonné en réseaux de santé : ils déploient auprès des professionnels de santé et des patients une expertise clinique pluridisciplinaire, des outils de partage d'information et des réunions de concertation pluridisciplinaire, faisant appel à de l'analyse et de la confrontation des pratiques. – Utilisation d'indicateurs de pratique clinique pour suivre les étapes clés d'un parcours intégré en termes d'efficacité, de sécurité et d'accès.
	<ul style="list-style-type: none"> – Groupe d'analyse de pratiques entre pairs (peer review) : des professionnels se réunissent régulièrement pour analyser les problèmes rencontrés dans des situations réelles, en

<p>Revue de dossiers et d'analyse de cas</p>	<p>partant ou non de l'analyse de leurs dossiers patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Staff-EPP en établissements de santé : des réunions régulières permettent aux professionnels, après une revue de dossiers associée à une revue bibliographique, d'identifier des enjeux d'amélioration à mettre en oeuvre en intégrant les meilleures références disponibles, l'expertise des praticiens et les choix des patients. – Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP) : donne un avis thérapeutique pluridisciplinaire pour tous les nouveaux patients atteints de cancer et permet la mise en oeuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.
<p>Retour d'expérience</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Registre, observatoire, base de données : le recueil et l'analyse de données standardisées issues des pratiques professionnelles, à propos d'un thème donné, permettent aux professionnels de santé d'analyser et d'évaluer leurs pratiques, pour décider de la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.

Annexe 3

Grille de validation scientifique et pédagogique

GRILLE DE VALIDATION SCIENTIFIQUE ET PEDAGOGIQUE DPC 2012			
N° DU PROGRAMME :			
1. Deux des phases obligatoires sont présentes	OUI	NON	
2. Adéquation du programme avec l' exercice professionnel des spécialités cibles	OUI	NON	
Si NON à 1 ou 2 : le projet est rejeté. Si OUI : le projet est évalué à l'aide des critères ci-dessous :			
Echelle de notation de 0 à 3 (0=faible, 1=médiocre, 2=bon, 3=excellent) et une pondération des items			
	Note de 0 à 3	Coefficient	Résultat
3. Qualité scientifique des messages du programme (1)		4	
4. Faisabilité du programme de DPC		4	
5. Identification des perspectives d'améliorations des pratiques		4	
6. Pertinence scientifique des références bibliographiques actualisées intégrant les recommandations et les référentiels HAS, AFSSAPS ou en leur absence, de ceux des sociétés savantes.		3	
7. Présence d'une méthode de recueil des données simple d'utilisation (2)		3	
8. Présence d'une procédure d'analyse des données ou d'une procédure de restitution identifiée (2)		3	
9. Adéquation des méthodes pédagogiques		3	
10. Prise en compte de l'efficacité des stratégies de prise en charge (aspects médico-économiques) (4)		2	
NOTE GLOBALE sur 78			
CONCLUSION			
Projet validé		Projet validé avec recommandations	Projet rejeté
Pour chaque projet, l'argumentaire doit être rédigé avec soin, que le programme soit validé ou rejeté			

(1) Le conseil scientifique appréciera cette qualité en fonction de l'adéquation des messages avec les recommandations et leur niveau de preuve : recommandations de la HAS ou de l'AFSSAPS ou des sociétés savantes, littérature publiée dans des revues à comité de lecture, avis du concepteur.

(2) Les critères 7 et 8 de la grille se réfèrent à la mise en oeuvre du processus réflexif et à sa qualité.

(3) Le conseil scientifique appréciera cette adéquation essentiellement en fonction du degré de conformité entre les objectifs et les méthodes : savoir, savoir-faire, savoir être.

(4) Le conseil scientifique appréciera cette prise en compte selon l'existence dans le projet d'une séquence permettant aux participants de déterminer le rapport coût / efficacité des stratégies envisagées (efficacité). Les autres critères seront l'abord des recommandations médico-économiques, lorsqu'elles existent, la présence dans la bibliographie de ces recommandations et **au minimum**, la fourniture aux participants d'une documentation sur le coût des traitements, examens et prise en charges faisant l'objet du programme.