

# Développement professionnel continu

## Méthodes et modalités de DPC

Décembre 2012

### Ce document présente :

- la liste des méthodes et des modalités de DPC\* ;
- les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective des professionnels à un programme de DPC\*

Ce document a été validé par la HAS (19 décembre 2012) après avis des commissions scientifiques indépendantes (CSI) des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes et de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales (CSHCPP).

N.B. : l'avis de la CSI des médecins sera recueilli dès que celle-ci aura été installée.

Pour les médecins, cette liste a été élaborée avec le concours d'un organisme composé de conseils nationaux professionnels de spécialité d'exercice selon des modalités définies par une convention conclue entre cet organisme et l'État (art. R. 4133-4 du décret 2011-2116 relatif au DPC des médecins).

**Ce document est destiné aux organismes de DPC qui mettent en œuvre des programmes de DPC.**

## MÉTHODE ET PROGRAMME DE DPC

Le professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un **programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel\***.

Ce **programme** de DPC doit\* :

- être conforme à une **orientation** nationale ou à une orientation régionale de DPC ;
- comporter **une des méthodes** et des modalités validées par la HAS après avis de la commission scientifique indépendante (ou de la commission scientifique du HCPP) ; ces méthodes et modalités précisent les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de DPC ;
- être mis en œuvre par un **organisme de DPC** enregistré **et évalué positivement par la CSI correspondante de la profession ou la CS du HCPP\*\***.

\*Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux, décret 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes, décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins, décret 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes, décret 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens.

\*\*Les organismes de DPC sont évalués par la commission scientifique indépendante compétente ou la commission scientifique du HCPP (cf. art. R. 4021-24 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC). Si elle (l'évaluation) est défavorable, le suivi des programmes mis en œuvre par cet organisme ne concourt pas, pour le professionnel de santé, au respect de son obligation de DPC.

# CONDITIONS PERMETTANT D'APPRÉCIER LA PARTICIPATION EFFECTIVE D'UN PROFESSIONNEL À UN PROGRAMME DE DPC\*

**Un programme collectif de DPC se conçoit comme une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui permet de satisfaire l'obligation individuelle des professionnels de santé qui y participent.**

Ce programme a vocation à s'inscrire dans une démarche pluriannuelle (appelée aussi « parcours de DPC ») cohérente au regard des besoins des patients et des professionnels et de leur mode d'exercice.

Les **conditions qui permettent d'apprécier la participation effective** d'un professionnel à un programme de DPC sont les suivantes :

## 1. Le programme

- Un programme de DPC associe deux activités :
  - **l'analyse des pratiques professionnelles**, lors d'une activité explicite qui comporte :
    - un temps dédié,
    - un référentiel d'analyse reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts...),
    - une analyse critique et constructive des pratiques réalisées, par rapport à la pratique attendue,
    - des objectifs et des actions d'amélioration,
    - un suivi de ces actions et une restitution des résultats aux professionnels ;
  - **l'acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences**, lors d'une activité explicite qui comporte :
    - un temps dédié,
    - des objectifs pédagogiques,
    - des supports pédagogiques reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, éthiques, organisationnelles, consensus d'experts...),
    - une évaluation, notamment de l'acquisition des connaissances, et une restitution des résultats aux professionnels ;
- Ces deux activités sont articulées entre elles, sans ordre prédéfini, et sont **planifiées**.
- Ces deux activités prévoient un temps **d'échange** entre les participants au programme et concernant leurs pratiques (difficultés rencontrées, modalités de prise en charge, résultats obtenus...).
- **L'indépendance** de toute influence, notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé, est garantie (art. 4021-25 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC)).
- La **confidentialité** des données personnelles des professionnels de santé, celles relatives à leurs pratiques et celles des patients, est garantie.

## 2. Les supports utilisés (papiers, numériques)

- Les supports utilisés pour décrire les pratiques recommandées (supports pédagogiques, référentiels d'analyse des pratiques...) utilisent des références scientifiques identifiées.
- Les supports ne comportent aucune promotion.
- Les auteurs des supports sont identifiés et leurs liens d'intérêts sont portés à la connaissance des participants.
- Les autres sources de financements éventuels sont affichées.
- Les supports issus de la presse scientifique professionnelle respectent des critères de qualité décrits dans une fiche spécifique.

\*Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux, décret 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes, décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins, décret 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes, décret 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens.

### 3. Les intervenants (auteurs, formateurs, concepteurs, experts...)

- Tous les intervenants sont tenus de faire connaître à l'ensemble des participants en début de présentation/programme/session les liens d'intérêts qu'ils entretiennent, notamment avec les entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé.
- L'expertise pédagogique, scientifique ou méthodologique des intervenants est portée à la connaissance des participants.

### 4. La traçabilité de l'engagement des professionnels

Il est demandé à chaque professionnel de santé :

- de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel d'activité**. Celui-ci comprend au minimum :
  - les besoins identifiés par le professionnel,
  - le programme suivi,
  - les actions d'amélioration mises en œuvre ;
- et de pouvoir **justifier** les actions entreprises en conservant tous les **documents** susceptibles de lui être demandés. Il s'agit par exemple : d'attestation de présence à une activité, de compte rendu de réunion, de résultats d'évaluation, de fiche de suivi d'actions d'amélioration (exemple : nouvelle procédure de prise en charge le cas échéant), etc.

## LISTE DES MÉTHODES UTILISABLES DANS LE CADRE DU DPC

Pour construire leurs programmes de DPC, les organismes de DPC sont invités à choisir, parmi les méthodes citées ci-dessous, les mieux adaptées aux contextes de soins, aux objectifs poursuivis, aux attentes des professionnels et aux démarches déjà entreprises.

Le tableau synthétique suivant présente la liste des méthodes selon un classement par type d'approche.

Cette liste a vocation à être évolutive.

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC	
<b>1. Pédagogique ou cognitive</b>		
<b>1.1 - En groupe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire...)</li><li>• revue bibliographique et analyse d'articles</li></ul>	<b>À compléter par une activité d'analyse des pratiques</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– soit intégrée à la démarche cognitive, au moment de l'identification des besoins de formation ou de l'évaluation de l'impact de la formation</li><li>– soit externalisée, en complément de l'activité cognitive, et articulée avec elle</li></ul>
<b>1.2 - Individuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• formation à distance (<i>e-learning</i>, supports écrits et numériques ...)</li><li>• formations diplômantes ou certifiantes (autres que les diplômes universitaires (DU) validés<sup>1</sup> par les CSI et la CSHCPP)</li></ul>	

<sup>1</sup>Certains DU validés par les commissions scientifiques (indépendantes ou du Haut Conseil des professions paramédicales) permettent aux professionnels de valider automatiquement leur DPC. Ils ne sont donc pas concernés dans cette liste (art. R. 4133-5, art. R. 4143-5, art. R. 4153-5, art. R. 4236-5, art. R. 4382-5 des décrets relatifs au DPC du 30 décembre 2011).

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC	
<b>2. Analyse des pratiques</b>		
2.1 - Gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMED)</li> <li>• analyse <i>a priori</i> des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE...)</li> </ul>	<p><b>À compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel/recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser</li> <li>– soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques, et articulée avec elle</li> </ul>
2.2 - Revue de dossiers et analyse de cas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles</li> <li>• réunions de concertation pluridisciplinaire</li> <li>• revue de pertinence</li> </ul>	
2.3 - Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• suivi d'indicateurs</li> <li>• registres, observatoire, base de données</li> <li>• audit clinique</li> </ul>	
2.4 - Analyse des parcours de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• chemin clinique</li> <li>• patients traceurs (en développement)</li> </ul>	
2.5 - Analyse de parcours professionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bilan de compétences</li> </ul>	
<b>3. Approche intégrée à l'exercice professionnel</b>		
Ce sont celles où l'organisation en équipe de l'activité clinique, biologique, pharmaceutique quotidienne, implique à la fois une protocolisation et une analyse des pratiques.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>gestion des risques en équipe (en développement)</b></li> <li>• exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé...)</li> </ul>		
<b>4. Dispositifs spécifiques</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la loi 2004-810 du 13 août 2004)</li> <li>• accréditation des laboratoires de biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010 et art. L. 6221-1 du CSP)</li> <li>• programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009)</li> <li>• protocole de coopération (art. 51 de la loi 2009-879 de la loi du 21 juillet 2009)</li> <li>• formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux)</li> </ul>		
<b>5. Enseignement et recherche</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• publication d'un article scientifique</li> <li>• recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité</li> <li>• <b>maîtrise de stage (en développement)</b></li> <li>• formateurs pour des activités de DPC</li> </ul>		
<b>6. Simulation</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• session de simulation en santé</li> <li>• test de concordance de script (TCS)</li> </ul>		