



Chapitre 94

Le développement professionnel continu

V. BRUNSTEIN

Points essentiels

- Le DPC est un dispositif d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins
- Le DPC est obligatoire et s'adresse à tous les professionnels de santé quel que soit le mode d'exercice.
- Un programme de DPC associe une activité d'acquisition ou d'approfondissement des connaissances et une activité d'analyse de pratiques
- Un programme de DPC est réalisé avec des méthodes et modalités validées par la Haute autorité de santé (HAS)
- Chaque établissement de santé élabore un plan de formation DPC avec l'aide de la commission médicale d'établissement, de la commission des soins infirmiers, rééducation et médico technique et du comité technique d'établissement
- Le programme DPC permet d'adopter une posture réflexive.

1. Introduction

La haute autorité de santé (HAS) définit le Développement Professionnel Continu (DPC) comme : « *un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Le DPC s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé* » (1).

Correspondance : V. Brunstein – 15, rue du Maréchal-Leclerc – 67460 Souffelweyersheim
Tél. : 06 81 38 64 53
E-mail : vero.brunstein@laposte.net

Tout professionnel de santé, pour garantir la sécurité des soins, a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles comme nous le stipule le Code de la santé publique (article R4312-10 pour les infirmiers).

La formation médicale continue (FMC) existe depuis 1998 pour les médecins libéraux tandis que les EPP ont été mises en œuvre par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la loi du 13 août 2004. FMC et EPP sont regroupées dans la loi HPST Hôpital patient santé territoire (Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009) pour créer le DPC qui s'étend depuis le 1^{er} janvier 2013 à tous les professionnels de santé inscrits au code de la santé publique.

Le dispositif DPC doit répondre à cinq objectifs :

- l'analyse des pratiques professionnelles ;
- le perfectionnement des connaissances ;
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- la prise en compte des priorités de santé publique ;
- la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

2. Le DPC qu'est-ce que c'est ?

Un programme de DPC peut être une action de formation ou une activité mais doit répondre à plusieurs critères :

- être conforme à une orientation nationale ;
- comporter une des méthodes et des modalités validées par la HAS ;
- être mis en œuvre obligatoirement par un organisme de DPC enregistré auprès de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) et évalué favorablement par la commission scientifique indépendante de la profession concernée.

2.1. Les orientations nationales

Les orientations nationales définies par l'arrêté du 26 février 2013 sont au nombre de 6 :

- 1) Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients. La dominante est la prise en charge du patient.
- 2) Contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients. La dominante est la relation soignant soigné.
- 3) Contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques. La dominante est la démarche qualité.
- 4) Contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles. La dominante est la coopération entre les professionnels de santé.

5) Contribuer à l'amélioration de la santé environnementale. La dominante concerne le plan santé au travail

6) Contribuer à la formation professionnelle continue définie à l'article L6311-1 du code du travail.

Chaque orientation se décline en plusieurs objectifs

Exemple : un programme de DPC intégrant l'orientation 3 qualité et sécurité des soins peut répondre aux objectifs suivants : développement d'une culture de gestion de risque à travers les démarches qualité et/ou prévention des événements indésirables liés aux soins.

2.2. Méthodes validées par HAS

Un programme de DPC doit associer 2 activités ; une activité cognitive dite d'acquisition ou d'approfondissement des connaissances et une activité d'analyse de pratiques. À ces deux activités s'ajoute une partie évaluation de ce programme dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La partie cognitive peut être réalisée en groupe ou en individuel

La partie analyse de pratiques comporte :

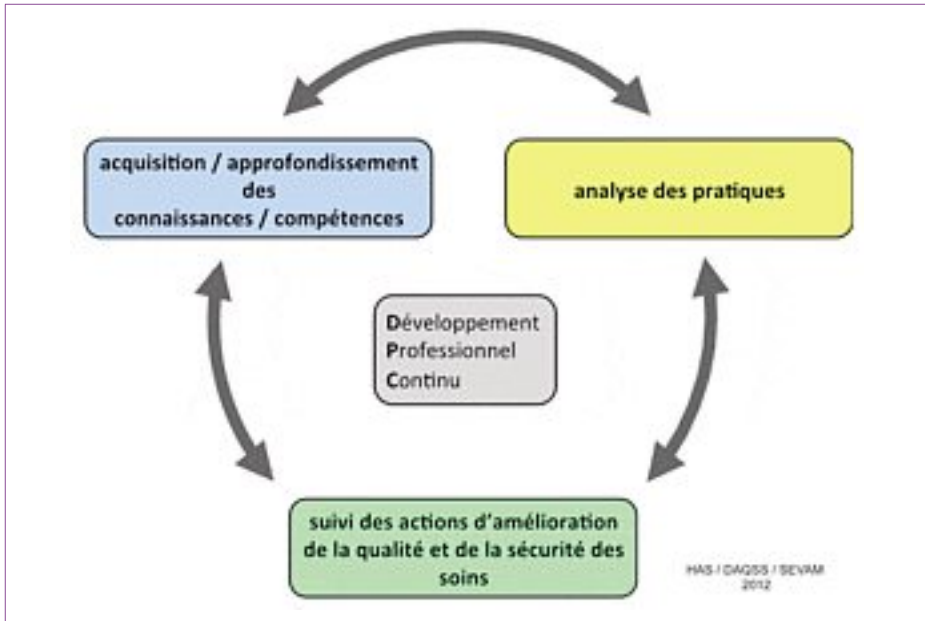
- un temps dédié ;
- un référentiel d'analyse reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires) car l'analyse des pratiques nécessite une mesure de départ ;
- une analyse critique et constructive des pratiques réalisées par rapport à la pratique attendue (mesure des écarts) ;
- des objectifs et des actions d'amélioration ;
- un suivi de ces actions et une restitution des résultats aux professionnels.

Ces deux activités sont articulées entre elles, sans ordre prédéfini, sont planifiées et prévoient un temps d'échange entre les participants au programme. On peut parler de cercle vertueux car la spécificité d'un programme de DPC est de systématiser l'étape d'identification et de suivi des actes d'amélioration.

Quatre autres méthodes sont proposées et autosuffisantes ; la simulation, l'enseignement et la recherche (publication d'un article scientifique), les dispositifs spécifiques (accréditation des laboratoires), l'approche intégrée à l'exercice professionnel.

Pour chaque méthode l'HAS a rédigé des fiches techniques disponibles sur leur site internet (2).

Démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (1).



2.2.1. L'analyse de pratiques

Plusieurs activités d'analyse de pratique sont préconisées. Nous retrouvons :

- l'analyse en comparaison à un référentiel comme les audits cliniques ou la revue de pertinence ;
- l'analyse basée sur la résolution de problèmes comme les revues de morbi-mortalité (RMM), le comité de retour d'expérience (CREX), les staffs médico soignants ;
- l'analyse basée sur la protocolisation comme la revue de concertation pluridisciplinaire ;
- l'analyse basée sur le suivi d'indicateurs (traçabilité de la prise en charge de la douleur, dépistage du risque de dénutrition...).

2.3. Les organismes de DPC

Les programmes de DPC doivent être dispensés par des organismes de DPC. Ces organismes sont soit des établissements de santé, des associations, des organismes professionnels, des universités, des entreprises, qui ont été évalués positivement.

Ils ont pour mission d'organiser des programmes de DPC, de délivrer une attestation de participation et d'en adresser une copie au conseil de l'ordre et à l'employeur.

Les organismes de DPC sont évalués par des commissions scientifiques indépendantes pour les médecins, les sages-femmes, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et une commission scientifique du Haut comité des professions paramédicales (HCPP) pour les non-médecins.

2.4. Les différents acteurs du DPC

En résumé les différents acteurs du DPC sont :

- les **organismes de DPC**, qui mettent en œuvre des actions de DPC selon les orientations nationales définies par le **Ministère de la santé** et des méthodes et modalités définies par HAS. Ces organismes sont évalués par des **commissions scientifiques** et contrôlés par OGDPC ;
- les **conseils de l'ordre, l'ARS ou les employeurs** vérifient tous les 5 ans que chaque **professionnel de santé** soit en règle avec son obligation annuelle de participation à un programme de DPC.

3. DPC pour quels professionnels ?

Comme précisé dans la définition de l'HAS, le DPC s'adresse à tous les professionnels de santé quel que soit le mode d'exercice. Pour remplir son obligation annuelle de DPC, chaque professionnel devra s'inscrire et participer à au moins un programme de DPC par an, quelle que soit la durée de ce programme, ceci équivaut à 1,7 million de professionnels en France (3).

Les professionnels concernés ;

Filière infirmier et aide-soignant	Filière médico-technique	Filière rééducation	Métiers de l'appareillage	Filière médicale
Infirmier IDE Infirmier anesthésiste IDE de bloc opératoire Puéricultrice Aide-soignant Auxiliaire de puériculture	Manipulateur en électro-radiologie médicale Préparateur en pharmacie Technicien de laboratoire Audio prothésiste Opticien lunetier	Diététicien Masseur-kinésithérapeute Ergothérapeute Orthophoniste-Orthoptiste Pédicure-podologue Psychomotricien	Orthoprothésiste Orthopédiste Epithésiste Oculariste	Médecins y compris médecins du travail Chirurgien-dentiste Pharmacien Sage-femme

Les cadres de santé, les cadres sage-femme, les ambulanciers, les psychologues, les internes ne sont pas concernés par cette obligation mais peuvent participer à un programme de DPC.

Qui dit obligation dit contrôle du respect de cette obligation. Le contrôle est exercé par le conseil départemental de l'ordre pour les professions médicales et les auxiliaires médicaux libéraux (infirmiers, pédicures-podologues et masseurs

kinésithérapeutes), par l'ARS pour les autres professionnels de santé libéraux ou par l'employeur pour les professionnels paramédicaux salariés.

Afin de permettre à chaque professionnel de s'acquitter de son obligation de DPC l'établissement de santé propose un plan de formation DPC.

4. DPC comment le mettre en œuvre ?

Pour remplir son obligation annuelle de DPC, chaque professionnel devra s'inscrire et participer à au moins un programme de DPC par an, quelle que soit la durée de ce programme. Pour cela les professionnels ont trois possibilités :

- participer à un programme de DPC ;
- obtenir un Diplôme Universitaire évalué favorablement par la commission scientifique ;
- participer en tant que formateur à un programme de DPC.

4.1. DPC dans les établissements de santé

Les établissements de santé doivent élaborer un plan de DPC avec le concours de la commission médicale d'établissement (CME), la commission des soins infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) et du comité technique d'établissement (CTE).

Ce plan présente l'ensemble des programmes de DPC prévus pour les professionnels de l'établissement.

L'établissement crée une commission DPC pour coordonner les actions au sein de l'établissement, identifier les personnes ressources pouvant aider les pôles à mettre en place des programmes de DPC.

4.2. Enjeux pour l'établissement

Un programme de DPC peut être organisé au sein des pôles y compris au sein d'une structure d'urgence à condition qu'il respecte les principes édictés plus haut.

Sans enveloppe budgétaire supplémentaire pour le DPC, chaque établissement de santé doit réfléchir aux stratégies permettant de transformer les actions internes existantes en programme DPC. Nous ne pouvons plus réaliser des EPP, des RMM sans les associer à une activité cognitive et donc les valider en programme DPC.

4.3. Créer un programme de DPC en structure d'urgence

Le programme peut porter sur de nombreux sujets.

Exemple 1 : STAFF médico soignant sur la prise en charge de la douleur aux urgences ou le temps moyen d'attente pour les examens de radiologie.

Les différentes étapes

Il existe un préalable à la validation en programme DPC :

- rédiger une charte de fonctionnement des STAFFS ;
- désigner un responsable animateur ;
- programmer la régularité des réunions ;
- identifier les modalités de sélection des thèmes de discussion.

Avant le STAFF la première étape consiste à sélectionner des dossiers et à définir le questionnement. La deuxième étape nécessite une recherche bibliographique pour animer l'apport cognitif.

Lors du STAFF, l'animateur présente la situation clinique, anime les discussions collectives au regard des recommandations scientifiques et fait une synthèse des décisions d'amélioration et des modalités de suivi.

Un compte rendu de réunion doit être rédigé avec les thèmes, les références bibliographiques utilisées, le résumé de la discussion, les décisions, les modalités de suivi et la liste des personnes présentes.

Pour la réussite des différentes étapes l'animateur devra avoir des compétences pédagogiques et d'animation afin de susciter la pratique réflexive auprès de tous les soignants.

Exemple 2 : Audit sur le respect de la procédure de contrôle du chariot d'urgence au sein de l'établissement.

L'audit est une photo à un instant T d'une pratique observée par rapport à une pratique attendue, c'est un regard croisé entre une observation et un référentiel. Le préalable à l'audit est la formation des auditeurs, et la création d'un outil d'audit. Après l'audit un compte rendu écrit comprenant les résultats, des remarques et des écarts notifiés doit être présenté aux personnes auditées. L'apport cognitif se fera par le rappel des bonnes pratiques, protocole de départ. Un plan d'action est suggéré avec des pistes d'amélioration avant de refaire un audit à distance sur la même thématique. Nous sommes bien face au cercle vertueux de la qualité.

5. Conclusion

La mise en place du DPC entraîne de nombreux changements tant dans la conception du programme que dans son organisation. Le DPC a pour objectif d'interroger notre pratique dans un souci d'amélioration avec un enjeu important.

Nous devons relever que sa mise en œuvre est complexe et que l'absence de conflit d'intérêt signée par les intervenants nécessite une rupture totale des concepteurs de programme avec l'industrie pharmaceutique. Cette décision a un impact sur le financement des journées de congrès locales ou nationales.

Nous pouvons également nous interroger sur la non-obligation pour certaines professions de participer à une session DPC notamment les cadres de santé et les ambulanciers.

Références

1. Site HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu
2. Fiches méthodes HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1356682/fiches-methodes-de-dpc
3. Site OGDPC https://www.mondpc.fr/mondpc/le_dpc_en_pratique/19

Textes de loi

- Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013.
- Instructions N° DGOS/PF2/2013/383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé.