



INSTITUT NATIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINE

- CENTRE DE DOCUMENTATION -

# HAS

**Méthodes et modalités de Développement Professionnel  
Continu (DPC)**

**&**

**Fiches techniques des méthodes**

**Dossier documentaire**

**Le présent dossier regroupe l'ensemble des méthodes  
et fiches techniques produites par la HAS**

## **1. Méthodes et modalités de DPC**

## **2. Fiches techniques des méthodes de DPC (fiches non définitives)**

### **2.1. Présentation générale**

### **2.2. Approche à dominante pédagogique ou cognitive**

- 2.2.1. Formation présentielle
- 2.2.2. Revue bibliographique et analyse d'articles
- 2.2.3. Formation à distance
- 2.2.4. Formations diplômantes ou certifiantes (autres que les D.U. validés par les CSI et la CSHCPP)

### **2.3. Approche à dominante analyse des pratiques**

- 2.3.1. Revue de mortalité et de morbidité (RMM)
- 2.3.2. Analyse a priori des risques (en cours d'élaboration)
- 2.3.3. Groupe d'analyse de pratiques
- 2.3.4. Réunions de concertation pluridisciplinaire
- 2.3.5. Revue de pertinence
- 2.3.6. Suivi d'indicateurs
- 2.3.7. Registres, observatoire, base de données
- 2.3.8. Audit clinique
- 2.3.9. Chemin clinique
- 2.3.10. Patients traceurs (en développement)
- 2.3.11. Bilan de compétences

### **2.4. Approche intégrée à l'exercice professionnel**

- 2.4.1. Gestion des risques en équipe (en développement)
- 2.4.2. Exercice coordonné et protocolé d'une équipe de soins en ambulatoire

### **2.5. Les dispositifs spécifiques**

- 2.5.1. Accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004)
- 2.5.2. Accréditation des laboratoires de biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13/01/2012 et art. L.6221-1 du CSP)
- 2.5.3. Programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009)
- 2.5.4. Protocole de coopération (art. 51 loi 2009-879 de la Loi du 21 juillet 2009)
- 2.5.5. Formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux)

## **2.6. L'enseignement et recherche**

**2.6.1. Publication d'un article scientifique**

**2.6.2. Recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité**

**2.6.3. Maitrise de stage (en développement)**

**2.6.4. Formateurs pour des activités de DPC**

## **2.7. La simulation**

**2.7.1. Session de simulation en santé**

**2.7.2. Test de concordance de script (TCS)**

## ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

## Développement professionnel continu

## Méthodes et modalités de DPC

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.

*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'Etat (art. R. 4133-4 du décret n°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 n°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 A 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'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'intérêt 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'améliorations 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>1.2 - Individuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• formation à distance (e-learning, supports écrits et numériques ...)</li><li>• formations diplômantes ou certifiantes (autres que les D.U. validés<sup>1</sup> par les CSI et la CSHCPP)</li></ul>
	<b>A 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>

<sup>1</sup>Certains D.U. 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>		
<b>2.1 - Gestion des risques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• revue de mortalité et de morbidité (RMM), Comité de retour d'expérience (CREX), Revue des erreurs médicamenteuses (REMEDI)</li> <li>• analyse <i>a priori</i> des risques (analyse de processus, Analyse des modes de défaillances et de leurs effets : AMDE...)</li> </ul>	<p><b>A 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> </ul>
<b>2.2 - Revue de dossiers et analyse de cas</b>	<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques et articulée avec elle.</li> </ul>
<b>2.3 – Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• suivi d'indicateurs</li> <li>• registres, observatoire, base de données</li> <li>• audit clinique</li> </ul>	
<b>2.4 - Analyse des parcours de soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• chemin clinique</li> <li>• <b>patients traceurs (en développement)</b></li> </ul>	
<b>2.5 -Analyse de parcours professionnel</b>	<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 13/01/2012 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 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>maitrise 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>		



## Espace Professionnels de santé

Listen



## Fiches méthodes de DPC

Les fiches techniques DPC permettent de décrire chacune des méthodes listées dans le document « [Méthodes et modalités de DPC](#) ».

**Ces fiches ne sont pas définitives et font l'objet d'une consultation actuellement auprès de nos partenaires professionnels et institutionnels.**

## TOOLS

[Glossary](#) [My alerts](#) [Print](#) [Send to](#)

## FOR MORE INFORMATION

[Qu'est ce que le DPC ?](#) [Réglementation relative au dispositif de DPC](#) [DPC, mode d'emploi](#) [Les acteurs du DPC](#)

## Développement professionnel continu

## Les fiches techniques DPC

## Document de travail

Ces fiches techniques ont vocation à **être utilisées par les organismes de DPC pour construire des programmes de DPC** adaptés aux objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à l'exercice des professionnels concernés.

Elaborer ces fiches est apparu comme une nécessité en regard à la fois de la mission de la HAS (valider les méthodes et les modalités ce qui suppose de les définir à minima) et de l'intérêt exprimé par des professionnels et leurs organisations de disposer d'un document facilement accessible leur permettant d'appréhender simplement le sujet.

L'enjeu est d'aller à l'essentiel tout en étant assez informatif pour guider les démarches sur le terrain. Quelques références sont citées pour en savoir plus.

Ces méthodes sont regroupées selon les **six grandes approches définies dans la [fiche méthode et modalités de DPC](#)** :

1. **Une approche à dominante pédagogique ou cognitive** (formation en groupe ou individuelle).  
→ Acompléter par une activité d'analyse de pratiques.

[Formation présentielle](#) (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire ...)

[Revue bibliographique et analyse d'articles](#)

[Formation à distance](#) (e-learning, supports écrits et numériques ...)

[Formations diplômantes ou certifiantes](#) (autres que les D.U. validés par les CSI et la CSHCPP)

2. **Une approche à dominante analyse des pratiques** (gestion des risques, revue de dossiers et analyse de cas, indicateurs, analyse de parcours de soins, analyse de parcours professionnel).  
→ Acompléter par une activité d'acquisition ou d'apprentissage des connaissances/compétences.

[Revue de mortalité et de morbidité \(RMM\)](#)

[Analyse a priori des risques \(en cours d'élaboration\)](#)

[Groupe d'analyse de pratiques](#)

[Réunions de concertation pluridisciplinaire](#)

[Revue de pertinence](#)

[Suivi d'indicateurs](#)

[Registres, observatoire, base de données](#)

[Audit clinique](#)

[Chemin clinique](#)

[Patients traceurs \(en développement\)](#)

[Bilan de compétences](#)

3. **Une approche intégrée à l'exercice professionnel**

[Gestion des risques en équipe \(en développement\)](#)

[Exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel](#) (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé...)

## Professionnels de santé

## Accréditation des médecins

Actes - Médicaments -  
Dispositifs médicaux

## Avis et décisions de la HAS

Coopération entre  
professionnels de santéDéveloppement  
professionnel continu

→ DPC, mode d'emploi

→ Selon votre profession

→ DPC et gestion des risques

→ Les fondamentaux

→ DPC &amp; Pratiques - La lettre

Établissements de santé :  
CertificationÉtablissements de santé :  
indicateursÉvaluation médico-  
économiqueLabellisation des centres de  
maladies raresMaladies chroniques -  
Parcours de soins

## Organisation des soins

## Programmes Pilotes

Qualité de l'information  
médicaleRecommandations de bonne  
pratique

## Santé publique

## Sécurité du patient

## Programme de travail

Épreuves Classantes  
Nationales

## Actualités &amp; Pratiques

Grand public

Presse



#### 4. Les dispositifs spécifiques

- ⊗ [Accréditation des médecins](#) exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004)
- ⊗ [Accréditation des laboratoires de biologie médicale](#) (ordonnance 2010-49 du 13/01/2012 et art. L.6221-1 du CSP)
- ⊗ [Programme d'éducation thérapeutique](#) (art. 84 de la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009)
- ⊗ [Protocole de coopération](#) (art. 51 loi 2009-879 de la Loi du 21 juillet 2009)
- ⊗ [Formation professionnelle tout au long de la vie](#) (professionnels paramédicaux)

#### 5. L'enseignement et recherche

- ⊗ [Publication d'un article scientifique](#)
- ⊗ [Recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité](#)
- ⊗ [Maîtrise de stage \(en développement\)](#)
- ⊗ [Formateurs pour des activités de DPC](#)

#### 6. La simulation

- ⊗ [Session de simulation en santé](#)
- ⊗ [Test de concordance de script \(TCS\)](#)

En complément de la fiche « [Méthodes et modalités de DPC](#) » et des fiches techniques méthodes ci-dessus, une fiche est proposée, décrivant les critères de qualité exigés pour l'utilisation, dans une méthode de DPC, d'un [document issu de la presse scientifique professionnelle](#).

Nous vous invitons à retourner sur notre site internet très prochainement pour pouvoir prendre connaissance de la version définitive de ces fiches.

---

[English](#) | [Plan du site](#) | [RSS](#) | [Aide](#) | [Contact](#) | [Mentions légales](#) | [Ressources humaines](#) | [Marchés publics](#) | [Liens](#)

Haute Autorité de Santé - 2012

## Développement professionnel continu

# Formation présentielle

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la participation des professionnels à une formation présentielle dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

La participation à une formation professionnelle présentielle dans le domaine de la santé qui réunit des professionnels de santé est une pratique courante pour acquérir/approfondir ses connaissances/compétences et contribuer ainsi au développement professionnel continu. Elle a peut avoir pour objet une actualisation des données de la science, des retours d'expérience des professionnels, une synthèse/revue/mise à jour d'un sujet.

### Contextes dans lesquels une formation présentielle peut être organisée :

Session de formation, session thématique, atelier ou workshop, colloque, séminaire, session de congrès, mise au point, enseignement post-universitaire, cours, conférence, travaux dirigés, travaux pratiques, session professionnelle, etc.

## DESCRIPTION

De nombreuses **méthodes pédagogiques** sont disponibles et peuvent être utilisées dans ces formations. Plusieurs classifications existent selon le courant de pensée auquel on se réfère, mais on distingue habituellement :

- des **méthodes affirmatives** : le formateur transmet son savoir à un participant. Les méthodes sont soit expositives (exemple : cours magistral, conférence), soit démonstratives associant explication et démonstration (exemple : atelier où est expliqué et montré l'utilisation d'un nouveau matériel ou dispositif).
- des **méthodes interrogatives** : le formateur se base sur les réponses du participant à un questionnement structuré pour lui faire découvrir et trouver, par induction ou déduction, les connaissances que l'on souhaite lui faire acquérir (exemple : session de questions-réponses avec un expert d'un thème).
- des **méthodes actives (ou expérientielles)** : le participant est confronté à la réalité de ses pratiques et aux difficultés rencontrées afin qu'il recherche l'information nécessaire pour découvrir par lui-même les meilleures solutions à mettre en œuvre et à évaluer (exemple : analyse de cas cliniques ou de situations réelles, jeux de rôle). Le participant, impliqué et actif, apprend à travers ses expériences et ses connaissances préalables.

Par ailleurs, la meilleure connaissance des modes d'acquisition des connaissances/compétences chez l'adulte, a conduit à des développements spécifiques concernant la formation et l'apprentissage des adultes. En effet, la motivation pour une formation chez un adulte est déterminée par ses besoins et la nécessité d'agir. De même, l'expérience et le vécu professionnel est également un facteur majeur d'apprentissage et il est souhaitable que l'orientation de la formation se réalise prioritairement autour de problèmes rencontrés ou à partir de situations réelles afin d'obtenir l'adhésion du professionnel et garantir sa motivation.

Toutes ces méthodes utilisent des **moyens/outils** pédagogiques variés et adaptés (cours, atelier, diaporama, vote électronique, etc.).

Le modèle de référence pour l'**évaluation des activités de formation** est le modèle de Kirkpatrick. Celui-ci distingue 4 niveaux d'impact d'une formation :

- le premier, appelé « réaction » consiste à s'intéresser à la satisfaction des participants. Il peut être évalué par des questionnaires.
- le deuxième mesure « l'apprentissage » des participants en termes de connaissances/compétences acquises lors de la formation. Il peut être évalué par le biais de questionnaires, de tests, ou d'autres systèmes d'évaluation systématisés.
- le troisième évalue les « changements comportementaux » induits par la formation. Il peut être réalisé par des questionnaires, des entretiens, un audit, une revue de pertinence ...
- le quatrième est le niveau des « résultats » correspondant à l'impact « externe » de la formation sur l'organisation. Il est évalué par le suivi d'indicateurs de résultats en lien avec les objectifs de la formation.

Les 3 premiers niveaux concernent le participant, le dernier l'organisation dans laquelle celui-ci travaille.

Pour qu'une formation présentielle entre professionnels de santé puisse correspondre à une méthode de DPC, elle doit nécessairement comporter :

- **Un temps d'acquisition ou d'approfondissement de connaissances ou de compétences** qui peut utiliser des méthodes pédagogiques variées et adaptées aux professionnels concernés (cf. supra).
- **Une modalité de transfert des connaissances/compétences** (exemples : messages-clés synthétisés sur des documents écrits ou des envois par adressage électronique)
- **Un dispositif de suivi** de l'acquisition des connaissances/compétences (par exemple : questionnaire avant-après)

Cette activité de formation doit être complétée par un temps **d'analyse des pratiques** qui peut être :

- soit intégré à la démarche cognitive par exemple au moment de l'identification des besoins de formation ou encore lors de l'évaluation de l'impact de la formation,
- soit externalisé, en complément de l'activité cognitive et correspondant au thème du programme de DPC.

## TRAÇABILITE

Les documents suivants sont requis :

Le(s) document(s) rédigé(s) par le promoteur de la formation qui décrit précisément les conditions d'organisation, de réalisation (notamment le programme, les objectifs pédagogiques, les intervenants), et d'évaluation de la formation. Le public cible y est précisé, de même que la composition des comités d'organisation et scientifique.

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel d'activité**. Celui-ci doit permettre notamment de justifier la pertinence du choix de la formation avec l'activité et les objectifs du professionnel.
2. d'assurer la **tracabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemple : attestation de présence, compte-rendu de réunion, résultats de l'évaluation des connaissances et, le cas échéant, ceux concernant l'activité d'analyse des pratiques réalisée.

### Pour en savoir +

- Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health : A review of systematic reviews. Int J of Technology assesment in health care 2005 ; 21 (3) : 380-385.
- Gilibert D. Gillet I. Revue des modèles en évaluation de formation, approches conceptuelles individuelles et sociales. Pratiques Psychologiques. 2010 ; 16 : 217-238.
- Goguelin P. La formation continue des adultes. Presses Universitaires de France. 4<sup>ème</sup> édition 1994, Paris.
- Knowles. L'adulte apprenant. Editions d'Organisation, 1990, Paris.
- Mansouri M et Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. Journal of continuing education in the health professions. 2007 ; 27 (1) : 6-15.
- Marinopoulos S et al. Effectiveness of continuing medical education. AHRQ Publication – Jan 2007 - N°07- E006 [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
- Martin J.P., Savary E. Formateur d'adultes, se professionnaliser-exercer au quotidien. Editions de la Chronique Sociale. 2004, Lyon.
- Mucchielli R. Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes. Les Editions ESF. 10<sup>ème</sup> édition 2006, Paris.
- Raynal F, Rieunier A. Pédagogie : dictionnaire des concepts clés. Les Editions ESF. 6<sup>ème</sup> édition 2007, Paris.

# Développement professionnel continu

## Groupe de revue bibliographique

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la revue bibliographique dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

Un groupe de revue bibliographique est un groupe de professionnels de santé (2 à 20 participants) qui se rencontre régulièrement (1 fois par mois en moyenne durant 60 à 90 minutes) pour discuter de manière critique d'articles de revues scientifiques. La terminologie « Journal Club » est également très utilisée dans la littérature.

Les objectifs de ces groupes sont classiquement de fournir une mise à jour récente de l'état de la littérature, d'enseigner des techniques d'analyse critique de la littérature médicale, de développer l'esprit critique dans un environnement riche en informations provenant de différentes sources, de faire évoluer et améliorer sa pratique en s'appuyant sur des données de la littérature.

**Variantes ou synonymes de la méthode :**

- **Groupe ou réunion bibliographique, groupe d'analyse critique de la littérature, club de lecture, journal-club.**

## DESCRIPTION

Le groupe de revue bibliographique est classiquement organisé autour de 5 axes :

- formuler une question précise et claire ;
- chercher les meilleurs données fondées sur des preuves ;
- évaluer la qualité et validité de ces données ;
- appliquer les nouvelles données ;
- évaluer les résultats.

Les objectifs de mise en place de ces groupes peuvent être différents (recherche clinique, veille documentaire, qualité, thématique professionnelle, suivi de nouvelles tendances, expliquer des phénomènes complexes, etc.). Dans le cadre du développement professionnel continu, les objectifs sont souvent liés à la recherche de réponses à des questions cliniques identifiées dans la pratique des participants. L'utilisation de grilles de lecture critique adaptées permet d'évaluer la qualité des informations.

## Étapes de mise en place d'un groupe de revue bibliographique

Ces étapes ont été élaborées à partir de l'article de Valentini et Daniels (1997).

### 1. Mise en place du groupe

- définir le ou les objectifs poursuivis;
- désigner un coordinateur ;
- former des membres à l'analyse critique de la littérature et à la recherche documentaire ;
- définir une date régulière qui convienne à l'agenda de tous ;
- définir un lieu de réunion ;
- faire adhérer et engager les membres dans la démarche du groupe.

### 2. Avant les réunions

- choisir la question clinique à traiter pour la réunion parmi la liste des questions relevées par les membres dans leur pratique clinique ;
- répartir les tâches et désigner un ou 2 secrétaire(s) de séance, responsable(s) du sujet et de la préparation de chaque réunion ;
- effectuer la recherche documentaire par un membre du groupe qualifié et distribuer le ou les articles sélectionnés au moins 1 à 2 semaines avant la réunion (cette sélection peut aussi se faire au cours des réunions précédentes par l'ensemble du groupe pour préparer les réunions à venir). Le nombre d'articles sélectionnés dépend du temps de la réunion, de l'abondance de la littérature sur le sujet, de la profondeur d'analyse, etc. Les plus souvent 1 ou 2 articles sont analysés au cours de la réunion ;
- préparer l'ordre du jour de la réunion et inviter les professionnels ;
- demander aux participants de lire les articles et de préparer les points à discuter en fonction du ou des articles retenus.

### 3. Pendant la réunion

- analyser le ou les articles à l'aide de la grille d'analyse de la littérature remplie par chaque participant (éventuellement en sous-groupe).
- présenter les conclusions de cette analyse.
- échanger entre les participants sur le ou les articles
- déterminer l'implication clinique pour chaque participant
- rédiger un compte-rendu lors de la réunion. Il comprend : les titres des articles analysés avec les grilles de lecture et l'analyse critique, un résumé et les conclusions qui ont été utiles à la pratique pour chaque participant.
- choisir parmi des questions cliniques interrogeant la pratique des professionnels, la question de la prochaine réunion.

Durant la réunion, il est souhaitable de susciter le débat et les controverses, de réaliser un travail plus méticuleux et en profondeur sur certains articles complexes ou d'utiliser des méthodes d'analyse par résolution de problèmes si le sujet le nécessite.

#### 4. Après la réunion

- assurer la diffusion et l'archivage du compte-rendu aux membres du groupe ;
- prévoir le suivi des actions envisagées en fonction des conclusions de la précédente réunion.

#### L'évaluation annuelle du groupe de revue bibliographique

- évaluer de manière périodique les buts et la satisfaction des participants et mettre en œuvre les ajustements nécessaires ;
- mettre en œuvre une évaluation spécifique (durée, horaire, etc.) si la fréquentation diminue dans le temps ;
- évaluer les modifications de pratiques engendrées par les conclusions de l'analyse critique de littérature ;
- évaluer les compétences acquises par les participants en analyse critique de la littérature scientifique.

#### Quelques conseils pour créer des groupes de revue bibliographique

- optimiser les conditions de venue (cadre agréable, table ronde, etc.) ;
- mettre en valeur l'importance de lire la littérature scientifique se rapportant à son exercice professionnel ;
- générer l'enthousiasme, l'intérêt et l'interactivité de l'activité ;
- promouvoir la mise en place d'un programme de formation aux techniques de recherche documentaire et d'analyse critique de la littérature ;
- disposer d'un accès aux bases documentaires et à l'intégralité des articles.

Un groupe de revue bibliographique éligible au titre du DPC comporte :

- Un **temps d'acquisition ou d'approfondissement de connaissances ou de compétences** dans le domaine de la santé en relation avec l'exercice du professionnel de santé (identifié dans les comptes rendus des réunions) ;
- Une **modalité de transfert des connaissances/compétences** (papiers ou électroniques) mis à disposition des participants ;
- Un **dispositif de suivi de l'acquisition des connaissances/compétences** (par exemple par des éléments de correction mis en place en pratique ou de suivi de critères, etc.).

**Nota Bene** : L'activité de revue bibliographique doit être complétée par un temps **d'analyse des pratiques** qui peut être :

- soit intégré à la démarche, à partir des questions cliniques identifiées dans l'exercice quotidien des professionnels et traitées lors des réunions du groupe (la ou les méthodes utilisées pour réaliser cette analyse doivent être explicitées) ;

soit externalisé, en complément de l'activité et correspondant au thème du programme de DPC.

## TRAÇABILITE

En termes de traçabilité de l'activité du groupe de revue bibliographique, les documents suivants sont requis :

- compte-rendu de chaque réunion avec liste de présence des participants ;
- bilan annuel simple comprenant au minimum : le nombre de réunions et le nombre de participants, le nombre et la liste d'articles analysés, le nombre et la liste des actions entreprises.

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

- de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel**. Pour le groupe de revue bibliographique un minimum de **9 réunions annuelles** doit être réalisé ;

d'assurer la traçabilité de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés (exemple : compte rendus de réunion, fiche de suivi d'actions, attestation de présence à une activité de perfectionnement des connaissances ou des compétences, résultats d'évaluation, nouvelle procédure de prise en charge, etc.).

### Pour en savoir +

- Deenadayana T, Grimmer-Somers K, Prior M, Kumar S. How to run an effective journal club : a systematic review. J Eval Clin Pract 2008;14:898-911
- Doust J, Del mar CB, Montgomery BD, Heal C. EBM Journal Clubs in general practice. Aust Fam Physician 2008;37(1/2):54-6
- Ebbert JO, Montori VM, Schultz H. The journal club in postgraduate medical education : a systematic review. Med Teach 2001;23(5):455-61
- Field N, Agustin CB, Milinkovic D. Could a Journal Club be an Effective Educational Tool for Radiation Therapists ? The Radiographer 2004;51:123-7
- Hartzel JD, Veerappan GR, Posley K, Shumway NM, Durning SJ. Resident run journal club : a model based on the adult learning theory. Med Teach 2009;31:e156-e161
- Linzer M. The journal club and medical education : over one hundred years of unrecorded history. Postgrad Med J 1987;63:475-8
- Lizarondo L, Kumar S, Grimmer-Somers K. Online Journal Clubs: an innovative approach to achieving Evidence-Based Practice. J Allied Health 2010;39(1):e-17-20.
- Valentini RP, Daniels SR. The journal club. Postgrad Med J 1997;73:81-5

### Ressources analyse critique de la littérature

- ANAES. Guide d'analyse critique de la littérature et gradation des recommandations. ANAES 2000. 60 pages
- Bergmann JF; Chassany O; Fauvel JP; Queneau P. Lire et critiquer un article médical. Expansion scientifique française 2003. 268 pages.
- Huguier M. Apprendre la lecture critique d'un article médical. Elsevier 2004. 83 pages.
- Maisonneuve H. Le guide du thésard. Edition scientifique L&C 3e édition. 2003. 80 pages



# Développement professionnel continu

## E-learning

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la participation des professionnels au e-learning dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

La formation « en ligne » dite « e-learning » est "l'utilisation des nouvelles technologies multimédias de l'Internet pour améliorer la qualité de l'apprentissage en facilitant d'une part l'accès à des ressources et à des services, d'autre part les échanges et la collaboration à distance" (définition par la Commission Européenne, 2001).

Le e-learning fait partie des Technologies de l'Information et de la Communication pour l'Education (TICE) et permet de réaliser des activités non présentielles. Il s'agit le plus souvent de l'utilisation d'ordinateurs ou d'appareils mobiles (smartphones, tablettes, PDA, etc.) connectés à Internet.

Le e-learning est surtout adapté pour développer des compétences cognitives, et, avec des méthodes spécifiques, des compétences interpersonnelles. Le programme/cours de e-learning peut s'effectuer :

- en auto-apprentissage (didacticiel d'apprentissage numérique) ;
- ou facilité/dirigé par un formateur (syllabus chronologique).

Le e-learning peut être structuré selon un parcours enchaînant différentes sessions ou être personnalisé en fonction du profil du participant.

Le travail de B. Ghirardini (Methodologies pour le développement de cours e-learning. Organisation des Nations-Unis pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) 2012) a été utilisé pour l'élaboration de ce document.

### 1. Les composantes le plus souvent retrouvées dans un programme de e-learning sont :

- le contenu d'apprentissage : ressources d'apprentissage simples (documents, présentations, fichiers vidéo ou audio ...), E-leçons en ligne interactives, simulations, outils de travail (mémos, glossaires, système d'aide à la décision) ;
- le e-tutorat, e-coaching, e-mentorat (soutien et commentaires personnalisés) ;
- l'apprentissage collaboratif (discussion en ligne, collaboration entre apprenants) ;
- la classe virtuelle (tableau blanc partagé en direct, etc.).

### 2. L'équipe mettant en place une formation en ligne se compose de différents profils :

- le concepteur graphique ;
- l'expert du sujet ;
- le développeur web et créateur multimédia ;
- les administrateurs, facilitateurs et tuteurs en ligne ;
- le spécialiste du support technique.

### 3. La construction d'un cours de e-learning

Afin de mieux comprendre la structure d'un programme de E-learning, il est souhaitable de comprendre comment il est construit. Les étapes de la conception d'un programme/cours de e-learning peuvent suivre différents modèles pédagogiques. Le modèle ADDIE qui comprend 5 étapes : analyse - conception - développement - mise en œuvre -évaluation est repris dans ce document (figure 1).

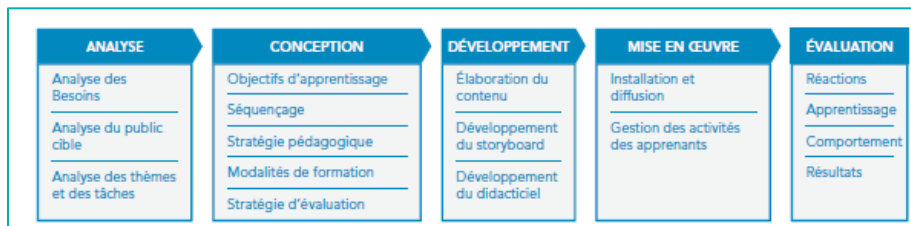


Figure 1. Modèle ADDIE appliqué à l'apprentissage en ligne (Source : Ghirardini B. FAO 2012)

#### A. Analyse

L'analyse s'effectue à plusieurs niveaux. Elle permet de mieux cerner le public visé en évaluant les secteurs d'exercices et les possibilités d'accessibilité à un programme de e-learning (organisation du travail et temps disponible, compétence technologique de l'utilisation informatique, ancienneté de l'équipement, etc.).

Les thèmes abordés sont analysés afin de permettre d'orienter et d'évaluer la quantité de contenu à produire et à classer par ordre d'importance.

#### B. Conception

Le premier temps consiste à définir les objectifs d'apprentissage comme pour toute formation. Ils sont reliés au niveau de performance souhaité par les promoteurs du programme. Une fois listés et hiérarchisés les uns par rapport aux autres, un travail de séquençage va découper le programme en différentes parties. Un parcours d'apprentissage est alors structuré pour être éventuellement personnalisé. Différentes approches pédagogiques (figure 2) peuvent être envisagées en fonction du thème ou du profil des apprenants. Elles présentent toutes leurs avantages et inconvénients en fonction des objectifs d'apprentissage recherchés.

MÉTHODES EXPOSITIVES	MÉTHODES APPLICATIVES	MÉTHODES COLLABORATIVES
Présentations	Méthode démonstration-pratique	Discussions guidées en ligne
Études de cas	Outils de travail	Travail collaboratif
Exemples détaillés	Exercices fondés sur des cas pratiques	Tutorat par des pairs
Démonstrations	Jeux de rôle	
	Simulations	
	Recherches guidées	
	Projets	

Figure 2. Approches pédagogiques dans le cadre du e-learning (Source : Ghirardini B. FAO 2012)

Une stratégie d'évaluation est à envisager pour le programme. Elle doit être cohérente avec les objectifs de la formation envisagée. Elle est classiquement de 3 types : évaluation formative, confirmative ou sommative.

#### C. Développement

L'expert du sujet fournit les éléments du contenu du cours. Ils sont transformés en scripts par le développeur web et le concepteur graphique. Les **scripts (storyboards) sont la structure visible** par l'apprenant du programme de e-learning. Ils représentent le « noyau » du cours.

Le programme de e-learning se découpe en différentes parties qui sont usuellement appelées des « e-leçons » (unité d'enseignement du programme de e-learning). Une e-leçon est interactive, elle présente comme structure : des objectifs d'apprentissage, une introduction, un contenu, un résumé.

Les techniques pour présenter ce contenu sont variables : narration, approche basée sur un scénario, approche boîte à outils, méthode démonstration-pratique. Des éléments multimédias sont intégrés : texte, image (décorative, représentationnelle, mnémotechnique, organisationnelle, relationnelle, etc.), animation, audio, vidéo.

Des exercices et des tests d'évaluation sont élaborés et présents le long de la e-leçon. Ils visent différents objectifs : mémoriser des faits, améliorer la compréhension des concepts et des processus, appliquer des procédures et des principes stratégiques. Le format des exercices de la e-leçon peut être : des questions à réponses multiples, faire des associations, disposer des éléments suivant un ordre, remplir les espaces d'un exercice à trou, des questions à réponses ouvertes courtes, etc.

#### D. Mise en œuvre

Le ou les facilitateurs ont un rôle majeur pour planifier les activités et faciliter les activités d'apprentissage auprès des participants. Ils utilisent des outils de communication pour l'apprentissage en ligne. Ces outils sont classés en 2 groupes :

- les outils asynchrones (indépendant du temps) qui correspondent à l'utilisation de courriels, de forums de discussion, de wikis et d'autres outils partagés : d'édition, de blogs, de webcasting ;
- les outils synchrones (en temps réel) qui correspondent à des temps de contacts en direct au travers de « chats » et de messagerie instantanée, de sondages, de tableaux blancs interactifs ou de partage d'écran, d'outils de partage d'applications, de conférences audio et vidéo, de webcasting en direct.

#### E. Evaluation

L'évaluation dépend du niveau de résultat attendu par la mise en place du programme. Il suit classiquement le modèle de Kirkpatrick en évaluant les différents niveaux que l'apprenant peut atteindre :

- évaluation des réactions des apprenants ;
- évaluation des apprentissages réalisés en termes de connaissances acquises ;
- évaluation des comportements pratiques atteints ;
- évaluation des résultats cliniques obtenus.

### 4. Les différentes étapes d'un cours de e-learning proposé à des professionnels

- Le programme de e-learning nouvellement créé fait l'objet de promotion pour être lancé. Il est souhaitable de cibler le public visé autant que possible dans la stratégie de communication.
- Les participants recrutés sont incités à utiliser la plateforme de e-learning au cours d'activités préparatoires afin de les familiariser à son utilisation.
- Différents cycles d'activités d'apprentissage sont ensuite réalisés (lectures, visionnages et auto-formation, devoirs individuels et projets de travail en collaboration, partager les réflexions, poser des questions, discussions initiées par le facilitateur en ligne, discussion spontanées). Il s'agit de ce qui peut être appelé « le noyau » du cours.
- L'évaluation finale permet de finaliser le programme pour les participants, lorsque le seuil souhaité de performance est atteint. En cas d'échec, le programme peut orienter vers les zones déficitaires et orienter vers des e-leçons spécifiquement adaptées.
- La plupart des programmes de e-learning propose un feedback aux participants et une conclusion du travail réalisé pour intégrer les acquis obtenus.

### 5. Qualité et Norme de qualité

Il existe plusieurs normes de qualité des programmes de e-learning. Trois ont été identifiées :

- une norme de qualité composé de 51 critères regroupés sur 7 domaines (ECBCheck Criteria : <http://ecbcheck.efquel.org/criteria-2/>).
- Le Conseil Européen d'Accréditation de la Formation Médicale Continue (EACCME) : définit 28 critères pour l'accréditation des outils de formation à distance (disponible sur [http://uems.eanm.org/committees/cme\\_accréditation/EACCME\\_guidelines\\_eLearn.pdf](http://uems.eanm.org/committees/cme_accréditation/EACCME_guidelines_eLearn.pdf)).
- Le groupe de Rome a développé une liste de 16 critères pour l'accréditation des programmes de formation continue médicale à distance (Maisonneuve H, Chabot O. L'Internet en formation médicale continue : aussi efficace que les formations dites présentiellees. Presse Med 2009;38:1434-42 avec son complément électronique : Recommandations pour l'accréditation des formations à distance).

## 6. Mixité de programme présentiel et e-learning

- Le e-learning peut être intégré dans un apprentissage mixte (présentiel et à distance). Dans ce cas, les informations de e-learning suivent le modèle « *Programme Flow* » (activités d'apprentissage linéaires). Le e-learning intervient avant ou après la formation présentielle ou à ces 2 moments.

NB : A noter que le e-learning fait partie de la formation à distance. Cette dernière peut comprendre également des supports d'apprentissage papiers ou des compilations d'articles ou de médias audio-visuels (vidéo, conférences téléphonique, DVD, ou autre support numérique).

**Variantes ou synonymes de la méthode : EAO (Enseignement assisté par ordinateur), FOAD (Formation Ouverte et/ou A Distance)**

## DESCRIPTION

Pour qu'une formation e-learning puisse correspondre à une méthode de DPC, elle doit nécessairement comporter :

- **les étapes suivantes :**
  - une **acquisition ou approfondissement de connaissances ou de compétences**. Celle-ci comporte des communications « sous format électronique » et des activités interactives constituant le didacticiel.
  - une **modalité de transfert des acquis** sur le terrain (messages-clés synthétisés sur des documents explicites ou des envois par adressage électronique).
  - un **dispositif de suivi** de l'acquisition des connaissances/compétences organisé.
- la formation en ligne peut proposer différents **niveaux d'intégration**. Pour que la formation en ligne puisse être reconnue comme activité de DPC le niveau 2 de Gilbert est le niveau minimum d'intégration (cf. pour en savoir +). Cela correspond à une diffusion du cours en format Web, Powerpoint ou PDF ; un courriel de contact ; un forum général avec un modérateur ; des liens pertinents ; des activités d'apprentissage en ligne ; des auto-évaluations ; des tests objectifs formatifs. Le niveau 3 inclut des exercices interactifs, des simulations, des études de cas avec analyse et rétroactions automatisées, etc.
- un **système d'apprentissage utilisant un LMS** (Learning Management System), un VLE (Virtual Learning Environment) ou équivalent (avec un front office et un back office présents) est utilisé et doit permettre de suivre le « *parcours électronique* » de l'apprenant. Ces systèmes sont compatibles avec des normes techniques et pédagogiques d'interopérabilités (SCORM ou autres). Un module de mise à niveau technologique est proposé pour permettre aux utilisateurs d'utiliser correctement le programme/didacticiel.
- les **différentes composantes du programme** sont réalisées et tracées : événement de lancement, activité d'apprentissage préparatoire (documents préparatoire, adaptation à la plateforme, etc.), cycle d'activités d'apprentissage (lectures, visionnages et auto-formation, devoirs individuels et projets de travail en collaboration, partager les réflexions, poser des questions, discussions initiées par le facilitateur en ligne, discussion spontanées), évaluation finale, feedback et conclusion. Ces composantes sont dépendantes de la stratégie pédagogique mise en place pour répondre aux besoins pédagogiques de l'apprenant.
- la **durée complète** de réalisation de l'ensemble de ces composantes est indiquée au participant.
- l'identification et le rôle des différents **acteurs du programme** sont spécifiés pour : le(s) concepteur(s) graphique, l'/les expert(s) du sujet, les développeurs web et le(s)s créateurs multimédia, le(s) facilitateur(s) et tuteur(s) en ligne, le(s) spécialiste(s) du support technique.
- les **dates de conception du programme et de ses mises à jour** sont explicites. La durée de vie du programme est argumentée notamment pour son renouvellement.
- Les bases de données utilisées et concernant les médicaments sont des bases certifiées par la HAS.

L'activité de e-learning doit être complétée par un temps **d'analyse des pratiques** qui peut être :

- soit intégré à la démarche lors d'une auto-évaluation des pratiques (sous forme de questionnaire des pratiques réelles du participant) ou lors d'une évaluation des pratiques des participants par le programme de e-learning. Dans ces cas, le retour des résultats de ces évaluations vers les professionnels est organisé. Il peut s'agir également d'une évaluation des besoins ayant permis d'orienter vers le programme de formation e-learning adapté.
- soit externalisé, en complément de l'activité et correspondant au thème du programme de DPC.

## TRAÇABILITE

Les documents requis pour le e-learning sont :

- ▶ Le document rédigé par le promoteur du programme de formation en ligne qui décrit précisément les conditions de navigation, d'organisation, de réalisation (notamment le programme et les objectifs pédagogiques) et d'évaluation de la formation en ligne. Le public cible y est précisé, de même que l'expertise des concepteurs/intervenants de la formation en ligne.

Ce document précise également :

- Le type de stratégies pédagogiques utilisées par le programme de e-learning pour répondre aux besoins identifiés des apprenants et qui justifient le programme.
- Les parcours électronique types du/des participants.
- Le temps passé (« frise chronologique ») sur les différents cycles d'activités d'apprentissage proposées (préciser le pourcentage de temps d'interaction avec un facilitateur/tuteur).
- Les critères d'évaluations utilisés pour évaluer la performance de l'apprenant et le score global obtenu.
- Les éléments de suivi utilisés après le programme de formation.

- ▶ Les déclarations d'intérêts des concepteurs et des intervenants sont publiques et disponibles.

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un « **bilan individuel d'activité** ». Celui-ci doit notamment permettre de justifier la pertinence du choix de la formation par e-learning entreprise, avec l'activité et les objectifs du professionnel.

1. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemple : historique du parcours réalisé dans le programme de e-learning, résultats d'évaluation, fiche de suivi d'action, et le cas échéant, ceux concernant l'activité d'analyse des pratiques réalisée.

### Pour en savoir +

- Childs S, Blenkinsopp E, Hall A, Walton G. Effective e-learning for health professionals and students: barriers and their solutions. A systematic review of the literature findings from the HeXI project. Health Info Libr J 2005;22(Suppl.2):20-32
- Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-Based Learning in the Health Professions. A Meta-Analysis. JAMA 2008;300(10):1181-96
- Ghirardini B. Méthodologies pour le développement de cours e-learning. FAO 2012 <http://www.fao.org/docrep/015/i2516f/i2516f.pdf> (le 05/10/2012)
- Gilbert D. La conception d'un site web éducatif. Guide. Université Laval (Canada). 154 pages. <http://apic.ulaval.ca/guidew3educatif/pdf/GuideWebEducatif.pdf> (le 23/08/2012)
- Kulier R, et al. Harmonising Evidence-based medicine teaching : a study of the outcomes of e-learning in five european countries. BMC Med Educ 2008;8:27. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/8/27> (le 20/06/2012)
- Maisonneuve H, Chabot O. L'Internet en formation médicale continue : aussi efficace que les formations dites présentielles. Presse Med 2009;38:1434-42 avec son complément électronique : Recommandations pour l'accréditation des formations à distance
- Mazzleni MC, Rognoni C, Finozzi E, Giorgi I, Pugliese F, Landro M, Imbriani M. Usage and effectiveness of e-learning courses for continuous medical education. Med Inform 2009;921-5
- Ruiz JG, Mintzer MJ, Leipzig M. The impact of E-learning in Medical Education. Acad Med 2006;81(3):207-12
- US Department of education. Evaluation of Evidence-Based Practices in online learning : a meta-analysis and review of online learning studies. 2010. <http://www2.ed.gov/rschstat/eval/tech/evidence-based-practices/finalreport.pdf> (le 05/10/2012)
- Wong G, Greenhalgh T, Pawson R. Internet-based medical education : a realistic review of what works, for whom and in what circumstances. BMC Medical Education 2010;10:12.
- Wutoh R, Boren SA, Balas EA. eLearning : a review of Internet-based continuing medical education. J Contin Educ Health 2004;20-30

# Développement professionnel continu

## Formation diplômante et certifiante

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la participation des professionnels à une formation diplômante ou certifiante (autres que les D.U. validés par les commissions scientifiques\*), dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

Une formation diplômante ou certifiante dans le domaine de la santé permet d'acquérir/approfondir de nouvelles compétences ou des connaissances complémentaires. Elle est validée par l'acquisition d'un diplôme ou d'un certificat. Lorsqu'elle est réalisée par un professionnel de santé **en dehors de son cursus de formation initiale**, la formation suivie peut contribuer au développement professionnel continu.

Il peut s'agir de formations qui permettent la délivrance d'un **diplôme national** sanctionnant la réussite à un examen organisé et validé par l'Etat. Il est délivré au nom d'un Ministère (Education Nationale, Enseignement Supérieur, Santé ...), sa validité est permanente.

En France, les universités délivrent des diplômes nationaux avec le **grade** correspondant. Les 3 grades de l'enseignement supérieur, licence, master, doctorat, correspondent à des paliers de formation européens.

Il peut s'agir également de **certificats** délivrés par un établissement, une école, ou une organisation en son nom (on parle aussi de diplôme d'établissement). Ces établissements sont responsables du contenu et de l'évaluation de la formation proposée. L'établissement peut demander une habilitation de l'Etat pour conférer un grade à la formation qu'il propose. Un **diplôme d'Université** (D.U.) est un diplôme d'établissement (non national) dont l'université est la seule initiatrice.

Le Répertoire National des Certifications Professionnelles (**RNCP**) contient la liste des certifications reconnues sur l'ensemble du territoire national. Une formation inscrite au RNCP a été évaluée et certifiée par la Commission Nationale de la Certification Professionnelle (CNCP). Sont enregistrés de droit dans le RNCP tous les diplômes nationaux délivrés par l'Etat. Tous les autres diplômes et certificats à finalité professionnelle peuvent être enregistrés, à la demande des organismes qui les ont créés, après avis de la CNCP et pour une durée précise (1 à 5 ans).

\* Certains D.U. validés par les Commissions Scientifiques (indépendantes ou du haut conseil des professions paramédicales) permettent aux professionnels de valider automatiquement leur DPC. Ils ne sont pas concernés par cette fiche (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).

## Types de formations concernées :

- Licence
- Master
- Doctorat
- Diplôme d'Université (hors ceux validés par les commissions scientifiques)
- Certificat
- Capacité
- Brevet

## DESCRIPTION

De nombreuses **méthodes pédagogiques** sont disponibles et peuvent être utilisées dans ces formations. Cependant la meilleure connaissance des modes d'acquisition des connaissances/compétences chez l'adulte, a conduit à des développements spécifiques. En effet, la motivation pour une formation chez un adulte est déterminée par ses besoins et la nécessité d'agir. De même, l'expérience et le vécu professionnel est également un facteur majeur d'apprentissage et il est souhaitable que l'orientation de la formation se réalise prioritairement autour de problèmes rencontrés ou à partir de situations réelles afin d'obtenir l'adhésion du professionnel et garantir sa motivation.

Toutes ces méthodes utilisent des **moyens/outils** pédagogiques variés et adaptés (cours, atelier, diaporama, vote électronique, etc.)

Pour la délivrance du diplôme ou du certificat, une **évaluation** est requise. Elle sanctionne (positivement ou négativement) la formation. Elle a pour but de certifier l'acquisition des connaissances/compétences du participant (on parle d'évaluation sommative). Elle est réalisée par un contrôle continu, un examen ou par un système mixte. Cette évaluation est critériée lorsque ses résultats sont comparés à un critère ou une cible prédéfinie à atteindre.

Une formation diplômante ou certifiante éligible au titre du DPC comporte donc :

- **Un temps d'acquisition ou d'approfondissement de connaissances ou de compétences** dans le domaine de la santé et planifié de manière explicite (volume horaire, dates, lieu, modalités : cours, travaux dirigés, ateliers..).
- **Une modalité de transfert des connaissances/compétences** avec des **supports pédagogiques** (papiers ou électroniques) mis à disposition des participants.
- **Un dispositif d'évaluation qui sanctionne la délivrance du diplôme ou du certificat.** Il peut s'appuyer sur une analyse des pratiques.

**Nota bene :** L'activité de formation doit être complétée par un temps **d'analyse des pratiques** qui peut être :

- soit intégré à la démarche cognitive par exemple au moment de l'identification des besoins de formation ou encore lors de l'évaluation de l'impact de la formation,
- soit externalisé, en complément de l'activité cognitive et correspondant au thème du programme de DPC.

## TRAÇABILITE

Les documents suivants sont requis :

Le(s) document(s) rédigé(s) par le promoteur de la formation qui décrit précisément : le type de diplôme ou de certificat délivré, les conditions d'organisation, de réalisation (notamment le programme, les objectifs pédagogiques, les intervenants), et d'évaluation de la formation. Le public cible y est précisé, de même que la composition des comités d'organisation et pédagogique.

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un bilan individuel d'activité. Celui-ci doit permettre notamment de justifier la pertinence du choix de la formation avec l'activité et les objectifs du professionnel.
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés notamment le diplôme ou le certificat obtenu et, le cas échéant, ceux concernant l'activité d'analyse des pratiques réalisée.

### Pour en savoir +

- Conseil National de l'Ordre des Médecins. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-diplomes-delivres-949>
- Hadji C. L'évaluation, règles du jeu. Les Editions ESF. 6ème édition 2000, Paris.
- Laurier M., Tousignant R., Morissette D. Les principes de la mesure et de l'évaluation des apprentissages. Gaëtan Morin Editeur. 3<sup>ème</sup> édition, 2005, Montréal, Canada.
- ONISEP. Formation : quels labels de qualité ? <http://www.onisep.fr>
- Raynal F, Rieunier A. Pédagogie : dictionnaire des concepts clés. Les Editions ESF. 6<sup>ème</sup> édition 2007, Paris.
- Répertoire et Commission Nationale de Certification professionnelle (RNCP et CNCP) <http://www.cncp.gouv.fr/site/cncp/Accueil35701>



## Développement professionnel continu

# Les revues de mortalité et de morbidité (RMM)

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la participation des professionnels à une Revue de Mortalité et de Morbidité, dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche "Méthodes et modalités de DPC".

## DÉFINITION

Une Revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique\* de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient (événement indésirable), et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

\* L'analyse systémique, menée lors de la RMM, est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus. À l'issue de cette analyse des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

### Variantes :

- Comité de retour d'expérience (CREX),
- Revue des erreurs médicamenteuses (REMED),
- Analyse des événements indésirables.

## DESCRIPTION

### 1. Pré-requis

- engagement et adhésion des acteurs aux principes de la RMM,
- rédaction, adoption et diffusion d'une procédure RMM,
- désignation d'un responsable de l'organisation de la RMM.

### 2. Avant la réunion

- recueil et sélection des cas, accord des professionnels concernés,
- recherche des références (scientifiques, réglementaires, éthiques, organisationnelles) pertinentes,
- répartition des tâches au sein de l'équipe ;
- invitation des professionnels et ordre du jour.

### 3. Pendant la réunion

- désignation d'un secrétaire de séance ; puis chaque cas sélectionné fait l'objet d'une démarche structurée en 4 étapes qui va permettre d'évaluer les pratiques professionnelles réalisées :
- **Étape 1** : Présentation du cas : Que s'est-il passé ?  
Description chronologique des faits, complète, précise et non interprétative.
- **Étape 2** : Recherche et identification de problèmes de soins : Comment est-ce arrivé ?
- **Étape 3** : Recherche de causes : Pourquoi est-ce arrivé ? (approche systémique).

Pour chaque problème de soin rencontré et identifié (cf. étape 2), une recherche des causes, c'est à dire des facteurs favorisants ou contributifs (institutionnels, d'organisation, liés à l'environnement de travail, au fonctionnement de l'équipe, aux procédures opérationnelles, aux individus, au patient) est réalisée. L'analyse de la récupération éventuellement mise en œuvre pour rétablir la situation est réalisée.

- **Étape 4** : Synthèse et proposition d'un plan d'action d'amélioration de la qualité et de la sécurité : Qu'avons-nous appris ? Quelles actions mettre en œuvre ? Les actions d'amélioration peuvent comporter ou correspondre à une formation. Le suivi des actions entreprises est organisé.

### 4. Après la réunion

- rédaction d'un compte rendu anonyme pour chaque réunion ;
- assurer le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre ;
- prévoir la rédaction d'un bilan annuel d'activité de la RMM ;
- assurer la communication, l'information et la formation de l'équipe (retour d'expérience).

**N.B.** : Ces réunions se tiennent régulièrement tout au long de l'année afin d'assurer la pérennité de la démarche. Leur fréquence est définie dans la charte ou procédure RMM. La confidentialité des informations et des données personnelles des professionnels est garantie.

## TRAÇABILITE

Les documents requis pour une RMM sont :

- une charte ou procédure ou règlement intérieur de la RMM qui en précise l'organisation et le fonctionnement,
- un compte rendu de chaque réunion RMM avec liste de présence des participants,

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel d'activité**.
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemples : attestation de présence aux réunions, fiche de suivi d'action d'amélioration, attestation de présence à une formation, résultats d'évaluation, nouvelle procédure de prise en charge, suivi d'indicateurs etc.

### Pour en savoir +

- Guide méthodologique RMM – HAS (2009) disponible en téléchargement sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) .
- Brochure de synthèse RMM – HAS (2009) disponible en téléchargement sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) .
- Transforming the Morbidity and Mortality Conference into an instrument for systemwide improvement. Deis J, Smith K, Warren M, Throop P, Hickson G, Joers B, Deshpande J. in *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Volume 2, AHRQ Publication Nos. 08-0034 (1-4). July 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- Gaëlle Bal, Sandra David, Elodie Sellier, Patrice François. Intérêt des revues de mortalité et de morbidité pour la formation des médecins et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : revue de la littérature : *Presse Med*. 2010; 39: 161-168
- Mortality and morbidity meetings: an untapped resource for improving the governance of patient safety ? Higginson J, Walters R, Fulop N. *BMJ QualSaf* 2012.doi:10.1136/bmjqs-2011-000603

## Développement professionnel continu

# Les staffs d'une équipe médico-soignante, Les groupes d'analyse de pratiques (GAP), Les pratiques réflexives sur situations réelles

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la participation des professionnels aux staffs (en établissements de santé) et à des groupes d'analyse de pratiques (en exercice ambulatoire), dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

Il s'agit d'un groupe de professionnels (le plus souvent une dizaine) qui se réunit régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leurs pratiques. A partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées, les données de littérature scientifique et professionnelle sont prises en compte. Une posture réflexive est alors adoptée permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions afin d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle. La " pratique réflexive " amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle se soit déroulée.

Ces réunions à l'occasion desquelles sont présentés et discutés des dossiers de patients, sont une pratique courante et ancienne de nombreuses équipes. L'organisation et le contenu de ces réunions sont souvent extrêmement variés et peu formalisés.

La HAS souhaite valoriser ces démarches en équipe, intégrées à l'exercice clinique et qui portent en elles-mêmes, à la fois un volet d'évaluation qui permet aux professionnels d'analyser les données de leurs pratiques, et un volet d'amélioration des connaissances et donc de formation continue à travers l'appropriation des bonnes pratiques recommandées.

Le principe retenu pour en faire une démarche de DPC est de formaliser certaines de ces réunions afin de mettre en place une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

### Variantes :

- Réunion de service / de secteur d'activité / de pôle / d'unité
- Analyse / étude de cas
- Groupe qualité (GQ), cercles qualité
- EBM (Evidence Based Medicine) meetings
- Groupe d'analyse de pratiques entre pairs (GAPP)
- Groupe de pratiques de l'Unaformec (GPU)

- Groupes d'échanges de pratique (GEP), groupe d'échanges et d'analyse de pratiques (GEAP)
- Groupe local d'amélioration des pratiques de la SFTG (GLAP)
- Groupe de pairs de la la SFMG (GDP)

## DESCRIPTION

Il s'agit d'une démarche entre professionnels de santé (si possible pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnel) organisée autour de 4 étapes :

1. Une **sélection de dossiers ou de situations cliniques** de manière explicite par le groupe qui fait émerger un **questionnement** sur des domaines variés et qui posent problème (modalités de prise en charge, diagnostic, traitement, pronostic, iatrogénie, qualité et efficacité des soins, cas clinique, etc.).

Cette sélection peut se faire selon plusieurs critères :

- existence d'un problème, question restée sans réponse ou au contraire patient pris au hasard
- en référence à un thème (exemple : diabète de type 2) ou, au contraire, sélection d'un patient « tout venant ».

Dans tous les cas ces situations cliniques correspondent à des patients effectivement pris en charge par les participants.

2. Une **recherche bibliographique pour identifier et sélectionner les données de littérature scientifique et professionnelle** en rapport avec les situations cliniques rencontrées et permettant d'apporter des réponses aux questions posées. Ces références sont communiquées aux membres du groupe et leur permettront d'acquérir ou d'approfondir leurs connaissances / compétences sur le thème choisi. Cette étape peut faire l'objet d'une formation sur le thème pour faciliter l'appropriation des références ou recommandations professionnelles.
3. Une **présentation de chaque situation clinique** par les participants à tour de rôle en réunion (Staff ou GAP). Cette présentation permet d'**analyser collectivement la prise en charge et les problèmes rencontrés**. Les réponses à apporter par le groupe sont issues des données de la littérature scientifique et professionnelle sélectionnées. Pour cela on utilise une démarche médicale basée sur les preuves (Evidence Based Medicine ou EBM) qui intègre : les meilleures références disponibles couplées à l'expertise des professionnels de santé et tenant compte des choix des patients.

La durée de la réunion est d'environ deux heures par exemple pour un GAP. Un professionnel, participant volontaire ou un professionnel extérieur au groupe\*, anime la réunion en facilitant :

- la dynamique du groupe en gardant à l'esprit les objectifs du projet et en répartissant le temps de parole ;
- l'identification par les participants des problèmes posés par le dossier présenté, les déterminants de leurs décisions, les savoirs mobilisés et les obstacles à l'intégration des données de la science ;
- les échanges et les confrontations de pratiques ;
- l'identification de questions non résolues nécessitant un approfondissement de recherche bibliographique et/ou de preuve dont est chargé un participant volontaire ;
- le choix d'actions d'amélioration des pratiques et le suivi de leur mise en place (évaluation de leur appropriation voire mesure d'impact, retour d'expérience, nouvelles actions à mettre en œuvre).

*\*chaque participant peut, à tour de rôle, remplir la fonction d'animateur.*

A l'issue de la réunion, un compte rendu est rédigé résumant les problèmes posés et les réponses apportées par le groupe, les références utilisées, les prises de décision consensuelles, la ou les actions d'amélioration des pratiques choisies et le suivi de leur mise en place.

4. A l'issue de cette analyse, **des actions d'amélioration et des modalités de suivi** sont mises en place (exemples : rédaction de nouveaux protocoles, chemin clinique, suivi d'indicateurs, enquête de satisfaction patient, suivi périodique des actions entreprises, comparaison à un référentiel par audit ou auto-évaluation, adoption de recommandations etc.). Ces actions d'amélioration peuvent comprendre ou correspondre à une formation. Par ailleurs si des questions restées sans réponses ont été sélectionnées, une recherche bibliographique complémentaire est réalisée. Son résultat est diffusé aux participants, le cas échéant présenté à la prochaine réunion.

**Remarque** : les étapes 1 et 2 peuvent être inversées. A partir d'une revue bibliographique pertinente à propos d'un thème choisi par le groupe en fonction de ses besoins ou du projet du secteur d'activité, on sélectionne des dossiers afin d'analyser ses pratiques.

N.B. : Ces réunions se tiennent régulièrement tout au long de l'année afin d'assurer la pérennité de la démarche. Leur fréquence est définie dans une charte ou procédure ou règlement intérieur. Les professionnels doivent s'engager à participer régulièrement aux réunions. La confidentialité des informations et des données personnelles des professionnels est garantie.

## TRAÇABILITE

Les documents suivants sont requis :

- charte ou procédure ou règlement intérieur du Staff DPC ou du GAP qui en précise l'organisation et le fonctionnement,
- compte rendu écrit de chaque réunion avec liste de présence des participants.

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant **chaque année un bilan individuel d'activité**.
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemples : compte-rendus de réunion, attestations de participation aux réunions, fiche de suivi d'action d'amélioration, attestation de présence à une formation, résultats d'évaluation, nouvelle procédure de prise en charge, suivi d'indicateurs etc.

### Pour en savoir +

- Brochure de synthèse « Staff EPP » – HAS (2007) disponible en téléchargement sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
- Sackett D.L., Rosenberg W., Muir Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.
- Haynes B., Devereaux P., Guyatt G. Clinical expertise in the era of evidence based medicine and patient choice. Evidence-BasedMedicine2002;7:36-8.
- Lockwood D., Armstrong M., Grant A. Integrating evidence based medicine into routine clinical practice: seven years' experience at the Hospital for Tropical Disease. BMJ 2004;329:1020-3.
- Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration : effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). The Cochrane Collaboration 2009.
- François P et al., Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale, Presse Med (2012).
- Wensing M et al. Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. Pharmacoepidemiol Drug Saf (2009).
- Prescrire Rédaction. Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses : intérêt confirmé. Rev Prescrire (2008).
- Riou F et al. Results of a 12-month quality-circle prescribing improvement programme for GPs. Br J Gen Pract (2007).

## Développement professionnel continu

# Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

## Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013

Cette fiche technique décrit la participation des professionnels à une RCP dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines et dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment. Les décisions peuvent concerner la stratégie diagnostique et thérapeutique initiale ou lors d'une reprise évolutive ; ou la décision d'une stratégie palliative. Les RCP sont la règle pour la prise de décision en oncologie (cancérologie, hématologie), depuis le plan Cancer 2003-2007, consolidé par le plan Cancer 2009-2013. Toutefois elles ne sont pas exclusives à l'oncologie et cette méthode peut être utilisée dans d'autres spécialités, notamment pour des prises en charge complexes.

Au cours des RCP, les dossiers des patients, présentés par le médecin référent ou un autre professionnel, sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient.

## DESCRIPTION

- ▶ En oncologie, la RCP s'impose pour la prise de décision de tous les malades et se déroule dans un ES ou groupement d'ES ou un réseau de cancérologie, dans le cadre des Centres de Coordination en Cancérologie (3C).
- ▶ En cas de situation clinique faisant l'objet d'une prise en charge standard de validité incontestable, celle-ci peut être mise en route sans attendre une réunion de concertation, mais le dossier devra être ultérieurement présenté pour être entériné et cette prise en charge enregistrée et archivée.
- ▶ Une RCP implique que soient représentées toutes les disciplines indispensables pour le diagnostic (clinicien concerné, et, selon les spécialités : anatomo-pathologiste, radiologue, bactériologiste ou virologue, biologiste...) et pour le traitement (médecin, chirurgien, radiothérapeute...).
- ▶ En oncologie, pour être jugée valable, une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. Dans le cas contraire, le dossier doit être représenté avec le spécialiste

manquant dans les plus brefs délais. La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire.

## 1. Organisation de la RCP

L'organisation de la RCP doit être formalisée avec un rythme clairement établi adapté à la spécialité et à l'activité (mais doit être d'au moins 2 fois par mois en oncologie) et doit comprendre :

- un coordonnateur (qui peut varier dans le temps). Son rôle est d'établir la liste des patients dont le dossier doit être analysé à la prochaine réunion, d'en avertir les professionnels membres « permanents » de la RCP ainsi que le médecin référent des patients, et de convoquer le cas échéant des représentants de disciplines utiles pour les discussions envisagées,
- un secrétariat,
- la traçabilité systématique de toutes les décisions, dont au moins un exemplaire doit être placé dans le dossier du malade (papier ou électronique),
- l'indication du référentiel utilisé (qui doit être validé : recommandations de la HAS, recommandations internationales ou consensus écrit établi par la profession), ou le cas échéant de l'essai thérapeutique qui serait proposé au patient.
- le nom du médecin/professionnel référent qui doit assurer le suivi de la décision (explication au patient et organisation de la prise en charge) est précisé.

## 2. Analyse des dossiers patient

Au cours de la RCP, le dossier de chaque patient est présenté à tour de rôle et la prise en charge est définie collectivement sur la base des référentiels retenus. Elle se traduit par un projet explicite (exemple : plan de personnalisé de soins...).

La RCP procède régulièrement à l'évaluation :

- de la pertinence des classements entre simple présentation et demande de discussion,
- de l'adéquation des décisions avec les recommandations,
- de la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré.

L'appropriation des recommandations ou des référentiels utilisés lors de la RCP peut faire l'objet d'une action de formation spécifique.

## 3. Avis de la RCP

L'avis de la RCP comporte la date, la proposition thérapeutique ainsi que les noms et qualifications des participants.

Il est intégré dans le dossier du patient. Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin référent et inscrites dans le dossier patient. Un recueil permettant de noter à chaque réunion le nom des participants, celui des patients dont les dossiers sont évalués, et la décision prise, est tenu à jour par le secrétariat.

La validation de la participation à une activité de RCP dans le cadre de l'exigence du DPC pour un médecin implique cependant une présence régulière aux RCP (d'au moins 6 à 8 par an) et la confirmation écrite de l'application par ses soins des décisions de la RCP pour le patient dont il a la charge (ou la raison argumentée de sa non application).

## TRAÇABILITE

Les documents requis pour une RCP sont :

- une charte ou procédure ou règlement intérieur de la RCP qui en précise l'organisation et le fonctionnement,
- un compte rendu de chaque réunion avec liste de présence des participants.

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel d'activité**.
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemples : compte rendus de réunion avec noms des participants, fiche de suivi d'action d'amélioration, attestation de présence à une formation, résultats d'évaluation, nouvelle procédure de prise en charge, suivi d'indicateurs etc.

### Pour en savoir +

- Circulaire DHOS /SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.
- Plan cancer 2003-2007 et 2009-2013 : <http://www.plan-cancer.gouv.fr/>
- Site de l'Institut National du Cancer (INCa) : <http://www.e-cancer.fr/>
- Cahier des charges des RCP, projet CompaqH : [http://www.compaqhpst.fr/data/indicateurs/29\\_CDC\\_RCP\\_V3.pdf](http://www.compaqhpst.fr/data/indicateurs/29_CDC_RCP_V3.pdf)



## Développement professionnel continu

# L'analyse et l'amélioration de la pertinence des interventions de santé

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la réalisation d'une analyse et d'une amélioration de la pertinence des interventions de santé dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

**La bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient.**

En anglais *appropriateness*, la **pertinence** se focalise sur les **indications et non indications** des interventions de santé (toute activité visant à préserver ou améliorer la santé d'une population, promotion de la santé, prévention, action diagnostique, action thérapeutique, etc). Elle est définie par des soins nécessaires et appropriés, c'est-à-dire avec un bénéfice attendu (augmentation de l'espérance de vie, soulagement de la douleur, réduction de l'anxiété, amélioration des capacités fonctionnelles) supérieur aux conséquences négatives éventuelles (mortalité, morbidité, anxiété, douleur, temps perdu). La pertinence prend en compte efficacité, sécurité et coût relatif. Dans un système aux ressources limitées (budget de la santé) qui se veut équitable, l'utilisation optimale et partagée de ces ressources est une exigence de la société. On distingue 3 types de « **non-pertinence** » :

- une mauvaise indication d'intervention de santé ou *misuse* occasionne des risques supérieurs aux bénéfices ;
- une intervention inutile ou *overuse* (utilisation en excès) peut entraîner une perte de chance par le délai occasionné dans le parcours de soins du patient, ou par la gêne occasionnée pour les interventions suivantes (« cicatrice ») ;
- l'absence d'intervention ou *underuse* (sous-utilisation) peut entraîner un retard au diagnostic ou au traitement d'une pathologie.

## DESCRIPTION

La réalisation d'une analyse et d'une amélioration de la pertinence des interventions de santé se déroule en 4 étapes :

### 1. Choisir le changement souhaité dans la pratique professionnelle

Pour **choisir un thème** il est nécessaire de :

- S'appuyer sur des références professionnelles, avec grade connu (niveau de preuve), ainsi que sur les pré-requis de sécurité concernant les compétences des professionnels et l'organisation des soins. Cette étape peut faire l'objet d'une formation pour faciliter l'appropriation d'un référentiel le cas échéant.
- Se baser sur l'observation de la pratique réelle.
- Tenir compte de la fréquence de l'intervention de santé que l'on souhaite améliorer, des conséquences en termes de qualité/sécurité des soins, de dépenses de santé ou d'organisation des soins, ainsi que de la faisabilité de la démarche.

Exemple – Éviter les antibiothérapies inutiles dans les angines

Exemple - Éviter les admissions inutiles à l'hôpital

## 2. Comprendre le processus de soins

Un processus de soins décrit le parcours du patient. Chaque étape du processus correspond à une activité professionnelle individualisée auprès du patient durant son parcours.

Il s'agit de **décrire le processus souhaité** du déroulement des soins et/ou de la prise en charge dans une situation clinique donnée ; de préférence avec tous les acteurs impliqués autour du parcours du patient.

Exemple – Processus de consultation pour fièvre aiguë.

Exemple – Processus des admissions et des journées d'hospitalisation

## 3. Analyser la pratique professionnelle

Il s'agit de **comparer une étape du processus telle qu'elle est observée, à sa description dans le processus souhaité.**

Cela peut être réalisé par des méthodes diverses : revue de pertinence, audit, revue de morbidité, etc....

La pratique observée est décrite par la **mesure** de données extraites des dossiers patients ou de base de données existantes (rétrospectif) ou à partir d'enquêtes (prospectif).

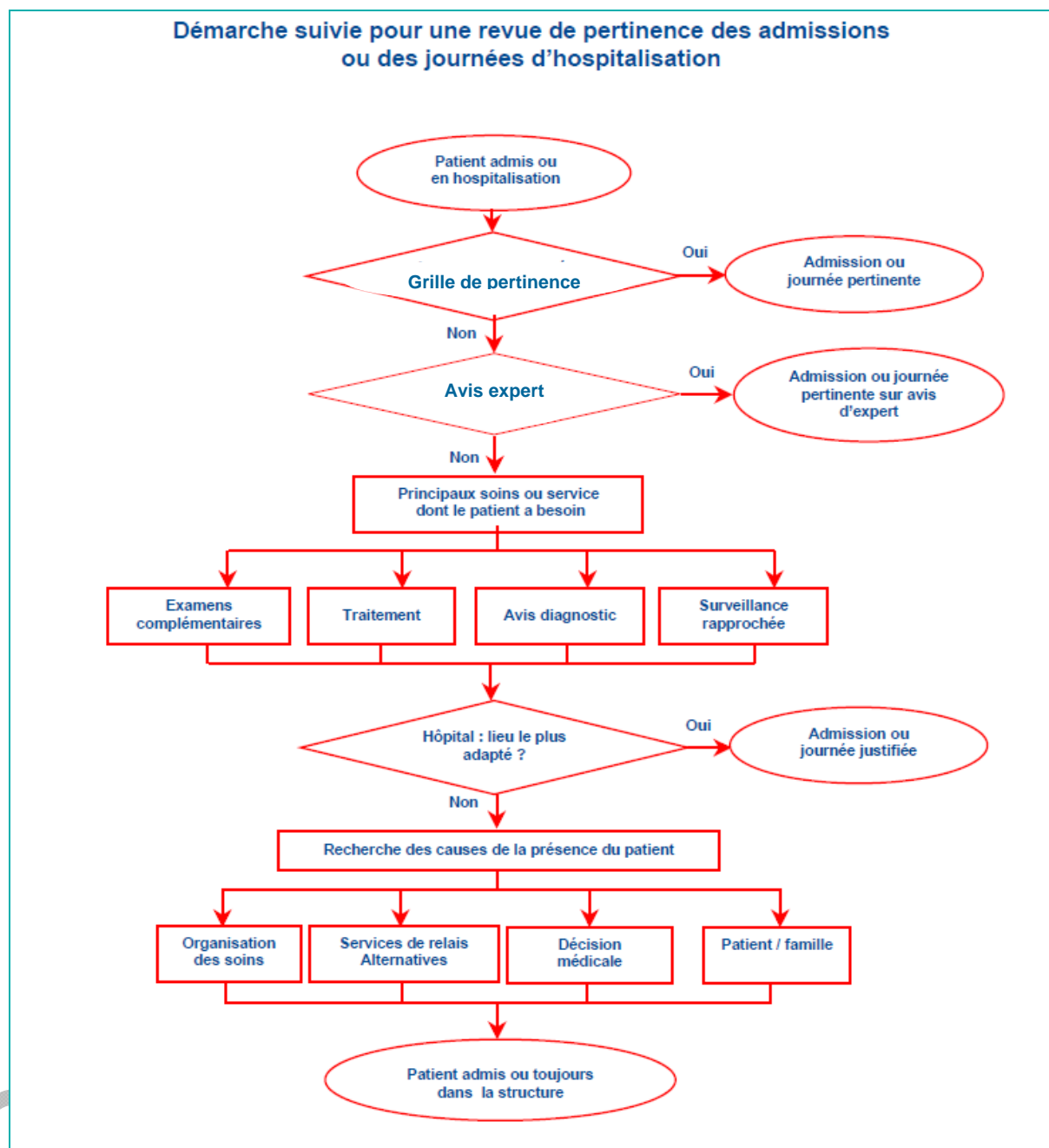
Puis les causes possibles des écarts entre la pratique souhaitée et la pratique constatée sont recherchées.

Exemple - Revue de pertinence de la prescription d'antibiothérapie dans les angines

Reprendre les 10 derniers dossiers avec diagnostic d'angine

- Si le strepto-test est positif, la prescription d'antibiotique est pertinente

Exemple - Revue de pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation.  
(cf. schéma ci-dessous)



#### 4. Améliorer la pratique

Avant de **mettre en œuvre un plan d'actions d'amélioration**, il est nécessaire de :

- Faire plusieurs hypothèses concernant les changements qui permettraient de remédier au problème constaté.
- Tester les solutions envisagées pour identifier celles qui apportent des améliorations.

Exemple - Ajouter des strepto-tests dans la valise de visite à domicile

Une action d'amélioration donne son sens à la démarche. Cette action peut comprendre ou correspondre à une formation.

## TRAÇABILITE

Pour rendre compte d'une analyse de la pertinence, il convient de prévoir :

- Une liste de présence des participants
- Un compte-rendu de décisions comportant au minimum : la description du processus souhaité, les outils utilisés pour comparer la pratique constatée à la pratique souhaitée, les actions d'amélioration mises en place avec leurs suivis et leurs évaluations, ainsi que la mesure du niveau de pertinence des soins.
- Un plan de communication qui précise : le retour d'expérience auprès des participants et la diffusion des connaissances acquises auprès des sociétés professionnelles.

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire leur **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan annuel individuel d'activité**.
2. d'assurer la **traçabilité** de leurs actions en conservant tous les **documents justificatifs** susceptibles de leur être demandés. Par exemple : compte-rendus de décisions ou de réunions attestant leur présence, fiches de suivi d'action d'amélioration, bilans d'activité, attestations de présence à une formation, résultats d'évaluation, nouvelles procédures de prise en charge, suivi d'indicateurs, etc.

### Pour en savoir +

- Haute Autorité de Santé. Revue de pertinence des soins (RPS). St Denis la Plaine : HAS ; 2004.
- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_434809/revue-de-pertinence-des-soins-rps?xtmc=revue\\_de\\_pertinence&xtcr=1](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434809/revue-de-pertinence-des-soins-rps?xtmc=revue_de_pertinence&xtcr=1)
- National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE Pathways: guidance at your fingertips.
- <http://pathways.nice.org.uk/>
- The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. 2001  
[http://www.rand.org/pubs/monograph\\_reports/MR1269.html#toc](http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html#toc)

## Développement professionnel continu

# Le suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit le suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

**Un indicateur de qualité et de sécurité des soins** permet de mesurer un état de santé, une pratique ou la survenue d'un événement, et ainsi d'évaluer la qualité des soins et ses variations dans le temps. C'est un élément indispensable pour le suivi et le pilotage d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins notamment pour mesurer l'impact des actions entreprises<sup>1</sup>.

### Caractéristiques d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins

#### ► Pertinence

L'indicateur permet :

- de refléter les critères de bonne pratique d'un processus de prise en charge
- d'identifier un potentiel d'amélioration de qualité (exemple : diminution de risque s'il s'agit de sécurité)
- d'identifier des différences inter-structures ou inter-organisations de prise en charge
- une aide à la décision

#### ► Validité

L'indicateur a la capacité de bien traduire ce qu'il importe d'analyser et d'évaluer, il a du sens pour les professionnels (Mesure-t-on réellement ce que l'on voudrait mesurer ?).

#### ► Fiabilité

Une mesure est considérée comme fiable si elle produit des résultats constants lorsqu'elle est appliquée de façon répétitive sur un même phénomène (Obtient-on la même valeur si on reproduit la mesure ?)

## ► Faisabilité/Acceptabilité du recueil et de la mesure

L'indicateur est :

- intégré à l'exercice quotidien du professionnel de santé, peu consommateur de ressources, simple et facile à mettre en place et à utiliser.
- formulé de manière claire et sans ambiguïté.

## Comment élaborer les indicateurs pour une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ?

Les professionnels élaborent consensuellement<sup>2</sup> (selon une démarche de type EBM<sup>3, 4</sup>), les **objectifs** d'amélioration et les **critères** de qualité<sup>2, 5</sup>. Ils choisissent les **indicateurs** les mieux adaptés<sup>6</sup>.

Les étapes suivantes sont requises pour élaborer un indicateur :

- A. Partir des pratiques optimales (recommandations de bonnes pratiques)
- B. Définir des objectifs attendus
- C. Définir des critères de qualité<sup>2</sup> (points clés de bonne pratique, points critiques...)
- D. Sélectionner, parmi ces critères de qualité, ceux qui présentent un réel potentiel d'amélioration et qui sont mesurables de façon simple et fiable. Constituer si possible un groupe d'indicateurs cohérents pour le domaine retenu (en évitant les redondances et en répondant à des aspects spécifiques de la qualité des soins<sup>6</sup>).
- E. Présenter chaque indicateur en précisant : le libellé de l'indicateur, la définition de l'indicateur, l'objectif à atteindre, la population concernée, le numérateur, le dénominateur, les modalités de recueil des données, la périodicité, les données précises à recueillir, le seuil d'alerte, les recommandations ou références professionnelles, les remarques éventuelles. Ces informations sont précisées dans une fiche descriptive.

**Note :** Un groupe en charge de l'élaboration de recommandations sur un thème donné peut utilement produire des critères et des indicateurs qualité que les professionnels s'approprient dans le cadre de la démarche présentée dans ce document. De même, des **indicateurs** déjà **validés** (société savante, programmes nationaux [IPAQSS, indicateurs conventionnels etc.) peuvent être retenus. Cela facilite la mise en œuvre des recommandations dans le quotidien et fait gagner un temps précieux.

## DESCRIPTION

Le suivi d'indicateur est organisé autour des étapes suivantes :

### 1. Choix d'un thème

Un thème est sélectionné suite à un questionnement de l'équipe (*modalités de prise en charge, signalement d'un problème de soins, potentiel d'amélioration, résultat d'un audit préalable, priorité d'établissement, nouvelle pratique recommandée à mettre en œuvre*). Le thème est décliné en objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

### 2. Choix des indicateurs à mesurer

Soit les acteurs élaborent eux-mêmes les indicateurs (cf. la méthode ci-dessus) soit ils s'appuient sur un set d'indicateurs existant validés. Dans ce dernier cas, ils identifient et s'approprient la ou les références scientifique(s) utilisée(s) pour élaborer les indicateurs. Cette étape peut faire l'objet d'une formation pour faciliter l'appropriation des indicateurs.

### 3. Recueil des données

Conformément à la fiche descriptive de l'indicateur (cf. étape « E » ci-dessus) **et calcul des résultats**. La confidentialité des données à caractère personnel de santé est respectée conformément à la réglementation en vigueur (Chapitre X de la CNIL<sup>1</sup>[Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés]).

<sup>1</sup> Chapitre X de la Loi informatique et Libertés « Renseignements pratiques sur la procédure de déclaration de traitements de données à caractère personnel de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques et des activités de soins et de prévention » CNIL

#### 4. Restitution des résultats

Une fois calculés, les indicateurs sont transmis aux professionnels. Le retour d'information doit être aussi rapide que possible (immédiat dans la mesure du possible) et peut être accompagné de toutes références ou supports utiles.

#### 5. Identification des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Sur la base de ces retours d'information, des échanges entre participants sont organisés pour analyser les résultats, repérer les points forts et les points faibles ou les difficultés et déterminer les moyens d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Un plan d'actions formalisé est mis en place (exemples : rédaction de nouveaux protocoles, nouvelle organisation, etc.). Ces actions peuvent comprendre ou correspondre à une activité de formation.

#### 6. Suivi

Une nouvelle mesure est réalisée pour évaluer l'impact des actions mises en place, à échéance compatible avec l'effectivité des actions d'amélioration. Des échanges autour des résultats obtenus permettent de suivre la mise en œuvre du plan d'action.

## TRAÇABILITE

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année **un bilan individuel d'activité**. (exemple : Liste des indicateurs suivis dans l'année, résultats des différentes mesures, relevé de décision des réunions d'analyse des résultats des indicateurs avec plan d'actions mis en œuvre) ;
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Il s'agit des documents suivants :
  - liste des indicateurs suivis dans l'année,
  - relevé de décision des réunions de suivi de la démarche avec définition du plan d'action, de suivi de la mise en œuvre du plan d'action, de réévaluation des indicateurs ou actualisation si nécessaire, d'analyse des résultats des indicateurs avec liste de présence des participants,
  - fiche de suivi du plan d'actions, nouvelle procédure de prise en charge, etc.
  - attestation de présence à une activité de perfectionnement des connaissances ou des compétences (exemple : formation, etc.).

### Pour en savoir +

- Maitrise Statistique des Processus en Santé (suivi d'indicateurs). HAS 2005 (Guide et Document 4 pages)
- Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux. ANAES (Guide). Mai 2002.
- Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins - HAS 2012.
- [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) :  
Programmes pilotes [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_677868/programmes-pilotes?cid=c\\_677868](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_677868/programmes-pilotes?cid=c_677868) -  
Indicateurs IPAQSS : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins)

### Références :

- Ornstein S, Jenkins RG, Nietert PJ, et al. *Ann Intern Med* 2004;141:523-32.
- HAS. Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques. Juillet 2007.
- Sackett DL, Rosenberg W, Muir Gray JA, et al. *Evidence-based medicine: what it is and what It isn't*. *BMJ* 1996;312:71-72.
- Haynes B, Devereaux P, Guyatt G. *Clinical expertise in the era of Evidence-based medicine and patient choice*. *Evidence Based Medicine* 2002;7:36-8.
- Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, et al. *BMJ* 2003;326:816-9.

## ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

## Développement professionnel continu

## Le registre de pratiques

## Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la participation des professionnels à un registre dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

Un registre de pratiques est une base de données constituée de données standardisées issues des pratiques professionnelles, le plus souvent à propos d'un thème spécifique. Le recueil et l'analyse de ces données standardisées sont des démarches répandues au sein de nombreuses organisations professionnelles, de sociétés savantes ou de réseaux. L'organisation et le contenu de ces enregistrements peuvent prendre des formes variées : registre, observatoire, base de données.

L'utilisation d'un registre, d'un observatoire ou d'une base de données associée à une démarche d'amélioration de la qualité peut être reconnue comme une démarche de DPC, si elle respecte les conditions décrites dans ce document.

Les registres doivent être conformes à la réglementation en vigueur (aspects CNIL et Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Les registres, observatoires, bases de données utilisés dans le cadre du DPC sont indépendants de toute influence économique, financière ou commerciale pour leur conception, leur mise en œuvre et le suivi des résultats ainsi que pour l'exploitation et la communication de ceux-ci.

**Variantes** : Observatoire, base de données

## DESCRIPTION

Le professionnel de santé participe à une démarche structurée en 4 étapes :

1. **S'engager individuellement dans la démarche.** A cette occasion des informations générales concernant l'activité et les pratiques du professionnel peuvent être recueillies.
2. **Participer au registre**  
Les données issues de sa pratique sur un thème spécifique sont enregistrées selon des conditions définies précisément et préalablement (nombre de cas à inclure, renseignement des items demandés, respect des modalités d'inclusion et des délais, etc.). Des indicateurs de pratiques utilisant des données particulièrement significatives sont calculés et suivis.
3. **Prendre connaissance du retour d'informations** qui lui est délivré à intervalles réguliers.

Il s'agit des résultats de l'analyse des données enregistrées, notamment sous la forme d'indicateurs de pratique.



Les **indicateurs** mis en place, ciblés sur des éléments clés de la pratique et de recueil aisé, permettent d'objectiver la qualité des soins et d'assurer le suivi des démarches d'amélioration entreprises.

Ces informations peuvent être éventuellement complétées par une lettre infos, le rappel des recommandations à mettre en œuvre, des situations cliniques analysées et commentées par des experts du thème, des messages d'alerte éventuels, etc. Cela permet au professionnel de santé d'acquérir/d'approfondir ses connaissances sur le thème choisi. Cette étape peut comprendre une formation sur le thème du registre pour faciliter l'appropriation des recommandations professionnelles.

#### 4. Mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité de ses pratiques.

Cela nécessite la participation à des sessions formalisées d'échanges entre professionnels engagés dans le programme avec un expert du thème (sessions présentielle ou à distance) et la mise en œuvre des actions préconisées (mise en place ou actualisation de protocoles, de chemins cliniques, organisation de la prise en charge, cas cliniques à enseigner, etc.). Ces actions d'amélioration peuvent comprendre ou correspondre à une formation. Dans tous les cas, le suivi (et l'impact) sur les pratiques est mesuré et évalué régulièrement (suivi d'indicateurs, audit, bilan d'activité, enquête ...).



## TRAÇABILITE

Il est nécessaire de prévoir un document rédigé par le promoteur du registre, qui décrit précisément les conditions de réalisation, d'organisation et de fonctionnement du registre.

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel d'activité**.
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemples : résultats des indicateurs suivis, compte-rendus de réunion, fiche de suivi d'action d'amélioration, attestation de présence à une formation, résultats d'évaluation, nouvelle procédure de prise en charge, suivi d'indicateurs etc.

### Pour en savoir +

- Exemples de registres sur le site de la HAS : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) (*taper registres dans le moteur de recherche*)
- Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide. AHRQ. 2nd Edition 2010. <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov>
- Haynes B., Devereaux P., Guyatt G. *Clinical expertise in the era of evidencebasedmedicine and patient choice. EvidenceBasedMedicine*2002;7:36-8.
- Lockwood D., Armstrong M., Grant A. *Integrating evidence based medicine into routine clinical practice: seven years' experience at the Hospital for Tropical Disease. BMJ* 2004;329:1020-3.
- Sabine N. van der Veer, Nicolette F. de Keizer, Anita C.J. Ravelli, Suzanne Tenkink, Kitty J. Jager. Improving quality of care. A systematic review on how medical registries provide information feedback to health care providers. *International journal of medical informatics* 79 ( 2010) 305–323

# Développement professionnel continu

## L'Audit clinique

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la réalisation d'un audit clinique dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche " Méthodes et modalités de DPC ".

#### DÉFINITION

L'Audit clinique est une méthode d'évaluation des pratiques qui mesure les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée (recommandations de bonne pratique...) à partir d'indicateurs (critères d'évaluation).

En fonction des résultats de cette première évaluation, les professionnels mettent en place des actions d'amélioration de la qualité des soins. Ces actions peuvent comporter une activité d'acquisition ou d'approfondissement des connaissances ou des compétences.

L'impact de ces actions est évalué par une nouvelle mesure des écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée selon les mêmes indicateurs.

Variantes ou synonymes de la méthode : l'audit clinique ciblé (ACC), l'audit médical, l'audit infirmier sont des variantes de l'audit clinique.

#### DESCRIPTION

##### 1. Le choix du thème

Le choix du thème est défini en fonction la fréquence de la pratique, du risque encouru par le patient, des problèmes rencontrés, du potentiel d'amélioration et de l'existence de références scientifiques, réglementaires ou professionnelles.

##### 2. Le choix des critères d'évaluation

Les critères d'évaluation (indicateurs) correspondent à un nombre limité d'objectifs d'amélioration de la qualité des soins. Leur détermination s'appuie sur l'analyse de

- la littérature disponible (scientifique, professionnelle, réglementaire), le plus souvent sous la forme de recommandations de bonne pratique de grade élevé (à haut niveau de preuve) ou sur un fort consensus professionnel.
- des points critiques de la pratique (existence d'un potentiel d'amélioration de la qualité des soins).

Cette étape peut faire l'objet d'une formation sur le thème de l'audit pour faciliter l'appropriation du référentiel d'évaluation (ensemble de critères retenus).

### 3. L'évaluation des pratiques (premier tour d'audit)

Les indicateurs sont calculés à partir de données cliniques recueillies soit de façon prospective, soit de façon rétrospective, notamment par analyse des dossiers du patient. Une dizaine de dossiers doit au minimum être pris en compte.

Ils traduisent les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée.

Ils sont analysés par les professionnels, de préférence collectivement, afin de déterminer les raisons des écarts constatés, notamment celles liées aux pratiques ou à l'organisation des soins.

### 4. La mise en place d'actions d'améliorations

Cette analyse doit déboucher sur l'identification et la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la qualité des soins. Ces actions doivent être concrètes, faisables, organisées dans le temps et suivies. Elles peuvent comprendre ou correspondre à une formation.

### 5. La réévaluation des pratiques. (deuxième tour d'audit)

La pratique est de nouveau évaluée à partir des mêmes critères/indicateurs et selon la même modalité que le premier tour d'audit. Le deuxième tour d'audit permet de suivre les actions d'amélioration des pratiques mises en œuvre.

Des retours d'informations sur les performances (feed-back) rapides et fréquents, verbaux et/ou écrits de préférence sont réalisés auprès des professionnels impliqués dans l'audit à chaque étape clef (exemples : premier tour d'audit, deuxième tour d'audit, mise en place et suivi des actions d'améliorations).

## TRAÇABILITE

Les documents requis pour un audit sont : le référentiel d'audit accompagné des grilles d'auto-évaluation. Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un bilan individuel d'activité. Par exemple : Le professionnel a participé aux deux tours d'audits et à une activité de perfectionnement des connaissances. Il a mis en œuvre au moins une activité d'amélioration de la qualité des soins.
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemples : compte-rendu de réunion, fiche de suivi d'action d'amélioration, attestation de présence à une formation, les résultats de l'analyse des pratiques à l'issue du premier et deuxième tour, nouvelle procédure de prise en charge, suivi d'indicateurs etc.

### Pour en savoir +

#### Outils / supports :

Site WEB HAS sur l'audit clinique et l'audit clinique ciblé, CDROMS.

[http://www.hassante.fr/portail/jcms/c\\_271904/audit-clinique-bases-methodologiques-de-l-epp](http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_271904/audit-clinique-bases-methodologiques-de-l-epp)

#### Références bibliographiques :

- Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care*. 2001 Aug;39(8 ,Suppl 2):112-45.
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Does telling people what they have been doing change what they do?
- A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Saf Health Care*. 2006 Dec;15(6):433-436.
- Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *J Contin Educ Health Prof*. 2007; 27(1):6-15.
- Nishtala P S, McLachlan A J, Bell J S, Chen T F. Psychotropic Prescribing in Long-Term Care Facilities: Impact of Medication Reviews and Educational Interventions *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2008; 16; 8.Methods and tools for CPD
- Hysong SJ. Audit and feedback features impact effectiveness on care quality. *Med Care* 2009;47: 356-363.-Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, O'Brien MA, Johansen M, Grimshaw J, Oxman AD. Audit and feedback : effects on professional practice and healthcare outcomes (Review). 2012 The Cochrane Collaboration.

## Développement professionnel continu

# Le chemin clinique

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la réalisation d'un chemin clinique dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche "Méthodes et modalités de DPC".

## DÉFINITION

Le chemin clinique (CC) décrit, 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 multidisciplinaire et/ou multiprofessionnelle de patients présentant un problème de santé comparable.

Les différentes interventions des professionnels impliqués dans les soins aux patients sont définies, optimisées et séquencées et les étapes essentielles de la prise en charge du patient sont détaillées.

Pour élaborer un CC, il est nécessaire de :

- définir le groupe de patients inclus dans le chemin clinique,
- d'identifier toutes les étapes de la prise en charge,
- d'analyser les recommandations de pratiques professionnelles pour chacune de ces étapes,
- décrire précisément tous les actes permettant de réaliser cette prise en charge.

Les objectifs tels que l'appropriation des recommandations, l'amélioration de la coordination et de la communication ou encore la gestion des risques, guident la mise en place des chemins cliniques. Ils simplifient aussi la prise en charge tout en évitant la variabilité importante des pratiques.

Le CC se traduit comme une **liste des actes à réaliser** intégrée au dossier du patient. Chaque acte doit être signé par la personne qui l'a réalisé, permettant ainsi d'assurer la traçabilité.

Le CC peut être utilisé dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral lorsque les professionnels se coordonnent entre eux.

## DESCRIPTION

Cette méthode repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficace à partir des règles de bonnes pratiques.

### 1. Déterminer l'organisation à mettre en place pour élaborer le chemin clinique

La mise en œuvre d'un chemin clinique est un projet d'amélioration de la qualité et doit, à ce titre, bénéficier d'une gestion de projet adaptée.

### 2. Décrire le processus de prise en charge

Le processus représente l'enchaînement des actions à réaliser par les professionnels au cours de la prise en charge du patient.

### 3. Rechercher et analyser la littérature pour chacune des étapes du processus

La réalisation d'un chemin clinique nécessite de définir les bonnes pratiques pour les différentes étapes de la prise en charge d'une pathologie. Il est donc nécessaire de rechercher les documents de références permettant de faire le point sur la meilleure pratique au regard de la science. Cette étape peut faire l'objet d'une formation sur le thème du chemin clinique pour faciliter l'appropriation d'une recommandation ou d'un référentiel (données de la littérature scientifique et professionnelle).

### 4. Elaborer le chemin clinique

Le chemin clinique se présente sous forme d'un tableau (au minimum la liste des actes à réaliser). Il doit pouvoir être utilisé comme outil d'organisation et de planification de la prise en charge et permettre d'assurer la traçabilité de toutes les interventions auprès du patient. Il devient ainsi partie intégrante du dossier du patient.

Les critères d'inclusion et d'exclusion des patients dans le chemin clinique doivent être précisément définis.

Il convient également d'élaborer un système d'analyse des écarts de pratique qui seront rencontrés. En effet, au cours de sa prise en charge, l'état du patient peut présenter un écart (variance en anglais) par rapport aux résultats attendus, nécessitant un réajustement de la prise en charge. Ces écarts doivent être enregistrés et documentés dans le dossier du patient. Ils seront ensuite analysés. Lorsque de nombreux écarts sont enregistrés il est nécessaire d'évaluer la pertinence du chemin clinique et de s'interroger sur les critères d'inclusion des patients.

### 5. Mettre en œuvre le chemin clinique

Cette mise en œuvre doit faire l'objet au minimum d'une information de tous les professionnels concernés, idéalement d'une concertation et d'une formation. Le médecin responsable de chaque patient les inclut ensuite dans le chemin clinique dès le début de la prise en charge.

### 6. Mettre en œuvre les actions correctives

Les actions correctives peuvent être mises en place à deux niveaux :

- Lors de la non-utilisation ou de la mauvaise utilisation du chemin clinique : il peut s'agir d'un défaut d'appropriation par les professionnels, d'une mauvaise définition de la population ciblée qui n'est pas celle la plus couramment prise en charge, d'une évolution mal identifiée des patients.
- Lors du constat d'écarts entre le chemin clinique (prise en charge prévue idéale) et la prise en charge réalisée. Les actions d'amélioration qui découlent de ces constats peuvent comprendre ou correspondre à une formation.

### 7. Actualiser le chemin clinique

Il s'agit de mettre en place une veille documentaire permettant de se tenir informé des évolutions de pratiques professionnelles nécessitant une éventuelle modification du chemin clinique.

## TRAÇABILITE

Les documents requis pour cette démarche sont ceux concernant le chemin clinique élaboré.

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel d'activité**. La participation au groupe de travail pluriprofessionnel au cours des différentes étapes doit être décrite.
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemples : compte-rendus de réunion, pourcentage de patients pris en charge dans le cadre du chemin clinique pour la pathologie ciblée, tableau de suivi des actions, fiche de suivi d'action d'amélioration, attestation de présence à une formation, résultats d'évaluation (mesurer les écarts et analyser leurs causes et conséquences), nouvelle procédure de prise en charge, impact sur les protocoles et processus et la satisfaction des professionnels suivi d'indicateurs etc.

### Pour en savoir +

- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_436520/chemin-clinique](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436520/chemin-clinique)
- <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/Documents/829/integratedcarepathways.pdf>
- Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review) 2010 The Cochrane Collaboration.

## Développement professionnel continu

# Bilan de compétences

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la réalisation d'un bilan de compétence dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche "Méthodes et modalités de DPC".

## DÉFINITION

Le bilan de compétences propose au professionnel de santé un accompagnement pour mener une réflexion approfondie et une analyse de son parcours et de ses pratiques professionnelles. L'analyse ainsi réalisée doit ensuite lui permettre d'élaborer un projet d'évolution professionnelle et/ou de formation adapté à ses aspirations et à ses besoins.

Le bilan de compétences est une démarche :

- **volontaire** : le participant décide lui-même du moment de son bilan de compétence y compris lorsque l'employeur est à l'origine de la demande et qu'il finance la prestation
- **confidentielle** : le professionnel est seul destinataire des informations et documents produits par le bilan de compétences
- **non sanctionnante** : il s'agit d'une auto-évaluation accompagnée et à visée formative.

Les compétences analysées concernent un « savoir agir en situation », c'est à dire la capacité à mobiliser et à combiner un ensemble de ressources appropriées (savoirs, savoir-faire, savoir être) pour gérer des situations professionnelles variées afin de produire des résultats satisfaisant à certains critères de performance pour un destinataire (patient, usager ...) ; (cf.réf. Le Boterf).

Le bilan de compétences fait partie des actions qui entrent dans le champ de la formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV). Selon les termes de la loi du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi, le bilan de compétences a pour objet de « permettre à des travailleurs d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles ainsi que leurs aptitudes et leurs motivations afin de définir un projet professionnel et, le cas échéant, un projet de formation. »

## DESCRIPTION

Un bilan de compétences se décompose en 3 phases distinctes qui se déroulent lors de plusieurs séances de travail :

1. une **phase préliminaire** qui permet au professionnel de :
  - confirmer son engagement et sa motivation pour réaliser le bilan de compétence,
  - faire le point sur les souhaits d'évolution ou de changement, définir et analyser la nature de ses besoins,
  - s'informer des conditions de déroulement du bilan de compétences et des différentes étapes à réaliser, ainsi que des méthodes et des techniques utilisées (auto-évaluation, tests, entretien, analyse de situations professionnelles marquantes, travail en groupe..)
2. une **phase d'investigation** qui doit :
  - analyser les motivations et objectifs professionnels et personnels du professionnel,
  - identifier les compétences et les ressources mobilisables et repérer les champs professionnels où elles peuvent être mises en œuvre en fonction des référentiels professionnels existants.
  - déterminer les compétences qui restent à acquérir et les axes d'amélioration pour atteindre l'objectif visé.
  - étudier concrètement la faisabilité du projet (environnement, démarches, formation, emploi ...)
  - comporter un temps d'échange entre professionnels de santé afin de permettre une réflexion collective et de faciliter un partage d'expérience.
3. une **phase de conclusions ou de synthèse** qui permet au professionnel de :
  - prendre connaissance des résultats détaillés de la phase d'investigation
  - recenser les facteurs susceptibles de favoriser ou non la réalisation d'un projet professionnel
  - prévoir et planifier les principales étapes de la mise en œuvre de ce projet et notamment les besoins en termes de formation.
  - valider le document de synthèse remis au professionnel à l'issue de la démarche.

Le bilan de compétences qui suit la démarche ci-dessus permet ainsi de satisfaire un temps d'analyse des pratiques.

Il sera complété par la réalisation de la formation dans le domaine de la santé identifiée lors du bilan de compétences.

Un professionnel **salarié** souhaitant réaliser son bilan de compétences dans le cadre du DPC, doit en informer son employeur. Il est également souhaitable qu'un entretien avec son responsable hiérarchique direct, avant et après le bilan de compétences, soit réalisé afin de préciser son projet professionnel.

*Nota bene* : les résultats détaillés du bilan de compétences sont confidentiels et sont remis uniquement au professionnel ayant réalisé la démarche.



## TRAÇABILITE

Le promoteur dispose du dossier/document de demande d'inscription et/ou de prise en charge du bilan de compétences.

Il est demandé au professionnel de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant annuellement son « **bilan individuel d'activité** ».
2. d'assurer la traçabilité de ses actions en conservant tous les documents susceptibles de lui être demandés (attestation de réalisation d'un bilan de compétences, attestation de présence à une formation, attestation d'entretien avec le responsable hiérarchique pour les professionnels salariés, passeport formation ...).

### Pour en savoir +

- Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. 4ème édition. Paris : Eyrolles-Editions d'Organisation, 2007
- Matillon Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Rapport de mission, août 2003.
- Art. 16 de la Loi 91-1405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi et décret 92-1075 du 2 octobre 1992 relatif au bilan de compétences et modifiant le code du travail.
- Art L. 6313-1 du Code du travail.
- Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV) des agents de la fonction publique hospitalière.
- Décret 2007-1845 du 26 décembre 2007 relatif à la FPTLV des agents de la fonction publique territoriale.
- Décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007 relatif à la FPTLV des fonctionnaires de l'Etat.
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au bilan de compétences des agents de l'Etat.
- Décret n°2010-1153 du 29 septembre 2010 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

## Développement professionnel continu

# Exercice coordonné et protocolé d'une équipe de soins en ambulatoire

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la participation des professionnels à un exercice coordonné et protocolé, dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

Cette fiche concerne les professionnels de santé exerçant en **ambulatoire**, dans un lieu unique ou non, regroupés autour d'un **projet de soins commun** afin d'assurer la **continuité des soins**.

Ces professionnels visent à harmoniser leur pratique et à fluidifier la prise en charge de leurs patients, en développant une concertation-coordination pour la prise en charge des patients, un partage d'expériences et des protocoles pluriprofessionnels qu'ils mettent en œuvre et suivent.

Ce mode d'exercice, coordonné et protocolé, participe à l'**amélioration des pratiques et, à terme, de la qualité des soins délivrés aux patients**.

## DESCRIPTION

Un programme de DPC reposant sur un exercice coordonné et protocolé doit nécessairement comporter :

### 1. Une activité d'analyse des pratiques professionnelles

Pour cela, les professionnels se réunissent régulièrement, le plus souvent une fois par semaine, pour :

- **analyser leur pratique**. Cette analyse peut s'appuyer sur des indicateurs (audits, suivi d'indicateurs, registre, etc.) ou l'analyse d'événements indésirables (Revue de morbi-mortalité, Analyse des modes de défaillances et de leurs effets AMDE, etc.) et prendre la forme de staff ou de groupe analyse de pratique ;
- **organiser la prise en charge des patients**, notamment ceux qui présentent des problèmes complexes et/ou pour lesquels une coordination des différents professionnels est nécessaire. Ces réunions peuvent prendre la forme de réunion de concertation pluriprofessionnelle et conduisent à des décisions explicites : élaboration ou adaptation d'un plan personnalisé de soins, etc. ;

- **élaborer des protocoles pluriprofessionnels.** Ces protocoles répondent à des besoins identifiés par les professionnels au cours de l'analyse de leur pratique ou de l'organisation de la prise en charge des patients.

#### **Principes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel en ambulatoire :**

- *pour une situation identifiée,*
- *l'ensemble des acteurs concernés,*
- *discutent de la prise en charge optimale tant en termes de parcours de soins qu'en termes de prise en charge clinique,*
- *en s'appuyant sur les données de type Evidence-Based Medicine (EBM), l'expérience des professionnels et compte tenu de l'environnement,*
- *déterminent ce qui devrait être fait, quand, où, par qui,*
- *le formalisent de façon courte et simple et le rendent accessible en cours de consultation,*
- *suivent sa mise en œuvre (audit, suivi d'indicateurs, etc.).*

## **2. Une activité d'acquisition ou d'approfondissement des connaissances ou des compétences**

Pour cela, les professionnels s'approprient les données de la littérature scientifique et professionnelle (recommandations de bonne pratique, etc.)

- soit au cours des réunions le plus souvent hebdomadaires, sous la forme d'un temps de formation dédié,
- soit au cours de réunions de formation spécifiques organisées au sein de la structure, faisant intervenir le cas échéant des experts du sujet traité,
- soit au cours de séances de formations proposées par ailleurs, pour préparer une analyse de pratique (audit, suivi d'indicateurs, etc.), un protocole pluriprofessionnel ou bien répondre à une question ou un besoin identifié à l'occasion d'une analyse de pratique (staff/groupe d'analyse de pratique) ou d'une prise en charge (réunion de concertation pluriprofessionnelle, etc.).

#### **La formation pluriprofessionnelle :**

- *fait partie intégrante du travail d'équipe,*
- *concerne l'ensemble de l'équipe,*
- *est organisée de façon régulière,*
- *traite de problèmes identifiés et partagés par l'équipe.*

## **3. Un suivi explicite des prises en charge**

Pour cela, les professionnels structurent le recueil de données au sein de leur logiciel de telle sorte qu'ils puissent partager ces données pour suivre la prise en charge des patients et disposer d'un suivi d'indicateurs de pratique clinique.

#### **Objectif de la structuration des données :**

- *implémenter des systèmes d'aides à la décision médicale, partager les données entre différents systèmes d'informations, extraire les données de façon automatique dans le cadre du suivi d'indicateurs de pratique clinique, analyser la population prise en charge par la structure pour améliorer et adapter les services apportés aux patients, etc.*
- *La structuration des données signifie qu'une même donnée est renseignée, dans un champ dédié, de la même façon d'une consultation à l'autre et d'un patient à l'autre, quel que soit l'utilisateur ou le système d'information utilisé. Cela implique d'utiliser des classifications nationales ou internationales existantes. Toutes les données n'ont pas besoin d'être renseignées de façon structurée, seules celles utiles aux fonctionnalités décrites ci-dessus.*

## TRAÇABILITE

Les documents requis pour la mise en œuvre d'un exercice coordonné protocolé sont :

- Un document permettant d'identifier les dates, les thèmes abordés et la liste de présence des participants pour les réunions le plus souvent hebdomadaires
- La liste des protocoles et actions de coordinations mises en place
- La liste des indicateurs suivis

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel d'activité**.
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemples : compte rendus de réunion avec noms des participants, fiche de suivi d'action d'amélioration, attestation de présence à une formation, résultats d'évaluation, nouvelle procédure de prise en charge, suivi d'indicateurs etc.

### Pour en savoir +

- Brochure de synthèse « Staff EPP » – HAS (2007) disponible en téléchargement sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) .
- Sackett D.L., Rosenberg W., Muir Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. *Evidence based medicine: what it is and what It isn't*. BMJ 1996;312:71-72.
- Haynes B., Devereaux P., Guyatt G. *Clinical expertise in the era of evidence based medicine and patient choice*. *Evidence-BasedMedicine*2002;7:36-8.
- Lockwood D., Armstrong M., Grant A. *Integrating evidence based medicine into routine clinical practice: seven years' experience at the Hospital for Tropical Disease*. BMJ 2004;329:1020-3.

# Développement professionnel continu

## L'accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque

Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la participation des professionnels à l'accréditation des médecins (décret N°2006-909 du 21 juillet 2006) dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGD-PC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

### DÉFINITION

En application de l'article L. 1414-3-2 du Code de la santé publique, la Haute Autorité de Santé (HAS) met en œuvre le dispositif d'accréditation des médecins.

L'accréditation des médecins est une démarche volontaire de gestion des risques fondée sur la déclaration d'événements porteurs de risques (EPR). Elle repose sur des programmes, élaborés avec les organismes agréés par la HAS pour l'accréditation (OA-Accréditation).

L'accréditation concerne les médecins exerçant une spécialité ou une activité dite "à risques" en établissement de santé : gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, spécialités interventionnelles, activités d'échographie obstétricale, réanimation ou soins intensifs. La liste des spécialités ou activités concernées et les modalités de réalisation de l'accréditation sont définies par le décret n°2006-909 du 21 juillet 2006.

La mise en œuvre du dispositif est organisée par des organismes professionnels agréés par la HAS dans chaque spécialité (OA-Accréditation).

### DESCRIPTION

Les médecins s'engagent dans la procédure d'accréditation par l'intermédiaire de l'OA-Accréditation de leur spécialité. Les médecins engagés dans la démarche doivent mettre en œuvre annuellement un programme de leur spécialité élaboré par l'OA Accréditation.

Ce programme prévoit :

#### 1. Des activités d'analyse de pratique :

- Le recueil et l'analyse des événements porteurs de risques médicaux (EPR). Les EPR sont les événements indésirables associés aux soins par exclusion des événements indésirables graves mentionnées à l'article L. 1413-14 du Code de la santé publique. L'analyse de ces événements conduit à produire des recommandations individuelles (en réponse aux événements déclarés par le médecin) et collectives (à partir de l'analyse de la base de données (base REX) constituée de ces déclarations), de la veille scientifique et des études de risques ;

- La participation à des activités d'évaluation des pratiques professionnelles (RMM, registres, audit clinique, etc.)

## 2. Des activités d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances :

- La mise en œuvre des recommandations ou référentiels professionnels ;
- La mise en œuvre des recommandations individuelles et collectives élaborées et diffusées par l'OA-Accréditation sur la base de l'analyse des EPR ;
- La participation à des activités de formation (journées de formation, congrès, etc.)

### L'accréditation des médecins contribue à :

- la procédure de certification des établissements de santé,
- au développement d'une culture de sécurité,
- à la politique de gestion des risques en établissements de santé via la déclaration des EPR.

Une charte « médecins – établissements de santé » a été élaborée pour définir les règles de fonctionnement, de partage d'information et de confidentialité nécessaires à l'atteinte de ces objectifs. Cette charte est téléchargeable sur le site internet de la HAS.

## TRAÇABILITE

Un système d'information mis à disposition des médecins et des OA-Accréditation : <https://www.accreditation-des-medecins.fr/>. Celui-ci comprend la base REX et le dossier d'accréditation de chaque médecin qui permet de suivre et d'archiver toutes les activités d'accréditation (demande d'engagement du médecin, programme d'amélioration du médecin, bilans annuels et certificat d'accréditation).

Chaque année, un bilan des activités réalisées par le professionnel engagé est adressé à l'OA-Accréditation. L'OA-Accréditation évalue la demande d'accréditation et transmet son avis sur cette demande à la HAS qui délivre les certificats d'accréditation.

En application de l'article L. 4135-1 du Code de la santé publique, les résultats de la procédure d'accréditation des médecins sont publics.

### Pour en savoir +

- Vous pouvez vous engager dans la démarche d'accréditation auprès de l'OA-Accréditation de votre spécialité, en utilisant le portail Internet du système d'information mis à la disposition des professionnels à l'adresse : <https://www.accreditation-des-medecins.fr>

Pour en savoir plus, consulter le portail de la HAS :

- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_428381/accreditation-des-medecins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428381/accreditation-des-medecins)
- Décret N°2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé.
- Rapport Evolutions de l'accréditation : Acteurs - Enseignements pratiques - Indicateurs au 31 décembre 2011 [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1292737/evolutions-de-l-accreditation-acteurs-enseignements-pratiques](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1292737/evolutions-de-l-accreditation-acteurs-enseignements-pratiques)

# Développement professionnel continu

## Accréditation en biologie médicale

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit l'accréditation des laboratoires de biologie médicale dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

L'article L.6221-1 du Code de la Santé Publique rend obligatoire l'accréditation des laboratoires de biologie médicale sur l'ensemble de l'activité qu'ils réalisent. Cette accréditation est organisée par le Comité français d'accréditation (**COFRAC**) et repose sur des normes européennes harmonisées : NF EN ISO 15189 pour les laboratoires de biologie médicale (LBM) et NF EN ISO 22870 pour les analyses de biologie délocalisées.

L'objectif de l'accréditation en biologie médicale est de garantir la fiabilité des examens de biologie médicale réalisés et la qualité de la prestation médicale offerte par un laboratoire de biologie médicale (LBM). Les techniques qui relèvent de la biologie médicale lorsqu'elles sont pratiquées dans le cadre d'un examen d'anatomie et de cytologie pathologique (ACP) sont aussi soumises à cet objectif.

Le Recueil des exigences spécifiques (RES) pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale et des structures d'anatomie et de cytologie pathologiques (document COFRAC SH REF 02), précise les exigences organisationnelles et techniques générales attendues, au regard des normes requises, pour la réalisation des examens de biologie médicale dans les secteurs concernés. Celles-ci portent notamment sur des exigences relatives au management et à l'organisation du laboratoire ainsi que sur les compétences des personnels et l'analyse de leurs pratiques. **La satisfaction des exigences normatives et des dispositions législatives et réglementaires citées dans les référentiels COFRAC est la condition de l'accréditation.**

L'accréditation est délivrée par le COFRAC pour une durée de 4 ans pour le premier cycle puis renouvelable ensuite par périodes de 5 ans au maximum. La surveillance de l'accréditation est réalisée par des évaluations sur site, annuelles pendant le premier cycle d'accréditation, puis tous les 18 mois au plus tard pendant les cycles suivants. Conformément aux règles internationales, cette accréditation permet ainsi une reconnaissance de la compétence du laboratoire de biologie médicale (LBM), fondée sur une évaluation des pratiques par les pairs. L'accréditation des laboratoires permet ainsi de satisfaire à l'obligation annuelle de DPC dans le cadre d'un « parcours de DPC » pluriannuel (cf. fiche « Méthodes et modalités de DPC »)

## Domaines d'application :

Selon l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale, l'accréditation est obligatoire pour :

- les laboratoires de biologie médicale (LBM),
- les structures qui réalisent des examens d'anatomie et de cytologie pathologiques (ACP) à l'aide de techniques relevant de la biologie médicale,
- les structures de l'EFS qui assurent la qualification biologique du don pour les activités susceptibles de donner lieu à la réalisation d'examens de biologie médicale.

Les structures qui réalisent des activités biologiques d'assistance médicale à la procréation.

## DESCRIPTION

Un programme de DPC reposant sur une démarche d'accréditation en biologie médicale doit nécessairement comporter :

### 1. La satisfaction des exigences demandées pour l'accréditation conformément aux référentiels du COFRAC et notamment les exigences concernant l'amélioration continue de la qualité et les compétences des personnels biologistes et techniques.

### 2. Un temps identifié d'acquisition ou d'approfondissement de connaissances ou de compétences.

Cela peut être réalisé :

- lors de temps dédiés programmés lors de la revue de Direction annuelle,
- lors de revues documentaires annuelles notamment à propos des procédures analytiques,
- lors de formation théorique et/ou technique annuelle pour chaque professionnel, réalisée individuellement ou en équipe, en interne ou externalisée (congrès, colloques..) et concernant la pratique habituelle du professionnel.

### 3. Un temps identifié d'analyse des pratiques professionnelles

Cela peut être réalisé :

- par un audit interne annuel des activités,
- lors de revues annuelles des procédures analytiques,
- par la mise en place et le suivi d'indicateurs de qualité, notamment les contrôles qualité externes réalisés par des organismes nationaux ou internationaux ou lors de comparaison inter-laboratoires,
- par l'identification et la maîtrise des non-conformités et les actions correctives et préventives mises en œuvre.



## TRAÇABILITE

Les documents requis sont :

- Les documents de l'accréditation COFRAC du laboratoire : l'**attestation d'accréditation** accompagnée de l'auto-évaluation (document COFRAC SH Form 03) et des rapports (technique et des évaluations sur site).

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel d'activité**.
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Notamment tout document lui permettant d'attester la participation à un temps de formation annuel **et** des temps d'analyse des pratiques annuels réalisés à l'occasion de la démarche d'accréditation, par exemple : attestation de présence à une formation, compte rendu de revue de direction, résultats d'audits, suivi d'indicateurs, etc.

### Pour en savoir +

- Article L. 6221-1 du Code de la Santé Publique,
  - Ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale (J.O. du 15 janvier 2010).
  - Arrêté du 5 août 2010 fixant les références des normes d'accréditation applicables aux laboratoires de biologie médicale (NOR : SASP1016668A)
- sites web COFRAC [www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr) et AFNOR [www.afnor.fr](http://www.afnor.fr) :
- Guide Technique d'accréditation en biologie médicale. SH GTA 01. COFRAC 2011.
  - Recueil des exigences spécifiques pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale. Document SH REF 02. COFRAC 2010.
  - Laboratoires d'analyses de biologie médicale – Exigences particulières concernant la qualité et la compétence. NF EN ISO 15189. AFNOR.
  - Analyses de biologie délocalisées (ADBD) - Exigences concernant la qualité et la compétence. NF EN ISO 22870. AFNOR.
  - Évaluation de la conformité – Exigences générales pour les organismes d'accréditation procédant à l'accréditation d'organismes d'évaluation de la conformité. NF EN ISO/CEI 17011. AFNOR.

## Développement professionnel continu

# Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit l'éducation thérapeutique (art. 84 de la Loi 2009 - 879 du 21 juillet 2009) dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

**Un programme d'éducation thérapeutique** du patient (ETP) se définit comme un ensemble coordonné d'activités d'éducation destinées à des patients et à leur entourage et animées par une équipe de professionnels de santé avec le concours d'autres acteurs (éducateur en activité physique adaptée, psychologue, etc) (HAS-Inpes, 2007). Il est proposé au patient sous la forme d'un programme personnalisé (article L. 1162- du Code de la santé publique).

**Un programme personnalisé d'éducation thérapeutique** est établi en concertation avec le patient. Il prend en compte ses besoins, ses attentes et ses préférences, s'insère dans la stratégie thérapeutique et est ajusté tout au long de la prise en charge (HAS-Inpes, 2007).

**Les bénéficiaires du programme** sont les patients, leur entourage, les parents d'enfants malades (HAS-Inpes, 2007).

**Un programme d'éducation thérapeutique est mis en œuvre** par une équipe de professionnels de santé en conformité à un cahier des charges national et après autorisation par une Agence Régionale de Santé (article L. 1162- du Code de la santé publique).

- le programme est coordonné par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du Code de la santé publique. Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin (arrêté du 2 août 2010).
- le programme est mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres I<sup>er</sup> et II et des titres I<sup>er</sup> à VII du livre III de la quatrième partie (Décret n° 2010-904 du 2 août 2010). Une éducation thérapeutique requiert souvent l'intervention de plus d'un professionnel de santé, voire d'emblée le recours à une équipe multidisciplinaire (HAS-Inpes, 2007).

**Une éducation thérapeutique s'appuie sur :**

- une démarche éducative : élaboration du diagnostic éducatif aboutissant au programme d'ETP personnalisé au regard de la stratégie thérapeutique et du projet du patient, organisation et réalisation des séances, évaluation individuelle de l'atteinte des objectifs éducatifs et des compétences développées par le patient, modalités du suivi éducatif à l'issue du programme personnalisé.

- et des activités de coordination et de partage d'informations entre les intervenants au sein du programme et avec les autres intervenants du parcours de soins du patient : informations relatives à l'entrée du patient dans le programme d'ETP, synthèse du diagnostic éducatif et du programme individualisé, synthèse des séances d'ETP, évaluation individuelle des acquisitions, suivi éducatif envisagé (HAS-Inpes. 2007).

## DESCRIPTION

Un programme de DPC reposant sur un programme d'éducation thérapeutique doit nécessairement comporter :

### 1. Une activité d'analyse des pratiques professionnelles :

Cette activité peut correspondre à l'auto-évaluation annuelle du programme prévue au cahier des charges national (arrêté du 02 août 2010).

Cette auto-évaluation est menée par le coordonnateur et l'équipe du programme selon les principes et les quatre étapes définies dans le guide méthodologique de la HAS (HAS 2012) :

Principes : L'équipe s'engage dans une dynamique collective d'amélioration de la qualité du programme qu'elle met en œuvre. Des moments d'échanges réguliers sont organisés au sein de l'équipe tout au long de l'année pour confronter les points de vue individuels et collectifs, partager les expériences, analyser collectivement des données quantitatives et qualitatives, et prendre des décisions en commun.

Etapes de l'auto-évaluation annuelle :

1. L'équipe sélectionne chaque année quelques éléments importants pour la qualité du programme d'ETP, tout en veillant à s'interroger sur l'activité, le processus et progressivement sur les résultats de la mise en œuvre du programme à partir des objets d'évaluation et des questions proposées dans le guide méthodologique de la HAS
2. Des sources et des méthodes variées de recueil de données qualitatives et quantitatives sont utilisées
3. Une appréciation est portée sur la mise en œuvre du programme d'ETP au regard des critères de qualité d'une ETP, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, des objectifs du programme d'ETP
4. Des décisions sont prises pour améliorer ou maintenir la qualité du programme et de sa mise en œuvre (objectifs, actions concrètes, moyens, délai)

Chaque auto-évaluation annuelle du programme d'ETP peut conduire à la mise en œuvre d'action d'améliorations.

Ces actions peuvent comprendre ou correspondre à une activité de formation.

### 2. Une activité d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances :

Cette activité peut correspondre à la formation nécessaire aux professionnels de santé pour dispenser une ETP (Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 et arrêté du 2 août 2010). Les principales compétences à acquérir ou à perfectionner sont les suivantes (HAS-Inpes. 2007 ; Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 et arrêté du 2 août 2010) :

- Compétences relationnelles : Communiquer de manière empathique, recourir à l'écoute active, reconnaître les ressources et les difficultés d'apprentissage, permettre au patient de prendre une place plus active au niveau des décisions qui concernent sa santé, ses soins personnels et ses apprentissages. Soutenir la motivation du patient.
- Compétences pédagogiques et d'animation : Choisir et utiliser de manière adéquate des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, prendre en compte les besoins et la diversité des patients lors des séances d'ETP.

- Compétences méthodologiques et organisationnelles : Planifier les étapes de la démarche d'ETP (conception et organisation d'un programme personnalisé d'ETP négocié avec le patient, mise en œuvre et évaluation), recourir à des modalités de coordination des actions entre les services et les professionnels de santé, de manière continue et dans la durée.
- Compétences biomédicales et de soins, relatives aux thèmes concernés par les programmes d'ETP: Avoir une connaissance de la maladie chronique et de la stratégie de prise en charge thérapeutique concernées par le programme d'ETP, reconnaître les troubles psychiques, les situations de vulnérabilité psychologique et sociale.

NB : Les professionnels engagés dans un programme d'ETP satisfont au critère 23 a « Education thérapeutique » du manuel de certification lorsqu'ils exercent dans un établissement de santé.

## TRAÇABILITE

### Les documents requis pour participer à une démarche de DPC pour l'ETP sont :

- Le programme d'éducation thérapeutique écrit par les professionnels de santé en collaboration avec les patients et autorisé par une ARS ; l'existence d'un dossier d'ETP papier ou informatique ; un conducteur (document synthétique résumant les points clés à aborder) pour chaque séance d'ETP : objectif, compétences visées, contenu, méthode et outils pédagogiques)
- Le rapport d'auto-évaluation annuelle du programme d'ETP dans lequel est impliqué le professionnel de santé. Pour mémoire, le rapport d'évaluation est accessible aux bénéficiaires du programme (arrêté du 02 août 2010)
- Les attestations de formation ou de perfectionnement relatives à l'ETP et aux thèmes concernés par les programmes.

### Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un bilan individuel d'activité. Le professionnel a participé à l'auto-évaluation annuelle (participation au choix des objets d'évaluation et des questions d'évaluation, au recueil des données, à l'analyse des points forts et faibles, aux décisions prises pour améliorer, maintenir la qualité du programme).
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemples : rapport d'auto-évaluation annuelle du programme d'ETP, compte-rendus de réunion, attestations de participation aux réunions, fiche de suivi d'action d'amélioration, attestation de présence à une formation, résultats d'évaluation, adaptation du programme d'ETP, actualisation de son contenu, suivi d'indicateurs, etc.

### Pour en savoir +

#### Les textes réglementaires :

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009. Article 84
- Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient et arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation
- Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient et arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient

#### Les guides et recommandations :

- HAS. 2012. Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. Guide pour les coordonnateurs et les équipes.
- HAS-Inpes. 2007. Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ de la maladie chronique
- HAS. 2007. Recommandations. Définitions, finalités et organisation
- HAS. 2007. Recommandations. Comment la proposer et la réaliser
- HAS. 2007. Recommandations. Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique
- Anaes. 2000. Méthodes et outils des démarches qualité

# Développement professionnel continu

## Les protocoles de coopération

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la participation des professionnels aux protocoles de coopération (Art 51 de la Loi HPST) dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain (inscrits à l'art. L. 4011-1 du code de la santé publique), de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre pour validation à la HAS. <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Le protocole de coopération est un document décrivant :

- les activités ou les actes de soins transférés d'un professionnel de santé à un autre, de titre et de formation différents,
- et la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge.

Un protocole de coopération est validé dès lors qu'il répond à certaines exigences relatives :

- à ses caractéristiques : professions des délégué(s) et délégant(s), liste des actes dérogatoires proposés, caractéristiques du lieu d'exercice conditionnant la mise en œuvre du protocole, critères d'inclusion et d'exclusion des patients, ainsi que leurs caractéristiques, résultats attendus en termes de qualité de la prise en charge et d'optimisation de la dépense de santé, références utilisées pour respecter les bonnes pratiques
- à l'information délivrée aux patients.
- aux activités de coordination entre professionnels : information délivrée au patient, système d'information.
- à la démarche qualité ; gestion des évènements indésirables, mise en place d'indicateurs de suivi, évaluation des pratiques.

- à la formation des délégués qui doivent :
  - justifier d'une expérience et d'un niveau de diplôme professionnel initial suffisant avant l'entrée dans le protocole,
  - suivre une formation initiale puis continue, théorique et pratique, afin d'acquérir les compétences nécessaires à la réalisation des actes délégués.
- à la démarche de gestion des risques à priori : description de la nouvelle prise en charge étape par étape, intégrant les éléments permettant de la sécuriser.

## DESCRIPTION

Un programme de DPC reposant sur un protocole de coopération doit nécessairement comporter :

- 1. La validation du protocole par la HAS.**
- 2. Une activité d'acquisition ou d'approfondissement de connaissances ou de compétences.**

Elle peut correspondre à :

- **La formation avant d'adhérer au protocole de coopération**

Il s'agit d'une formation spécifique qui permet aux délégués d'acquérir les compétences nécessaires à la réalisation des actes et activités dérogatoires. La formalisation de la formation, comprend plusieurs étapes indispensables :

- La définition des compétences nécessaires à acquérir par le délégué pour réaliser les actes ou activités dérogatoire en intégrant les compétences initiales ainsi que les pré-requis en matière d'expérience professionnelle et diplôme,
- La définition des objectifs pédagogiques qui en découlent.
- L'élaboration du programme de formation, de préférence avec les responsables des formations des professionnels concernés. Ce programme doit être suffisamment précis pour permettre à d'autres équipes adhérant au protocole de réaliser la formation. Il peut s'agir du contenu d'une formation universitaire. Il comprend une formation théorique et une formation pratique, par compagnonnage, adaptée au type d'acte dérogatoire. La formation proposée peut être graduée en fonction de seuils : observation de « x » actes/activités effectuée(e) par le délégant, « y » actes/activités effectuée(e)s par le délégué observé par le délégant puis autonomie du délégué.
- La validation des acquis après une évaluation explicite des compétences acquises (QCM, tests, mises en situation...),

Il est, par ailleurs, nécessaire d'intégrer, avant d'adhérer, l'évaluation de l'activité minimum qui sera nécessaire au maintien des compétences acquises.

- **La formation continue prévue dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération**
  - La formation continue est prévue avant que le professionnel délégué n'adhère au protocole et sera mise en œuvre (au plus tard) à partir de sa 2<sup>e</sup> année d'adhésion au protocole.
  - Elle prend en compte les données d'évaluation de la pratique du délégué ainsi que l'actualisation des connaissances médicales. Elle peut se décliner sous forme d'une formation pratique et/ou théorique.

- 3. Une activité d'analyse de pratiques professionnelles**

Elle peut correspondre :

- Au recueil et à l'analyse d'indicateurs tels que prévus dans le protocole lors de sa validation. Ils peuvent correspondre à des indicateurs d'activité, de qualité et de sécurité de la prise en charge, de satisfaction des acteurs ou d'impact organisationnel. Les résultats des indicateurs sont analysés de façon régulière par les professionnels eux-mêmes.

- A la participation à des activités d'évaluation des pratiques professionnelles (revues de dossiers, audit clinique, etc.). Ces réunions peuvent s'appuyer sur : les résultats des indicateurs sus-mentionnés, les résultats d'audits cliniques, les alertes effectuées par le délégué au délégant, les problèmes rencontrés par le délégué, la réalisation de certains actes ou activités, les événements indésirables survenus....

**Des actions d'amélioration et un suivi de ces actions** devront être mises en œuvre à l'issue de ces analyses. De plus, les résultats de ces analyses de pratique du délégué déterminent la formation continue nécessaire au développement et/ou au maintien de ses compétences afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient.

## TRAÇABILITE

Les documents requis pour la mise en œuvre du protocole sont :

- le document d'adhésion au protocole Les professionnels de santé qui ont adhéré à un protocole de coopération s'engagent à effectuer un suivi de sa mise en œuvre effective, portant sur les indicateurs figurant dans le protocole autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé ([article L.4011-3 du code de la santé publique](#)).
  - le protocole complet autorisé par l'ARS (grille ou modèle-type de protocole et annexes validés par la HAS)
  - les indicateurs de suivi

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC : les professionnels ayant adhéré au protocole de coopération, transmettent à 12 mois, au Directeur Générale de l'Agence Régionale de Santé, DARS les résultats des indicateurs mis en place ; la Haute Autorité de santé donne son avis pour autoriser la poursuite de la mise en œuvre du protocole
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemples : résultats d'évaluation, fiche de suivi d'action d'amélioration, attestation de validation des compétences acquises, résultats des indicateurs de suivi etc.

### Pour en savoir +

La coopération comporte des exigences légales

- Article 51 de la loi HPST
- Arrêté du 31 décembre 2009 sur la procédure remplacé par l'arrêté du 28 mars 2012 publié au JO du 13 avril 2012
- Arrêté du 21 juillet 2010
- Décret n°2010-1204 du 11 octobre 2010

Vous pouvez vous engager dans un protocole de coopération auprès de votre ARS

Pour en savoir plus, consulter le portail de la HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_978700/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-mode-d-emploi](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978700/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-mode-d-emploi)

Le site de la Direction Générale de l'Offre de Soins <http://www.sante.gouv.fr/la-cooperation-entre-les-professionnels-de-sante.html>

Le site des Agences Régionales de Santé : <http://www.ars.sante.fr>

# Développement professionnel continu

## La formation professionnelle continue des professionnels de santé paramédicaux

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la participation aux actions de formation professionnelle continue des professionnels de santé paramédicaux salariés (du secteur public ou privé), dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

L'article R 4382-3 du décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au **DPC** des professionnels de santé paramédicaux, précise qu'un **auxiliaire médical, un aide-soignant ou un auxiliaire de puériculture** est réputé avoir satisfait à son obligation de développement professionnel continu si, au cours de l'année civile écoulée, il a suivi une **action de formation professionnelle continue** répondant à la définition et aux conditions du DPC définies à l'article R.4382-2 et prévue dans les textes qui régissent la formation professionnelle continue de ces professionnels du secteur public ou privé.

La formation professionnelle continue, appelée aussi **formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV)**, fait partie de l'éducation permanente. Elle a pour objet de permettre l'adaptation des travailleurs au changement des techniques et des conditions de travail, de favoriser leur promotion sociale par l'accès aux différents niveaux de la culture et de la qualification professionnelle et leur contribution au développement culturel, économique et social. (Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente).

Conformément à l'article L. 6313-1 Code du travail, seuls les organismes de formation ayant déposé auprès de l'autorité administrative une déclaration d'activité et disposant d'un numéro de déclaration d'activité peuvent dispenser une action de formation au titre de la formation professionnelle (sauf pour les formations internes).

### 1. Actions de formation du **secteur public** pouvant être éligibles pour le DPC :

- a. **Pour la Fonction Publique Hospitalière**, les articles 1<sup>er</sup>, 18 et 25 du décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la FPTLV précisent qu'il s'agit des actions qui ont pour objet :
  - Donner aux personnes sans qualification professionnelle accédant à un emploi, une formation professionnelle initiale théorique et pratique afin de les préparer à occuper cet emploi ;
  - De garantir, de maintenir ou de parfaire les connaissances et la compétence des agents en vue d'assurer :
    - Leur adaptation immédiate au poste de travail ;



- Leur adaptation à l'évolution prévisible des emplois ;
- Le développement de leurs connaissances ou compétences et l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences ;
- De proposer aux agents des actions de préparation aux examens et concours et autres procédures de promotion interne ;
- De permettre aux agents de suivre des études favorisant la promotion professionnelle, débouchant sur les diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé
- De proposer aux agents des actions de conversion leur permettant d'accéder à des emplois exigeant une qualification nouvelle ou à de nouvelles activités professionnelles ;
- De permettre aux agents de parfaire leur formation en vue de réaliser des projets personnels et professionnels, grâce notamment au congé de formation professionnelle ;
- De proposer aux agents un bilan de compétences. Ce bilan a pour objet de leur permettre d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles ainsi que leurs aptitudes et leurs motivations afin de définir un projet professionnel et, le cas échéant, un projet de formation ;
- De préparer les agents à la validation des acquis de l'expérience en vue de l'acquisition d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification ayant vocation à être inscrit au répertoire national des certifications professionnelles.

L'article 18 du même décret permet également aux agents de réaliser une période de professionnalisation.

**b. Pour les Fonctionnaires d'Etat**, les articles<sup>1<sup>er</sup></sup>, 15 et 22 du décret n°2007-1470 de 15 octobre 2007 relatif à la FPTLV citent les actions suivantes :

- La formation professionnelle statutaire, destinée, conformément aux règles prévues dans les statuts particuliers, à conférer aux fonctionnaires accédant à un grade les connaissances théoriques et pratiques nécessaires à l'exercice de leurs fonctions et la connaissance de l'environnement dans lequel elles s'exercent ; . .
- La formation continue, tendant à maintenir ou parfaire, compte tenu du contexte professionnel dans lequel ils exercent leurs fonctions, la compétence des fonctionnaires en vue d'assurer :
  - Leur adaptation immédiate au poste de travail ;
  - Leur adaptation à l'évolution prévisible des métiers ;
  - Le développement de leurs qualifications ou l'acquisition de nouvelles qualifications ;
- La formation de préparation aux examens, concours administratifs et autres procédures de promotion interne ;
- La réalisation de bilans de compétences permettant aux agents d'analyser leurs compétences, aptitudes et motivations en vue de définir un projet professionnel ;
- La validation des acquis de leur expérience en vue de l'acquisition d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification inscrit au répertoire national prévu par l'article L. 335-6 du code de l'éducation ;
- L'approfondissement de leur formation en vue de satisfaire à des projets personnels et professionnels grâce au congé de formation professionnelle régi par le 6<sup>o</sup> de l'article 34 de la loi du 11 janvier 1984 susvisée.

L'article 15 du même décret permet également aux agents de réaliser une période de professionnalisation.

**c. Pour la Fonction publique territoriale**, les articles<sup>1<sup>er</sup></sup>, 5, 18 et 27 du décret n°2007-1845 du 26 décembre 2007 à la FPTLV regroupent :

- La formation d'intégration et de professionnalisation, définie par les statuts particuliers, qui comprend :
  - Des actions favorisant l'intégration dans la fonction publique territoriale, dispensées aux agents de toutes catégories ;

- Des actions de professionnalisation, dispensées tout au long de la carrière et à l'occasion de l'affectation
- dans un poste de responsabilité ;
- La formation de perfectionnement, dispensée en cours de carrière à la demande de l'employeur ou de l'agent ;
- La formation de préparation aux concours et examens professionnels de la fonction publique ;
- La formation personnelle suivie à l'initiative de l'agent ;
- 5° Les actions de lutte contre l'illettrisme et pour l'apprentissage de la langue française.

Le bilan de compétences (art. 18) et les actions de validation des acquis de l'expérience (art.27) sont également citées.

## 2. Actions de formation relatives au secteur privé pouvant être éligibles DPC.

Elles sont inscrites à l'article L.6313-1 du code du travail :

- La préformation et la préparation à la vie professionnelle,
- L'adaptation au poste de travail, liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi ou au développement des compétences des salariés,
- La promotion professionnelle,
- La prévention,
- La conversion,
- L'acquisition, l'entretien ou le perfectionnement des connaissances, intégrant les préparations aux concours sanitaires et sociaux,
- Les actions de formation continue relative à la radioprotection des personnes, prévues à l'article L. 1333-11 du code de la santé publique,
- Les actions de lutte contre l'illettrisme et l'apprentissage de la langue française,
- Les actions permettant de réaliser un bilan de compétences,
- Les actions permettant aux travailleurs de faire valider les acquis de leur expérience.

*NB : Un professionnel inscrit dans un parcours certifiant pluriannuel (exemple : étude promotionnelle pour le DE Infirmier) s'acquitte, durant la période de formation, et chaque année civile concernée, de son obligation annuelle de DPC.*

## DESCRIPTION

Pour qu'une action de formation professionnelle continue permette au professionnel de remplir son obligation annuelle de DPC, elle doit préalablement être :

- **conforme à une orientation nationale** annuelle ou pluriannuelle arrêtée par le ministère chargé de la santé, après avis de la commission scientifique du Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP), ou à une orientation **régionale**, donnée par les agences régionales de santé, en cohérence avec leur projet régional de santé, après avis de la commission scientifique du HCPP.
- **mise en œuvre par un organisme de DPC** enregistré auprès de l'OGDPC et évalué favorablement par la commission scientifique du HCPP.
- **prévue réglementairement** (cf. supra : listes des actions de formation éligibles).

Pour qu'une formation professionnelle continue puisse être reconnue comme DPC, les conditions suivantes sont requises :

- Les **objectifs pédagogiques** de la formation sont définis préalablement et sont en cohérence avec le plan de DPC de l'établissement.
- La formation dispensée est inscrite dans le **plan de DPC de l'établissement** où exerce le professionnel de santé.
- Le professionnel de santé doit **prévenir** son établissement et avoir **échangé** avec son responsable avant et après la formation.
- Un temps est dédié explicitement à l'activité de **formation** (temps dédié, objectifs pédagogiques définis, références utilisées précisées, évaluation prévue). Le programme préétabli de la formation permet de définir la progression utilisée pour atteindre les objectifs visés.
- Une séquence explicite **d'analyse des pratiques** est identifiée (temps dédié, identification des pratiques professionnelles et analyse, objectifs et actions d'amélioration définis).
- Le **suivi** des actions d'amélioration mises en œuvre est explicite (par exemple en renseignant un bilan annuel d'activité ou le passeport formation ou des indicateurs prédéfinis).
- Une procédure **d'évaluation** de la formation est prévue. Un retour explicite des résultats de ces évaluations vers les professionnels est organisé.

## TRAÇABILITE

Les documents suivants sont requis pour la participation à la FPTLV :

- Un document décrivant précisément les conditions d'organisation, de réalisation (notamment le programme et les objectifs pédagogiques) et d'évaluation de l'action de formation,
- Les feuilles de présence / d'émargement signées par le stagiaire et le formateur et/ou les attestations de participation signées par le formateur,
- Le bilan établi par l'organisme de DPC à l'issue de l'action,
- Les évaluations réalisées en cours et à l'issue des actions menées.

Il est demandé aux professionnels de santé une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel d'activité** ou son **passeport formation**.
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemples : attestation de participation à une formation et à une séquence d'analyse des pratiques, fiche de suivi d'action, fiche de progression, résultats d'évaluation, suivi d'indicateurs, etc.

### Pour en savoir +

- Norme AFNOR X50-750 – Terminologie de la formation professionnelle.
- Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux.
- Article L.6313-1 du code du travail.
- Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la Formation Professionnelle Tout au Long de la V (FPTLV) des agents de la Fonction Publique Hospitalière (FPH).
- Décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007 relatif à la FPTLV des fonctionnaires de l'Etat
- Décret n°2007-1845 du 26 décembre 2007 relatif à la FPTLV des agents de la fonction publique territoriale.
- Circulaire DGEFP n° 2011-26 du 15 novembre 2011 relative aux textes modifiant les droits et obligations des dispensateurs de formation et adaptant le contrôle.

## Développement professionnel continu

# Rédaction d'article en matière de qualité et de sécurité des soins

## Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la rédaction d'article en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

Qu'ils soient initialement à vocation scientifique (communication des résultats d'une recherche apportant une amélioration pour la pratique professionnelle) ou à vocation didactique (revue, mise au point argumentée sur une pratique, cas cliniques commentés, etc.), les articles utilisables dans le cadre du DPC sont publiés dans des revues à comité de lecture (articles relus par des pairs). Ils sont rédigés conformément à des recommandations aux auteurs accessibles.

## DESCRIPTION

Pour que la rédaction d'un article destiné aux professionnels de santé puisse être reconnue comme activité de DPC, les conditions suivantes sont requises :

- L'article respecte les « *Critères de qualité d'un document issu de la presse scientifique professionnelle* » édictés par la HAS (cf. *fiche spécifique*).
- S'il s'agit de la publication d'un travail de recherche clinique, celui-ci doit respecter les conditions des « Bonnes pratiques de la recherche clinique » et les dispositions de la loi dit « Jardé » du 5 mars 2012 (protocole approuvé par l'ANSM et un Comité de Protection des Personnes, consentement éclairé des patients participant à la recherche ...).
- Le professionnel doit en être l'auteur effectif (ou le premier auteur en cas de rédaction collective).
- Il doit comporter une discussion/synthèse argumentée sur une bibliographie tirée de revues indexées avec des références récentes afin de valider un temps d'acquisition de connaissances théoriques (ou leur vérification) (nouveautés scientifiques ou synthèse de l'état de la science).

Il doit s'accompagner, pour l'auteur, d'une analyse de ses pratiques et d'un suivi des actions d'amélioration ou de modifications de pratique qu'il entend lui-même adopter à la suite de son article.

## TRAÇABILITE

- ▶ Le document requis est la publication (tiré à part) de l'article, référencé dans un site reconnu (Pubmed, bibliothèque Cochrane, Trip Database, CISMeF, etc.).
- ▶ Il est demandé au professionnel de santé, rédacteur d'un article remplissant les conditions ci-dessus, une démarche explicite permettant :
  1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant, pour l'année, un **bilan individuel d'activité**. Celui-ci doit permettre notamment de préciser les objectifs et modifications de pratique que le professionnel s'est fixé au décours de cette activité rédactionnelle.
  2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les documents justificatifs susceptibles de lui être demandés. Par exemple : tiré à part de l'article (au moins un par an), et les documents concernant les actions d'amélioration mises en œuvre.

### Pour en savoir +

- [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). Fiche Technique : Critères qualité d'un document issu de la presse scientifique professionnelle.
- LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine.
- [AMA](#) : « The Physician's Recognition Award and credit system Information for accredited providers and physicians (2010 revision)
- Maisonneuve H, Lorette G, Maruani A, Huguier H. La Rédaction Médicale. Doin, Paris, 5<sup>e</sup> édition, février 2010.

## Développement professionnel continu

# Recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

## Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la participation de professionnels de santé à une recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

- ▶ Un professionnel de santé exerçant une *activité de recherche clinique destinée à améliorer la qualité et la sécurité des soins* peut la valider comme activité de DPC :
  - soit parce qu'il en a été le **concepteur/coordonnateur/évaluateur** et qu'il en a tiré une publication scientifique comme 1<sup>er</sup> auteur (*cf. fiche méthode « rédaction d'articles »*)
  - soit parce qu'il a **participé activement à un protocole de recherche clinique** (*cf. méthode décrite dans cette fiche*).

## DESCRIPTION

Pour qu'un travail de recherche clinique puisse être reconnu comme activité de DPC, pour un professionnel de santé participant au protocole de recherche, les conditions suivantes sont requises :

- Le travail de recherche clinique doit respecter les conditions des « Bonnes pratiques de la recherche clinique » et les dispositions de la loi dit « Jardé » du 5 mars 2012 (protocole approuvé par l'ANSM et un Comité de Protection des Personnes, consentement éclairé des patients participant à la recherche ...).
- Des indicateurs pertinents mesurant l'amélioration, par exemple : de l'organisation, ou de la qualité ou de la sécurité des soins, de la satisfaction ou de l'état de santé des patients sont calculés pour le professionnel concerné qui les reçoit régulièrement.
- Le sujet de la recherche doit faire l'objet d'un temps de formation (nouveautés scientifiques ou synthèse de l'état du thème), utilisant une bibliographie tirée de revues indexées avec des références récentes.

- Le travail de recherche doit porter sur un sujet correspondant à la pratique personnelle du professionnel.
- Le travail de recherche doit avoir été l'objet d'une communication soit écrite et respectant les « critères qualité d'un document issu de la presse scientifique professionnelle » édictés par la HAS (cf. fiche spécifique), soit orale (avec résumé écrit, dans les actes d'un congrès avec comité de lecture).
- Il doit avoir conduit le professionnel à définir un programme personnel de suivi des actions d'amélioration ou de modifications de pratique qu'il entend lui-même adopter à la suite de sa recherche.

## TRAÇABILITE

- ▶ Les documents requis sont :
  - la publication (articles ou résumé) référencée du travail de recherche.
  - un document authentifiant la part effective prise par le professionnel dans la réalisation de la recherche.
- ▶ Il est demandé aux professionnels de santé, ayant réalisé une recherche remplissant les conditions ci-dessus, une démarche explicite permettant :
  1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant, pour l'année, un **bilan individuel d'activité**. Celui-ci doit permettre notamment de préciser les objectifs et modifications de pratique que le professionnel s'est fixé au décours de cette activité de recherche.
  2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les documents justificatifs susceptibles de lui être demandés. Par exemple : tirés à part de publication, protocole de recherche, attestation de formation et les documents concernant les actions d'amélioration mises en œuvre.

### Pour en savoir +

- Bouvenot G, Vray M. Essais cliniques. Théorie pratique et critique. Flammarion, Paris, 1994.
- LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine.
- [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). Fiche Technique : Critères qualité d'un document issu de la presse scientifique professionnelle.

## Développement professionnel continu

# Formateurs DPC

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit les activités d'un formateur, dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche « Méthodes et modalités de DPC ».

## DÉFINITION

Un professionnel de santé est formateur DPC lorsqu'il conçoit, organise et évalue des activités de DPC qui permettent l'acquisition de connaissances / compétences et l'analyse des pratiques d'autres professionnels de santé.

## DESCRIPTION

Le formateur DPC doit connaître les spécificités concernant la formation et l'apprentissage des adultes appliquées au DPC. Les activités de DPC développées par le formateur doivent porter prioritairement sur des problèmes rencontrés ou à partir de situations réelles en cohérence avec les objectifs de progrès personnels des professionnels de santé.

Pour que les activités d'un formateur de DPC puissent être reconnues comme méthode de DPC, elles doivent nécessairement comporter :

- La **conception, l'organisation et l'évaluation d'activités de DPC** régulières (chaque année) qui permettent l'acquisition de connaissances / compétences et l'analyse des pratiques d'autres professionnels de santé.

Cela nécessite de la part du formateur d'analyser les besoins des professionnels de santé (par exemple : améliorer la sécurité des soins), de définir les objectifs (par exemple : analyser les événements indésirables graves (EIG)), de construire le dispositif et les supports (par exemple : mettre en place une RMM et proposer un règlement intérieur) et d'évaluer les résultats (par exemple : nombre d'EIG analysés et nombre d'actions mises en œuvre, suivi d'indicateurs spécifiques).

Les méthodes que le formateur DPC utilise pour construire les activités de DPC sont celles listées par la HAS comme méthodes de DPC. Elles doivent associer un temps cognitif et un temps d'analyse des pratiques.

- **Un temps d'acquisition ou d'approfondissement de connaissances ou de compétences du formateur DPC**

Celui-ci peut concerner aussi bien des connaissances/compétences pédagogiques rendant apte le formateur à construire des actions de DPC (identification des besoins, identification des objectifs d'apprentissage, etc.), que des connaissances/compétences techniques ou non techniques dans la thématique des actions DPC proposées (par exemple : gestion des risques, hygiène, stérilisation, et de manière générale toute thématique d'une spécialité ou d'une discipline médicale).



Ce temps est explicite et adaptée à l'implication du formateur dans les activités de DPC qu'il développe. Il est réalisé de manière diverse mais traçable (formation diplômante ou certifiante, formation reconnue officiellement notamment par les conseils nationaux professionnels concernés, y compris les formations à l'étranger, stages, formations courtes, validation de l'expérience reconnue par l'organisme de DPC.)

- **Un temps d'analyse des pratiques professionnelles du formateur DPC**

Les compétences des formateurs doivent être régulièrement évaluées en s'appuyant au minimum sur :

- la fréquence et la fréquentation des actions de DPC mises en place chaque année par le formateur.
- une enquête de satisfaction des participants pris en charge par le formateur DPC (accueil, moyens et méthode utilisée par le formateur, atteinte des objectifs pédagogiques, etc.).

Il peut également s'agir :

- de l'évaluation des actions de DPC proposées par le formateur de DPC, en termes d'acquisition de connaissances/compétences acquises et/ou de changements comportementaux chez les participants, ou encore d'impact des actions de DPC sur les résultats des soins.
- d'une évaluation du formateur par des pairs (professionnels de santé) selon une méthode d'évaluation des pratiques s'appuyant sur des critères d'évaluation spécifiques où peuvent figurer par exemple le CV du formateur et des critères à évaluer par observation directe des pratiques du formateur.

## TRAÇABILITE

Les documents suivants sont requis :

- Le(s) document(s) qui décrivent précisément les conditions d'organisation, de réalisation (notamment le programme, les objectifs pédagogiques), et d'évaluation des actions DPC proposées. Le public cible y est précisé de même que la justification des besoins. Le calendrier des actions réalisées par le formateur ainsi que les réponses aux questionnaires de satisfaction sont disponibles.
    - Il est demandé aux professionnels de santé, formateur DPC, une démarche explicite permettant :
1. décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant **chaque année un bilan individuel d'activité**.
  2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemple : programme des actions DPC proposées, date des actions DPC, liste des participants, toute pièce justificative du temps cognitif et du temps d'analyse des pratiques du formateur DPC, résultats d'évaluation des actions DPC, etc.

### Pour en savoir +

- Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health : A review of systematic reviews. Int J of Technology assessment in health care 2005 ; 21 (3) : 380-385.
- Gilbert D. Gillet I. Revue des modèles en évaluation de formation, approches conceptuelles individuelles et sociales. Pratiques Psychologiques. 2010 ; 16 : 217-238.
- Goguelin P. La formation continue des adultes. Presses Universitaires de France. 4<sup>ème</sup> édition 1994, Paris.
- Knowles. L'adulte apprenant. Editions d'Organisation, 1990, Paris.
- Martin J.P., Savary E. Formateur d'adultes, se professionnaliser-exercer au quotidien. Editions de la Chronique Sociale. 2004, Lyon.
- Perrenoud, Ph. (1999). *De quelques compétences du formateur-expert*. Université de Genève : Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. [http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_1999/1999\\_15.rtf](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_15.rtf)
- Raynal F, Rieunier A. Pédagogie : dictionnaire des concepts clés. Les Editions ESF. 6<sup>ème</sup> édition 2007, Paris.



## Espace Professionnels de santé



## Simulation en santé

La simulation en santé correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. »<sup>1</sup>

La simulation fait actuellement l'objet d'un développement important et il est impératif, quel que soit le lieu où les séances de simulation se déroulent, qu'elle soit structurée et organisée selon des règles communes définies. La HAS propose aux professionnels de santé un guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé élaboré par un groupe de travail multiprofessionnel et multidisciplinaire.

En début d'année 2012, le Pr. Jean-Claude Granry et le Dr Marie-Christine Moll, ont remis à la HAS leur [rapport de mission sur la simulation en santé](#) dans lequel ils dressent un état des lieux des initiatives existantes au niveau national et international et formulent des propositions pour favoriser le déploiement de la simulation en santé dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Le rapport met en avant la nécessité de définir des bonnes pratiques en matière de simulation.

Dans le prolongement de cette mission, la HAS a souhaité promouvoir le développement de la simulation en santé, notamment en tant que méthode de DPC, et permettre sa structuration, en proposant aux équipes un guide de bonnes pratiques. Cette volonté s'inscrit dans le cœur de mission de la HAS : renforcer la sécurité du patient et la gestion des risques. En effet, la simulation en santé s'adresse à tous les professionnels de santé et permet à la fois :

- ☉ de former à des procédures, à des gestes ou à la prise en charge de situations ;
- ☉ d'acquérir et réactualiser des connaissances et des compétences techniques et non techniques (travail en équipe, communication entre professionnels, etc.) ;
- ☉ d'analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même lors du débriefing ;
- ☉ d'aborder les situations dites « à risque pour le patient » et d'améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarios qui peuvent être répétés ;
- ☉ de reconstituer des événements indésirables, de les comprendre lors du débriefing et de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Un groupe de travail multiprofessionnel et multidisciplinaire a été mis en place, suite à la publication du rapport, pour élaborer ce guide de bonnes pratiques et définir les conditions pour que la simulation en santé soit une méthode utilisable dans des programmes de DPC. Ces conditions ont été définies dans la fiche technique « [méthode de DPC simulation en santé](#) » qui complète la fiche « [méthodes et modalités de DPC](#) ». Ces documents s'adressent aux structures et aux organisations professionnelles et institutionnelles qui souhaitent proposer des programmes de simulation aux professionnels de santé.

Les documents téléchargeables sont les suivants :

- ☉ [Rapport de mission](#) : « État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins »
- ☉ Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé :
  - [Version complète](#) pour une impression papier (100 pages)
  - [Version !\[\]\(0cce15e73bc54c78b2c9e303050d05b7\_img.jpg\) interactive privilégiée pour une lecture sur écran \(51 pages\)](#)

## TOOLS

ABC Glossary

My alerts

Print

Send to

## FOR MORE INFORMATION

- ☉ [Simulation en santé : état des lieux et perspectives de développement](#)
- ☉ [La HAS définit les bonnes pratiques pour développer des programmes de simulation en santé](#)

## CONTACTS

Développement professionnel continu  
[dpc@has-sante.fr](mailto:dpc@has-sante.fr)

## TAGS

[Quality of care and patient safety](#)

## Professionnels de santé

## Accréditation des médecins

Actes - Médicaments -  
Dispositifs médicaux

## Avis et décisions de la HAS

Coopération entre  
professionnels de santéDéveloppement  
professionnel continu

## → DPC, mode d'emploi

## → Selon votre profession

## → DPC et gestion des risques

## → Les fondamentaux

## → DPC &amp; Pratiques - La lettre

Établissements de santé :  
CertificationÉtablissements de santé :  
indicateursÉvaluation médico-  
économiqueLabellisation des centres de  
maladies raresMaladies chroniques -  
Parcours de soins

## Organisation des soins

## Programmes Pilotes

Qualité de l'information  
médicaleRecommandations de bonne  
pratique

## Santé publique

## Sécurité du patient

## Programme de travail






Épreuves Classantes  
Nationales

## Actualités &amp; Pratiques

## Grand public

## Presse

**Trucs et astuces**

-  Ce bouton vous permet d'accéder au contenu de la rubrique qui vous intéresse
-  Ce bouton vous permet d'accéder au préambule de la rubrique
-  Ce bouton vous permet d'accéder aux exemples associés à la rubrique
-  Ce bouton vous permet de revenir à la liste des rubriques
- Consulter**  Des liens hypertextes parsèment le texte, ils permettent d'accéder à un exemple ou à une rubrique associés au texte

Selon la configuration de votre navigateur, les documents annexes peuvent s'ouvrir directement dans votre navigateur ou dans une nouvelle fenêtre. Si les documents annexes s'ouvrent dans la même fenêtre, vous pouvez soit utiliser les flèches de navigation de votre navigateur pour revenir au format2 clics soit vous pouvez télécharger le format2 clics sur votre ordinateur ou tablettes numériques afin de visualiser les documents annexes en parallèle de votre lecture.

**Attention :**

- si vous imprimez cette version "format 2 clics", elle ne contiendra pas les exemples associés
- une connexion internet est nécessaire pour consulter les exemples en ligne

☉ [Exemples associés](#) au guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé (47 pages).

*Nota bene : Ces exemples sont proposés pour illustrer certaines parties du guide. Il ne s'agit pas de documents types à réutiliser tels quels ; ils sont à adapter au contexte d'utilisation.*

☉ [Fiche méthode de DPC « simulation en santé »](#)

**Perspectives de développement**


À la suite de la parution de ces documents, la HAS va mettre en place un groupe de travail chargé de :

- ☉ Définir les critères d'évaluation de la mise en place du guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé à partir d'une approche formative ;
- ☉ Développer des programmes de simulation et/ou des scénarios à partir d'événements indésirables (événements porteurs de risques (EPR), événements indésirables graves (EIG)) et/ou de situations rares ou exceptionnelles.

De plus, la HAS est partenaire scientifique du [Congrès international de simulation de la SESAM](#) (Society in Europe for Simulation Applied to Medicine) durant lequel elle organisera une session spécifique. Ce congrès se déroulera du 12 au 15 juin 2013 au Centre de Congrès de la Villette.

1. America's Authentic Government Information. H.R. 855 To amend the Public Health Service Act to authorize medical simulation enhancement programs, and for other purposes. [111th Congress 1st session](#). GPO; 2009 - traduction proposée dans le rapport simulation HAS.

**DOCUMENTS**

-  ☉ [Simulation en santé - Rapport](#) (5.5 Mo)
-  ☉ [Guide bonnes pratiques Simulation Santé Guide](#) (7.16 Mo)
-  ☉ [Guide bonnes pratiques Simulation Santé Format2 clics](#) (8.94 Mo)
-  ☉ [Exemples associés au Guide Bonnes Pratiques Simulation](#) (1.33 Mo)
-  ☉ [Simulation en sante Fiche technique](#) (342.75 Ko)

## Développement professionnel continu

# Les tests de concordance de script (TCS)

### Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013 -

Cette fiche technique décrit la participation des professionnels à des TCS dans le cadre d'un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou de la CS du HCPP. Elle complète la fiche "Méthodes et modalités de DPC".

## DÉFINITION

Les tests de concordance de script (TCS) sont des outils standardisés qui permettent d'évaluer le raisonnement clinique du professionnel qui le réalise et notamment sa capacité à prendre des décisions pertinentes dans des cas complexes, ou en situations d'« incertitude », en les confrontant aux avis d'un panel d'experts. Ils ont comme avantage, par rapport aux méthodes d'évaluation classiques (plus ciblées vers le contrôle des connaissances), d'être plus proches de la pratique réelle des professionnels.

Les TCS sont basés sur une théorie cognitive, la théorie des scripts, qui se focalise sur les réseaux de connaissance qu'utilisent les individus en situation de résolution de problème. Elle postule que les individus traitent les données liées à une situation complexe à résoudre en activant des réseaux de connaissance acquis, organisés pour la résolution de tâches : les scripts. Or un élément important de la compétence des professionnels réside justement dans cette capacité à agir en situation d'incertitude et à mobiliser les ressources décisionnelles nécessaires.

Ces TCS utilisent des vignettes courtes (qui décrivent des situations cliniques posant problème et choisies en fonction du raisonnement que l'on veut évaluer chez le participant) (voir exemple ci-dessous). Ces vignettes sont suivies par des propositions d'options ou d'hypothèses possibles. Pour chacune d'elle, une nouvelle information est alors proposée, et les professionnels doivent décider si elle augmente, diminue ou est sans conséquence sur la pertinence de cette option. Les réponses sont recueillies selon une échelle de Likert (de - 2 à + 2 par exemple). Les questions posées peuvent être du domaine diagnostique, pronostique ou thérapeutique. L'idée est de placer le professionnel devant une situation complexe, la plus proche possible de son activité réelle, et pour laquelle il existe une variabilité dans les réponses des experts.

**Exemple de TCS** (d'après Charlin et coll., 2005) :

- **Une patiente de 65 ans est adressée aux urgences pour une suspicion d'embolie pulmonaire.**
- **Elle a des antécédents de diabète, d'insuffisance cardiaque et de BPCO.**

– (Une réponse pour chaque ligne)

Hypothèse	Nouvelle information	Conséquence sur l'hypothèse initiale				
Si vous pensiez faire	Et qu'alors vous trouvez ...	L'effet sur la nécessité de demander ce test est le suivant ... (cercler votre réponse)				
Un angioscan thoracique	Un traitement par metformine	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2
Un dosage des D-dimères	Un cancer de l'ovaire en cours de traitement	- 2	- 1	0	+1	+ 2
Un écho doppler veineux	Un signe de Homans	- 2	- 1	0	+1	+ 2

– **Réponses** : - 2 absolument contre indiqué ; - 1 peu utile ; 0 non pertinent dans cette situation ; + 1 utile et souhaitable ; + 2 indispensable.

L'élaboration de ces TCS nécessite :

- une expertise méthodologique pour la construction du test, l'établissement des scores, la mise en ligne, l'exploitation des résultats... (cf. Fournier JP. et al, 2008). Les études publiées montrent qu'il faut une soixantaine de questions (20 vignettes de 3 questions chacune) pour atteindre une bonne fidélité de mesure.
- un panel de référence constitué d'experts du thème qui permet d'élaborer la grille de correction. Un groupe de relecture, indépendant du panel, peut être utile pour modifier certaines questions ou en supprimer d'autres, apparaissant non pertinentes d'après les réponses du panel (par exemple du fait de réponses trop univoques ou trop dispersées).

## DESCRIPTION

Pour que la participation à des TCS puisse être reconnue comme une méthode de DPC, elle doit nécessairement comporter :

1. **Une auto-évaluation des pratiques** : par l'intermédiaire des réponses aux TCS qui évaluent ainsi le raisonnement clinique des professionnels. La durée moyenne nécessaire pour répondre à un programme de 20 vignettes (60 questions) est estimée à une heure environ.
2. **Un transfert des acquis** : par une synthèse des messages-clés (appuyés sur des références scientifiques récentes et des axes de progrès éventuellement suggérés) qui peuvent être tirés de l'analyse des écarts des réponses des professionnels aux TCS par rapport à celles du panel d'experts. Cette restitution des résultats aux professionnels doit pouvoir faire l'objet d'un temps d'échange, soit à l'occasion d'une réunion présentielle, soit par l'intermédiaire d'un forum de dialogue en ligne.
3. **Un temps d'acquisition de compétences ou de connaissances**. Le temps qui suit la réalisation des TCS peut être utilisé dans ce but lors d'une réunion présentielle (par exemple à l'occasion d'un colloque ou d'un congrès), mais peut aussi se concevoir en ligne par internet, avec possibilité d'organiser un forum de discussion autour des réponses.
4. **Un dispositif de suivi** des modifications de pratique est organisé. Il implique de la part du participant la définition d'objectifs d'amélioration et la mise en œuvre d'actions suite à la réalisation des TCS (et des étapes précédentes). Ces actions peuvent être diverses (mise en place de RMM, suivi d'indicateurs, mise en place d'une nouvelle procédure de prise en charge ou encore participation à une nouvelle session de TCS à distance de la première.

## TRAÇABILITE

Les documents requis sont :

- Le document rédigé par le promoteur du programme qui décrit précisément les conditions d'organisation et de réalisation de celui-ci. Le public cible y est précisé, de même que la composition : des comités d'organisation et scientifique, du panel d'experts, du groupe de relecture éventuel,
- Les TCS proposés aux professionnels,
- Les supports pédagogiques proposés,
- Les déclarations d'intérêts des intervenants dans le programme (organisateur, experts ...).

Il est demandé aux professionnels de santé, une démarche explicite permettant :

1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un « **bilan annuel d'activité** ». Celui-ci doit notamment permettre de justifier la pertinence du choix des TCS avec l'activité et les objectifs du professionnel.
2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemple : résultats des TCS et de l'analyse des écarts, attestation de présence à une formation, documents concernant les actions d'amélioration mises en œuvre.

### Pour en savoir +

- **Charlin B. et al.** Le test de concordance comme outil d'évaluation en ligne du raisonnement des professionnels en situation d'incertitude. Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire 2005 ; 2(1) :22-27.
- **Charlin B. et al.** The diagnosis script questionnaire : a new tool to assess a specific dimension of clinical competence. Adv Health Sci Educ Theory Pract 1998; 3: 51-58
- **Dory V et al.** How to construct and implement script concordance tests: insights from a systematic review. Medical Education 2012; 46: 552-563.
- **Fournier JP. et al.** Script concordance tests : guidelines for construction. BMC Medical informatics and decision making. 2008; 8: 18.
- **Gagnon R et al.** Optimization of answer keys for script concordance testing: should we exclude deviant panellists, deviant responses, or neither? Adv in Health Sci Educ 2011; 16: 601- 608
- **Goulet F. et al.** Poorly performing physicians : does the script concordance test detect bad clinical reasoning ? J Contin Educ Health prof 2010 : 30 : 161-166.
- **Labelle M. et al.** Formation continue en petits groupes sur l'ostéoporose : comparaison d'un atelier basé sur le test de concordance de scripts (TCS) et d'un atelier classique. Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 145-153
- **Le Loët X. et al.** Mise en oeuvre, en situation professionnelle, des recommandations de la HAS, par la méthode du test de concordance de script combinée à l'analyse actualisée de la littérature. Application à la polyarthrite rhumatoïde. Rev Rhumatisme (internet)
- **Sibert L. et al.** Mesure de l'impact des recommandations professionnelles sur la pratique quotidienne par le test de concordance de script: application à la polyarthrite rhumatoïde. Etats généraux de la formation médicale, Bobigny, 8-9/12/2012. [www.doyens-egfm.org](http://www.doyens-egfm.org) (abstract)
- [www.cpass.umontreal.ca](http://www.cpass.umontreal.ca)