

LA MISE EN ŒUVRE DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Éléments stratégiques et boîtes à outils

Synthèse des travaux inter-Commissions
de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU

Août 2014



Introduction générale

Depuis 2013 et la mise en œuvre effective du développement professionnel continu, chaque établissement public de santé s'organise pour appréhender cette réforme qui bouleverse le paysage de la formation continue des professionnels de santé ainsi que l'organisation interne de l'évaluation des pratiques professionnelles, faisant ainsi émerger **des enjeux stratégiques majeurs pour les établissements**.

La complexité du dispositif, la multiplicité des acteurs, l'appréhension de ce nouveau système, tant pour les Directions que pour l'ensemble des acteurs soignants et médicaux ont amené à rénover le fonctionnement interne de la formation et de l'analyse des pratiques professionnelles (APP). Cette refonte interne a donné lieu à des choix organisationnels devant être structurants mais demeurant variables en fonction des établissements, de sorte qu'il est apparu essentiel de pouvoir proposer des axes d'harmonisation de l'organisation institutionnelle du DPC (*I - l'organisation institutionnelle du DPC, ses composantes et ses modalités de pilotage*).

À côté de cet enjeu majeur du pilotage interne du DPC pour tous les établissements publics de santé s'ajoute un enjeu stratégique qui concerne exclusivement les CHU, celui des liens entre le CHU et l'Université dans le cadre de la mise en place d'une offre de programmes de DPC. À ce jour, peu de partenariats sont clairement engagés et les démarches entreprises dépendent du contexte local. Pourtant, les CHU ont à conforter leur positionnement d'acteur incontournable dans le secteur de la formation des professionnels de santé, qu'il s'agisse de formation initiale ou continue (*II- la valorisation hospitalo-universitaire du DPC, les enjeux stratégiques et partagés*).

Au-delà de ces réflexions stratégiques, se posent de nombreuses questions pratiques :

Comment utiliser les méthodes établies par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour développer des actions de DPC internes? Comment associer les méthodes HAS pour remplir son obligation de DPC ? À partir de quelle fréquence de participation à une APP doit-on considérer que le professionnel de santé a rempli son obligation « APP » au sein d'un programme de DPC ?

Y-a-t'il un coût pédagogique pour les actions de DPC développées en interne ? Et si oui, comment le calcule-t-on ? Comment valoriser l'ensemble des moyens mis à disposition par l'établissement, notamment le temps passé, pour le développement des APP ? Faut-il prévoir des coûts de traitement pour tous les programmes de DPC ?

Chaque établissement s'est efforcé de répondre à ces questions. Cela a conduit à des pratiques divergentes, qui nécessitent une réflexion de fond et une nécessaire harmonisation.

Aussi, tout l'enjeu est de **bâtir un référentiel permettant d'harmoniser, entre les établissements de santé, les pratiques relatives à l'organisation et à la gestion du DPC**.

La mise en œuvre du DPC amène les établissements publics de santé à s'interroger sur la manière dont ils doivent concevoir et porter des programmes de DPC, et notamment sur la manière dont ils ont – en leur qualité d'organisme de développement professionnel continu (ODPC) – à utiliser les méthodes validées par la Haute Autorité de Santé (HAS). Or, l'appropriation de ces méthodes n'est pas aisée, car les exigences de la HAS doivent être mises en adéquation avec la réalité des pratiques des Pôles d'activité et des équipes de soins. Il est donc apparu utile de procéder à une relecture des fiches méthodes HAS, en ayant pour ambition de présenter une fiche pratique par méthode HAS, devant permettre à chacun de savoir comment la comprendre, comment la mettre en œuvre et comment évaluer l'évolution de la pratique professionnelle de ses personnels (*III- les méthodes HAS, définition et modalités de justification*).

Enfin, la question de la valorisation financière des programmes de DPC est devenue incontournable, puisque l'utilisation du budget DPC transféré à l'ANFH en dépend. L'état des lieux sur la valorisation des programmes de DPC amène à concentrer la réflexion, en premier lieu, sur l'élaboration d'un référentiel de décomposition des coûts d'un programme de DPC, en identifiant les différents coûts et en proposant des modalités de calcul de ces coûts. En second lieu, une méthodologie de calcul des coûts est proposée en fonction de la typologie du programme de DPC (*IV- la valorisation financière des programmes de DPC*).

Constitution des groupes de travail

Lors de la réunion de lancement des travaux inter-Commissions du 28 janvier 2014, organisée à l'initiative d'Hamid SIAHMED, Directeur général du CHU de Limoges, Président de la Commission des affaires médicales, en accord avec le Président de la Commission Qualité Angel PIQUEMAL, Directeur Général du CHU de Caen, quatre thématiques ont été identifiées, pour lesquelles la constitution de sous-groupes de travail a été décidée :

- ▣ **l'organisation institutionnelle du DPC, ses composantes et ses modalités de pilotage** (sous la coordination d'Angel PIQUEMAL, DG du CHU de Caen)
- ▣ **la valorisation hospitalo-universitaire du DPC, les enjeux stratégiques et partagés** (sous la coordination conjointe de Sandrine BRASSELET, Directrice adjointe des Affaires Médicales aux HCL, et de Stéphane DAVID, Responsable du DPC à l'AP-HP)
- ▣ **les méthodes HAS, définition et modalités de justification** (sous la coordination de Loïc MONDOLONI, Directeur des Affaires Médicales de l'AP-HM)
- ▣ **la valorisation financière des programmes de DPC** (sous la coordination d'Armelle DREXLER, Directrice des Affaires Médicales du CHU de Clermont-Ferrand)

Les groupes de travail, composés de membres issus des différentes Commissions Directeurs Qualité, Directeurs des Ressources Humaines/Coordonnateurs généraux des soins, Commissions Directeurs des Affaires Médicales, ont conduit leurs réflexions entre février et juin 2014.

L'organisation institutionnelle du DPC, ses composantes et ses modalités de pilotage	Coordination	Angel Piquemal, DG CHU Caen	piquemal-a@chu-caen.fr
	Commission Qualité	Brigitte Courtois, CHU Caen	courtois-b@chu-caen.fr
		Hélène Ollivier, APHM	helene.lapinalie@ap-hm.fr
	Commission DAM	Hamid Siahmed, DG CHU Limoges	hamid.siahmed@chu-limoges.fr
		Diane Petter, CHU Nancy	d.petter@chu-nancy.fr
		Armelle Drexler, CHU Clermont-Ferrand	adrexler@chu-clermontferrand.fr
	Commission DRH	Caroline Stuck, CHU Strasbourg	caroline.stuck@chru-strasbourg.fr
		Philippe Giouse, CHU Saint Etienne	philippe.giouse@chu-st-etienne.fr
		Marc Taillade, CHU Nîmes	marc.taillade@chu-nimes.fr
		Florent Foucard, CHU Rennes	Florent.foucard@chu-rennes.fr
La valorisation hospitalo-universitaire du DPC, les enjeux stratégiques et partagés	Coordination	Sandrine Brasselet, DAM HCL	sandrine.brasselet@chu-lyon.fr
		Dr Stéphane David, responsable DPC APHP	stephane.david@sap.aphp.fr
	Commission Qualité	Angel Piquemal, DG CHU Caen	piquemal-a@chu-caen.fr
		Dr Jean Petit, CHU Toulouse	petit.j@chu-toulouse.fr
		Dr Vincent Piriou, HCL	vincent.piriou@chu-lyon.fr
	Commission DAM	Pascal Gaudron, CHU Limoges	pascal.gaudron@chu-limoges.fr
		Gwendal Maringue, CHU Brest	gwendal.maringue@chu-brest.fr
		Marc Taillade, CHU Nîmes	marc.taillade@chu-nimes.fr
Emilie Garrido-Pradalié, CHU Montpellier		e-garrido_pradalie@chu-montpellier.fr	

Les méthodes HAS : définition et modalités de justification	Coordination	Loïc Mondoloni, DAM APHM	loic.mondoloni@ap-hm.fr
	Commission Qualité	Hélène Favre, HCL	helene.favre@chu-lyon.fr
		Philippe Michel, HCL	philippe.michel@chu-lyon.fr
		Nicole Perrier, APHM	nicole.perrier@sap.aphp.fr
	Commission DAM	Armelle Drexler, CHU Clermont-Ferrand	adrexler@chu-clermontferrand.fr
	Commission DRH	Marie-Claude LEFORT, CHU Angers	MCLeFort@chu-angers.fr
		Marie-Renée PADELLEC, CHU Nantes	Marie-Renee.PADELLEC@chu-nantes.fr
Dominique PERRON, CHU Clermont-Ferrand		dperron@chu-clermontferrand.fr	
La valorisation financière des programmes de DPC	Coordination	Armelle Drexler, DAM CHU Clermont-Ferrand	adrexler@chu-clermontferrand.fr
	Commission DAM	Anne-Lucie Boulanger, CHU Dijon	anne-lucie.boulanger@chu-dijon.fr
		Pascal Gaudron, CHU Limoges	pascal.gaudron@chu-limoges.fr
		Loïc Mondoloni, APHM	loic.mondoloni@ap-hm.fr
		Sandrine Brasselet, DAM HCL	sandrine.brasselet@chu-lyon.fr
	Commission DRH	Caroline Stuck, CHU Strasbourg	caroline.stuck@chru-strasbourg.fr
		Philippe Giouse, CHU Saint Etienne	philippe.giouse@chu-st-etienne.fr
Florent Foucard, CHU Rennes		Florent.foucard@chu-rennes.fr	

I – L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

SES COMPOSANTES ET SES MODALITÉS DE PILOTAGE

Contact : Brigitte COURTOIS, Directeur Qualité, CHU CAEN/ courtois-b@chu-caen.fr

État des lieux : les constats

1. Une reconnaissance des CHU en tant qu'ODPC encore partielle

Suite à un questionnaire¹ auxquels **23 CHU** ont répondu, la reconnaissance des CHU en tant qu'organisme de développement professionnel continu (ODPC) est encore très partielle. Le bilan à fin mai 2014 est le suivant :

- 7 CHU sont en attente d'enregistrement en tant qu'ODPC : *Rennes, Limoges, Rouen, Strasbourg, Dijon, Reims, Amiens.*
- 11 CHU sont enregistrés ODPC mais sont en attente des évaluations de la part des Commissions Scientifiques Indépendantes (CSI) : *Saint-Etienne, Toulouse, Grenoble, Lille, Orléans, Angers, Nantes, Montpellier, Poitiers, Brest, APHP.*
- Enfin, 5 CHU ont reçu une évaluation favorable de la part d'une ou plusieurs CSI : *Clermont-Ferrand, Caen, APHM, Nancy, Lyon.*
- *Les premiers avis défavorables de la part de certaines CSI ont été formulés.*

2. Les principaux constats issus de cet état des lieux

- Une commission DPC a été mise en place avec une composition généralement mixte, fondée sur des représentants de la CME et de la CSIRMT. Sa mise en place effective n'est pas toujours réalisée.
- Concernant la création d'une structure commune de gestion de l'ODPC, peu de réalisations concrètes ont été engagées mais une réflexion est conduite dans plusieurs CHU.
- Les plans DPC ne sont généralement pas formalisés.
- Les programmes DPC élaborés sont multiples et variés mais peu ouverts sur l'extérieur.

Propositions

Afin de faciliter le déploiement du DPC dans les établissements, le groupe de travail a fait émerger plusieurs propositions d'organisation et de pilotage.

1. Un pilotage stratégique à travers la mise en place d'un comité de pilotage DPC mixte Personnel médical et Personnel non médical.

Ce comité se compose de représentants de la CME, de la CSIRMT, de représentants de l'instance qualité. Il apparaît également très intéressant d'y associer le Doyen (ou son représentant). Les principales directions fonctionnelles concernées, à savoir la direction des affaires médicales, la direction des ressources humaines et la direction de la qualité, sont également présentes dans ce comité.

Ce comité a pour mission de **définir les axes prioritaires du DPC** en lien avec la politique et le programme qualité et de superviser la conduite du projet DPC.

¹ Voir ANNEXE 1.

La validation du projet DPC relève des instances compétentes réglementairement (CME, CTE, CSIRMT).

2. Une mise en œuvre opérationnelle

Cette mise en œuvre opérationnelle s'appuie sur :

- ▣ La désignation d'une direction fonctionnelle (DQ, DRH ou DAM) plus spécifiquement chargée de coordonner la gestion du projet DPC.
- ▣ La structuration d'un appui méthodologique pour construire les programmes : cette structuration passe par la création d'un **comité scientifique et pédagogique** (cette mission pouvant également être attribuée au comité de pilotage DPC). Il s'agit à ce niveau de recenser et susciter les projets, d'accompagner les équipes pour élaborer des programmes DPC, d'en valider la méthodologie et d'organiser le recueil des attestations d'absence de conflits d'intérêts.
- ▣ Enfin, la validation des demandes de DPC doit être assurée par les sous-commissions des instances (CTE/CME/CSIRMT), ou éventuellement dans le cadre d'une commission commune.
- ▣ A moyen terme, il semble intéressant d'engager une **réflexion sur la mise en place d'une structure de gestion dédiée** afin d'assurer les multiples fonctions qui incombent à un ODPC, à savoir : le suivi des dossiers d'ODPC, le rapport d'activité de l'ODPC, le suivi et la mise en œuvre des programmes, le suivi budgétaire, les relations avec l'ANFH, le suivi du plan de DPC, la délivrance des attestations (y compris pour un public extérieur), le suivi des obligations individuelles.

Cette structure constituée à partir des services de formation continue PM/ PNM peut s'avérer un atout important pour répondre au cahier des charges d'un ODPC (en particulier dans le cadre des évaluations *a posteriori* qui seront conduites sous l'égide de l'OGDPC) et peut permettre une mutualisation des moyens humains et des compétences.

Quel ancrage polaire?



Le sujet de l'ancrage polaire du DPC n'appelle pas de réponse simple. Une approche reposant sur une déclinaison par pôle est de nature à faciliter le recensement des analyses de pratiques existantes mais elle ne doit pas sous-estimer l'importance des problématiques transversales en matière de qualité et de sécurité des soins. Une articulation essentielle étant à prévoir entre DPC et qualité / EPP, **les référents qualité /EPP**, lorsqu'ils existent, s'imposent assez naturellement comme des relais privilégiés auprès des professionnels concernant le DPC.

Conclusion : Les opportunités du DPC

Au-delà de ces propositions, il importe surtout de ne pas passer à côté des enjeux stratégiques que constitue aujourd'hui le déploiement du DPC au sein des établissements.

1. Structurer un lien fort entre DPC et qualité

- ▣ **Le DPC est un outil au service de la mise en œuvre de la politique qualité.** Une articulation avec l'instance qualité doit être privilégiée afin de faire émerger des priorités en lien direct avec le programme qualité et sécurité des soins.
- ▣ **Le DPC est un levier pour l'amélioration des pratiques professionnelles.** Il valorise les évaluations des pratiques professionnelles existantes et l'engagement des professionnels. Il contribue à développer de nouvelles analyses des pratiques professionnelles. En effet, il est par exemple intéressant que toute demande de départ en congrès pour le personnel médical puisse s'accompagner d'un volet obligatoire d'analyse de pratiques.

2. Décloisonner par le DPC

- ▣ Le plan DPC doit impérativement se concevoir comme un **plan commun Personnel Médical / Personnel Non Médical** comprenant une zone d'intersection forte entre les deux.
- ▣ **Une incitation forte** doit être faite pour développer et promouvoir les programmes partagés PM / PNM et impliquant la **notion de travail en équipe**.
- ▣ Enfin, l'ouverture du catalogue aux professionnels extérieurs est également une **opportunité pour déployer des programmes régionaux et des programmes inter-secteurs**. Les CHU ont un rôle majeur à jouer dans l'organisation régionale du DPC.

En définitive, les CHU doivent poursuivre ce travail d'échanges et de partages d'expériences, de repérage des réalisations et des initiatives et conforter ainsi leur positionnement spécifique dans le champ de la formation des professionnels de santé.

Par ailleurs, dans le prolongement du rapport de l'IGAS, il semble souhaitable que la gestion du DPC des hospitaliers puisse être confiée à l'ANFH qui dispose d'une bien meilleure connaissance du fonctionnement de nos établissements que l'OGDPC. Cela devrait permettre de lever les difficultés rencontrées actuellement avec l'OGDPC.

II – LE PARTENARIAT CHU/UNIVERSITÉ CONCERNANT LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU *DES ENJEUX STRATÉGIQUES ET PARTAGÉS*

Contacts :

Sandrine BRASSELET, Directrice adjointe des affaires médicales, HCL/ sandrine.brasselet@chu-lyon.fr
Stéphane DAVID, Chef du Département du DPC Médical, AP-HP/ stephane.david@sap.aphp.fr

État des lieux : les constats

1. Les CH&U ont des atouts forts pour se positionner sur le marché du DPC, marché fortement concurrentiel et « lucratif »

- ▣ Expertise en matière de formation
- ▣ Expertise en matière d'analyse de pratiques professionnelles
- ▣ Réflexion avancée en matière de gestion de la pluri-professionnalité
- ▣ Approche de la qualité et de la gestion des risques

2. Le dispositif du DPC national paraît toutefois peu adapté aux CHU et à leurs spécificités

- ▣ Dispositif DPC complexe et peu souple
- ▣ Une action nationale doit être entreprise pour faire reconnaître ses spécificités et assouplir le dispositif.

3. Le positionnement des CHU et des universités est peu clair pour les acteurs

4. Le partenariat entre le CHU et l'université sur le marché du DPC est incontestablement opportun

- ▣ Partenariat CHU et Université pour apporter davantage de lisibilité aux praticiens qui souhaitent proposer et/ou suivre des actions de DPC.
- ▣ Expertises complémentaires
- ▣ Positionnement parallèle sur le secteur de la formation initiale
- ▣ Connaissance précise des besoins de formation des professionnels de santé/réponse adaptée à ces besoins
- ▣ Enjeux financiers (budget DPC conséquent au niveau national)
- ▣ Enjeux stratégiques :
 - développement de liens privilégiés avec les CH, développement de liens avec la médecine de ville (CHU)
 - élargissement du public ciblé (Université)
 - force de proposition et d'action pour adapter le dispositif au niveau national

5. La perception de cet enjeu est hétérogène

- ▣ La perception de cet enjeu semble largement ressentie au niveau des CHU.
- ▣ Elle semble plus « aléatoire » au niveau des Universités selon la situation locale. Les Doyens sont une porte d'entrée mais ce sont les Présidents d'Université qui doivent être partie prenante car la formation continue ne dépend pas que des Doyens.
- ▣ Des blocages locaux existent par méconnaissance du DPC (niveau universités).
- ▣ Une « inertie » peut exister au niveau des Directions générales des CHU par méconnaissance du dispositif liée à sa complexité.
- ▣ Les universités sont en proie à des restructurations importantes pour constituer les communautés d'établissements.

6. L'absence de réflexion commune comporte des risques

- ▣ Se retrouver en concurrence
- ▣ Ne pas pouvoir promouvoir et faire entendre nos spécificités
- ▣ Être des acteurs mineurs dans la formation continue des professionnels de santé, voire perdre notre place actuelle

7. La reconnaissance d'une structure juridique commune serait un atout mais elle ne paraît pas indispensable dans un premier temps

- ▣ La solution du GIP ou du GIS est envisageable mais ces deux options ont des limites.
- ▣ Dans l'attente, la solution conventionnelle avec des accords de fonctionnement est possible. Elle permet de structurer le partenariat.
- ▣ La réflexion de partenariat peut être engagée selon deux approches :
 - *Approche pragmatique* : partenariat sur des programmes ou des secteurs limités puis extension
 - *Approche « marketing »* : affichage d'un ODPC commun sur la base d'un partenariat par voie de convention simple.

8. Le partenariat ne doit pas être envisagé comme exclusif

- ▣ Chaque structure doit pouvoir conserver la possibilité de proposer une offre propre distincte de l'offre commune.
- ▣ Chaque structure doit rester libre de trouver d'autres partenaires.

9. Les risques/freins actuels

- ▣ Dispositif complexe qui n'a pas suscité un intérêt généralisé
- ▣ Le dispositif actuel est lourd, complexe et peu flexible. Chacun des acteurs s'évertue à adapter son fonctionnement aux exigences du dispositif. Le partenariat alourdit davantage le projet.
- ▣ Le sujet du DPC des professions non médicales ne doit pas être oublié même si la thématique centrale reste les enjeux de la formation des personnels médicaux, car il représente l'enjeu financier le plus important. Il nécessite d'impliquer et d'associer les organisations syndicales et l'ANFH.
- ▣ Une approche de la question par le prisme purement financier. Le partenariat doit être gagnant-gagnant en prenant en compte les contraintes respectives.
- ▣ La mise en place des communautés d'universités et établissements et les contraintes qu'elle implique notamment sur le plan financier peuvent réduire la vision des Universités sur le dossier du DPC au seul champ lucratif, ce qui obérerait toute probabilité de partenariat.
- ▣ Le DPC sera-t-il une des activités que les universités seront amenées à regrouper sur des plateformes communes ? Dans ce cadre, quelle pourra être la place des CHU ?
- ▣ Le dispositif impose actuellement des contraintes organisationnelles internes importantes pour chacun des acteurs.
- ▣ Les solutions juridiques de création d'une structure commune sont peu adaptées.
- ▣ Aucune réflexion n'est engagée au niveau national.

Propositions

Le partenariat Université/CHU est un élément stratégique majeur pour le développement et le positionnement du CH&U comme acteur incontournable de la formation des professionnels de santé, pour lequel les CH&U disposent de nombreux atouts.

La conduite d'un tel projet requiert aujourd'hui un investissement important dans un contexte national complexe.

Si une action nationale doit être conduite, elle doit pouvoir s'appuyer sur des expériences de projets réussis et après avoir éclairci un certain nombre de questions relatives notamment aux aspects juridiques et financiers. Elle paraît peu opportune à ce stade. *Les initiatives locales doivent donc être encouragées, suivies et modélisées pour pouvoir être « benchmarkées »*. La multiplication des expériences pourra alors reposer la question d'une action nationale.

Les actions suivantes peuvent être proposées :

- ▣ **Partager nos réflexions avec les conférences des Présidents de CME et des Doyens de CHU pour qu'une réflexion commune soit engagée**
- ▣ **Étudier les possibilités juridiques de création d'une entité juridique commune (moyen terme),**
- ▣ **Amorcer la dynamique de partenariats selon l'approche conventionnelle simple** dans un premier temps :
 - Le **retour d'expériences de 2 ou 3 collaborations en cours** pour disposer de modélisations de ce qui peut être fait ensemble
 - Réflexion ultérieure sur un partenariat plus « poussé » en lien avec la mise en place des **communautés d'établissements pour les universités**
 - **Travailler pour ce faire avec l'association nationale des responsables universitaires du DPC des professionnels de santé** (émanation de la Conférence des Doyens de Santé) pour proposer un ou plusieurs *scenarii* de développement d'un partenariat CHU et Université, en y associant des membres de la Conférences des Présidents de CME..

III – LES MÉTHODES HAS UTILISÉES POUR LES ACTIONS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU *DÉFINITION ET MODALITÉS DE JUSTIFICATION*

Contact :

Loïc MONDOLONI, Directeur des Ressources Humaines, AP-HM/ Loic.MONDOLONI@ap-hm.fr

État des lieux et constats

La mise en œuvre du Développement Professionnel continu conduit à poser la question de la responsabilité de chaque établissement de santé :

- en tant qu'ODPC, sur la nature et du contenu des programmes de DPC qu'il propose
- en tant qu'employeur, sur la qualité des programmes auxquels participent ses personnels

Ces programmes doivent en effet répondre à des orientations nationales et régionales et s'inscrire précisément dans le cadre des méthodes établies par la Haute Autorité de Santé ([fiches méthodes disponibles sur le site de la HAS](#)).

La meilleure appropriation des méthodes dans chaque établissement constitue cependant un exercice délicat, car les exigences de la HAS doivent être mises en adéquation avec la réalité des pratiques des Pôles d'activité et des équipes de soins.

C'est dans ce cadre que les trois commissions (DAM, DRH-CGS et Qualité) de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU se sont livrées à un exercice pratique : il s'est agi de relire chaque fiche méthode, d'analyser et d'envisager sa déclinaison locale dans un échantillon d'établissements de santé.

C'est ainsi qu'est proposé une fiche pratique par méthode HAS, devant permettre à chacun de savoir comment la comprendre, la mettre en œuvre et évaluer l'évolution de la pratique professionnelle de ses personnels.

Les travaux n'ont toutefois pas eu pour objet de reproduire les fiches méthodes, car elles sont d'ores et déjà complètes. Elles sont en réalité précisées afin d'aider chacun à savoir comment structurer et proposer un programme de DPC, ou afin de savoir si l'action de formation ou d'APP à laquelle son professionnel a participé est effectivement un programme de DPC.

Elles demeurent amendables et améliorables, et l'objectif est qu'elles soient actualisées de manière continue.

Dans tous les cas, chaque établissement doit pouvoir, grâce à ces fiches :

- mieux préparer son Plan de DPC institutionnel
- gérer les demandes de formation et les intégrer dans une démarche de DPC
- intégrer les programmes d'EPP
- disposer de références facilitant l'instruction des dossiers individuels.

Propositions – explications sur la présentation des fiches

Les fiches pratiques, complémentaires aux fiches méthodes de la HAS, constituent l'ANNEXE 2 du présent document.

1. Une classification en deux catégories

- ▣ **Les méthodes devant être combinées** afin de constituer un programme de DPC complet : fiches 1 à 13-2
 - Des compléments sont proposés afin de constituer des méthodes intégrées (*exemple* : pour chaque APP, une autre méthode est proposée en complément pour ainsi constituer un programme de DPC complet).
- ▣ **Les méthodes valant DPC à elles seules** (dites « méthodes intégrées ») : fiches 14 à 24

2. Une synthèse de la définition de la méthode

La lecture des fiches méthodes de la HAS fait parfois poser certaines questions.

La définition et les précisions nécessaires sont apportées par la fiche pratique.

3. Une distinction entre critères de structure et critères individuels

Chaque fiche comprend une distinction ayant pour objectif d'apporter les précisions requises en termes d'organisation et de justification de la formation réalisée :

- ▣ Les **critères de structure** sont les étapes qui jalonnent la formation (*exemple* : une partie théorique, un temps d'analyse des pratiques, un dispositif de suivi,...)
- ▣ Les **critères individuels** sont les étapes précises que la personne formée doit accomplir pour valider sa formation ou son analyse de pratiques, et une proposition de pièces justificatives à produire est formulée

4. Un référent par méthode

Chaque fiche pratique a été bâtie par un référent d'un établissement de santé, et relue par un comité pluriprofessionnel.

Des compléments ou précisions pouvant être régulièrement apportés, le nom du référent est indiqué en bas de page. Il pourra ainsi être sollicité pour répondre aux questions des professionnels, des établissements, et compléter sa fiche en tant que de besoin pour ainsi l'améliorer.



IV - LA VALORISATION FINANCIÈRE DES PROGRAMMES DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Contact : Armelle DREXLER, Directrice des Affaires Médicales, CHU CLERMONT-FERRAND
adrexler@chu-clermontferrand.fr

État des lieux des pratiques

La clé de lecture pour cet état des lieux² s'articule autour des composantes des coûts d'un programme de DPC, telles que présentées par l'ANFH :

- Coût pédagogique
- Coût de déplacement³
- Coût d'hébergement⁴
- Coût de traitement⁵.

1. Coût pédagogique : définition et pratiques de calcul

Le coût pédagogique correspond :

- soit au coût des programmes de DPC réalisés en dehors du CHU (*programmes de DPC « externes »*), et coïncide ainsi avec les frais d'inscription.
- soit aux moyens internes mis à disposition par l'établissement de santé pour la réalisation d'un programme global de DPC construit et réalisé au sein du CHU (*programmes de DPC « internes »*).
- soit, pour un *programme de DPC « mixte »*, à l'addition entre les frais d'inscription à une action externalisée, complétée par une action réalisée en interne. Concrètement, le coût pédagogique dans un programme de DPC « mixte » correspondra à l'addition entre les frais d'inscription à une formation (*exemple : Congrès*) et les moyens internes mis à disposition pour la réalisation d'une analyse des pratiques professionnelles en interne (*exemple : une RMM*).

Le coût pédagogique, correspondant à l'ensemble des moyens mis à disposition pour la réalisation d'un programme de DPC global ou partiel, est constitué des coûts suivants :

- Coût formateur (temps d'intervention, temps de préparation, frais de déplacement, frais d'hébergement)
- Charges variables liées à la réalisation du programme, ou de la formation ou de l'analyse des pratiques professionnelles
- Charges fixes

La valorisation financière de ces différents coûts donne lieu à des pratiques très variables en fonction des établissements.

² L'état des lieux initial a été réalisé à partir des pratiques des 8 CHU suivants : AP-HM, CHU CLERMONT-FERRAND, CHU DIJON, HCL, CHU LIMOGES, CHU RENNES, CHU ST-ETIENNE, CHU STRASBOURG.

³ Une enquête inter-CHU a été réalisée pour connaître les pratiques de valorisation du coût du traitement du personnel médical (21 CHU répondants). Voir ANNEXE 3.

⁴ *Idem.*

⁵ *Idem.*

La meilleure illustration est donnée par le calcul du coût d'intervention d'un intervenant/animateur pour un programme de DPC :

Exemples de modalités de calcul du coût d'intervention d'un intervenant/animateur

coût annuel moyen du formateur (selon corps/grade) rapporté au nombre de jours présents de la formation
19,21€/h pour le PNM / 24,70€/h pour le PM

PNM= 13,72€/h (cat.C); 24,70€/h (cat.B); 41,70€/h (cat.A); 61,35€/h (personnel universitaire); PM = 41,70€/h pour mono-appartenants, et 61,35€ pour bi-appartenants

PM = jour CET chargé

PM = coût moyen PH (426€ brut)

2. Coût de déplacement : règles de remboursement

Les remboursements des frais de déplacement des agents suivant un programme de DPC externe s'effectuent selon des modalités différentes selon la catégorie de personnel.

- Pour le **personnel non médical**, les règles de la fonction publique hospitalière s'appliquent avec un remboursement sur le tarif SNCF 2^{ème} classe ou le tarif le plus économique.
- Pour le **personnel médical**, les pratiques varient en fonction des CHU :
 - Remboursement selon les mêmes règles que le personnel non médical
 - Remboursement au réel sur présentation des factures
 - Remboursement selon les forfaits de remboursement internes aux CHU (validés en CME/Commission DPC), souvent intégrés dans un forfait global incluant le coût pédagogique/le coût hébergement/le coût déplacement.

3. Coût d'hébergement : règles de remboursement

Les remboursements des frais d'hébergement et de restauration des agents suivant un programme de DPC externe s'effectuent selon des modalités différentes selon la catégorie de personnel.

- Pour le **personnel non médical**, les règles de la fonction publique hospitalière s'appliquent :
 - 60€ par nuit
 - 15,25 € par repas
- Pour le **personnel médical**, les pratiques varient en fonction des CHU :
 - Remboursement selon les mêmes règles que le personnel non médical
 - Remboursement au réel sur présentation des factures
 - Remboursement selon les forfaits de remboursement internes aux CHU (validés en CME/Commission DPC), souvent intégrés dans un forfait global incluant le coût pédagogique/le coût hébergement/le coût déplacement.

4. Coût de traitement : définition et modalités de calcul

- ▣ Pour le **personnel non médical**, une partie du plan de formation inclut traditionnellement la valorisation des « mensualités de remplacement » à hauteur de x % du budget du plan de formation.
- ▣ La question du coût de traitement se pose essentiellement pour le coût du traitement pour le **personnel médical**. Deux pratiques existent en matière de valorisation du coût du traitement du personnel médical :

Absence de valorisation du traitement	Valorisation du traitement
---------------------------------------	----------------------------

En cas de valorisation du traitement, cette valorisation du traitement est :

Pas systématique	systématique	Exclusivement pour les programmes de DPC « externe ».
------------------	--------------	---

En cas de valorisation du traitement, les modalités de calcul et les montants associés sont variables :

Exemples de montants de la valorisation du coût du traitement pour le personnel médical (par jour)	217,50 €
	300 €
	426 €
	435 €
	30% du coût total du programme

L'état des lieux sur la valorisation des programmes de DPC a amené à articuler la réflexion sur la question de la décomposition des coûts d'un programme de DPC et sur l'analyse des coûts à retenir pour un programme de DPC déterminé – sachant qu'il y a, par construction, une différence entre un programme de DPC « externe », un programme de DPC « mixte » et un programme de DPC « interne ».

Ainsi, l'enjeu des travaux est de **définir un référentiel pour la valorisation des coûts d'un programme de DPC**, principalement du coût pédagogique et du coût de traitement.

Propositions

La valorisation financière des programmes de DPC « internes », développés par les établissements publics de santé enregistrés en qualité d'organisme de développement professionnel continu (ODPC), procède de deux éléments :

1) La décomposition des coûts

- L'identification des coûts pour calculer le coût global et le coût individuel d'un programme
- Les modalités de calcul des différents coûts

2) Les coûts à retenir pour un programme de DPC identifié

- Les spécificités du coût pédagogique, en fonction des différentes méthodes HAS⁶
- Les autres coûts, en fonction du contexte : action réalisée en interne – action réalisée en externe

1) Décomposition des coûts d'un programme de DPC

Les différents coûts d'un programme de DPC porté par l'ODPC-EPS ont été identifiés en quatre catégories :

- a) Coût pédagogique
- b) Coût de déplacement des agents participant au programme de DPC
- c) Coût d'hébergement des agents participant au programme de DPC
- d) Coût de traitement des agents participant au programme de DPC

a) Coût pédagogique

Le coût pédagogique est le coût principal à détailler, dans la mesure où il doit prendre en compte tous les moyens mis à disposition pour permettre la réalisation de l'action cognitive et/ou de l'action d'analyse des pratiques professionnelles, dans le cadre d'un programme de DPC porté par l'ODPC-EPS.

Le coût pédagogique est lui-même constitué de différents coûts.

i. Coût du formateur/de l'animateur

Pour les modalités de calcul du coût formateur ou animateur au sein du coût pédagogique, la référence ayant fait consensus est celle de [l'arrêté du 18 novembre 2011 fixant la rémunération des agents publics des administrations en charge de la santé, de la jeunesse et de la vie associative, des solidarités et de la cohésion sociale, de la ville et des sports participant à titre d'activité accessoire à des activités de formation et de recrutement.](#)

Ainsi, les actions cognitives ou les actions d'analyse des pratiques professionnelles réalisées en interne sont assimilées à des « conférences en présentiel », tout en présentant les caractéristiques de « formations d'approfondissement ou d'expertise ».

⁶ Voir ANNEXE 2 les fiches détaillées des méthodes HAS à l'usage des commissions DPC des établissements de publics de santé.

À ce titre, **le temps d'intervention du formateur ou de l'animateur de l'action d'analyse des pratiques professionnelles** correspond au temps d'animation de la session de formation ou du temps de réunion d'analyse des pratiques professionnelles. Ce temps d'intervention est fixé à **41€ brut de l'heure**, quel que soit le statut de l'animateur.

Ce taux horaire est à charger.

Ce taux horaire est à multiplier par le nombre d'heures de la session de formation ou par le nombre d'heures de réunions d'analyse des pratiques professionnelles formalisées⁷ durant l'année.

À ce temps d'intervention du formateur ou de l'animateur s'ajoute un **temps de préparation de la session de formation ou de l'action d'analyse des pratiques professionnelles**.

Ce temps de préparation est forfaitisé, au regard de l'arrêté du 18 novembre 2011 précité.

Le forfait est d'1h30 par demi-journée de formation ou d'analyse de pratiques professionnelles. Il est proposé de considérer que la demi-journée corresponde à 5h, afin d'aboutir à un coût de préparation acceptable et à un calcul simplifié⁸.

Si la session de formation se répète, le temps de préparation n'est rémunéré qu'une seule fois par an.

Dans la mesure où les séances d'analyse de pratiques professionnelles se succèdent, sans pour autant être identiques, le temps de préparation peut être compté **pour chaque séance formalisée**.



« Le temps passé » par l'animateur est valorisé à hauteur du temps d'animation de la formation et/ou des réunions APP, et du temps de préparation afférent. Ce temps de préparation est forfaitisé, au regard du temps d'intervention.

Ainsi, cette valorisation du temps d'intervention et de préparation de l'animateur peut être différente au sein d'un même établissement public de santé, en fonction des organisations mises en place dans chaque service, dans le cas où un cadrage général institutionnel n'a pas été imposé concernant la durée, la fréquence... des sessions d'APP.

On comprend donc qu'il ne saurait être proposé un coût uniforme pour l'ensemble des établissements publics de santé, mais un référentiel commun de décomposition des coûts et de leurs calculs, permettant de s'adapter à chaque situation locale (et même infra-locale).

Exemple :

RMM Réanimation médicale			
Fréquence	Mensuelle		
Durée de la RMM	2h		
Nombre de séances formalisées sur l'année	6		
Nombre de participants (<u>hors internes</u>) ayant participé à au moins 50% de séances formalisées	11		
Coût d'animation et de préparation	Temps d'intervention de l'animateur	12 heures	(6 × 2h)
	Temps de préparation de l'animateur	3,6 heures	(12 × 0,3)
	Coût global de l'animation	640 € brut à charger	[(12+3,6) × 41]
	Ex. taux de charge 48%	947 € TTC	(640 × 1,48)

⁷ Idem.

⁸ 1h30 de préparation pour 5h d'animation, soit : $1,5/5 \times$ temps d'animation, soit : **temps de préparation = 0,3 × temps d'animation**.

ii. Charges variables liées à la réalisation du programme, ou de la formation ou de l'analyse des pratiques professionnelles

Le coût pédagogique doit comprendre les différentes charges de « logistique de DPC ».

Ces charges de « logistique de DPC » sont en premier lieu des **charges variables**, liées spécifiquement au programme ou à l'action cognitive ou d'analyse des pratiques professionnelles réalisées en interne. Celles-ci peuvent être tout particulièrement des charges de :

- **Reprographie**
- **Location de salles**
- **Prestation repas/café pour les participants**
- **Formations techniques et frais préalables** (*formations informatiques sur un logiciel indispensable à l'action d'APP, formation de formateurs, formation à l'anglais, frais de traduction ...*)

Ces charges variables peuvent dans la plupart des cas être identifiées **au réel**.

iii. Charges fixes

Les charges de « logistique de DPC » comportent également des **charges fixes**, quel que soit le volume de réalisation d'actions d'APP ou d'actions cognitives.

Il convient de distinguer les charges fixes directes liées à la « structure ODPC » des charges fixes indirectes liées à la « structure EPS » - l'établissement public de santé étant le support de la « structure ODPC ».

Les charges fixes directes comprennent :

- **Charges des personnels de l'ODPC**
- **Abonnements électroniques aux revues/ bases de données professionnelles**
- **Information/publicité**
- **Maintenance équipement de l'ODPC**

Les charges fixes indirectes comprennent :

- **Frais administration**
- **Frais de structure EPS** (*amortissements immobiliers, frais financiers*)

Les charges fixes directes peuvent être identifiées, si une unité fonctionnelle spécifique a été créée et suivie par les affectations correspondantes. Les charges fixes indirectes reposent davantage sur des clés de répartition, utilisées notamment pour les budgets annexes.

Dans tous les cas, il revient au service du contrôle de gestion de déterminer les charges fixes. Il est recommandé que la part des charges fixes – si elle est fixée forfaitairement – représente **entre 15% et 25% du coût pédagogique global**.

L'ensemble des charges (d'animation, « de logistique DPC » variables et fixes) sont à additionner pour donner le **coût pédagogique global**. Ce coût pédagogique global est à diviser par le nombre de participants au programme de DPC pour obtenir le **coût pédagogique individuel**.

Si les participants sont des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques, il est nécessaire de veiller au statut des participants et d'**exclure les internes**, qui sont en formation initiale et donc non concernés par un financement au titre du développement professionnel continu.



De manière générale, il ne peut pas y avoir de coût uniforme pour les actions internes pour l'ensemble des établissements publics de santé, dans la mesure où les moyens mis à disposition pour la réalisation de ces actions diffèrent (dimensionnement de l'équipe affecté à l'ODPC, charges fixes de l'EPS, durée/fréquence des séances APP formalisées...).

Exemple :

RMM Réanimation médicale			
Fréquence	Mensuelle		
Durée de la RMM	2h		
Nombre de séances formalisées sur l'année	6		
Nombre de participants (hors internes) ayant participé à au moins 50% de séances formalisées	11		
Coût d'animation et de préparation	Temps d'intervention de l'animateur	12 heures	(6 × 2h)
	Temps de préparation de l'animateur	3,6 heures	(12 × 0,3)
	Coût global de l'animation	640 € brut à charger	[(12+3,6) × 41]
	Ex. taux de charge 48%	947 € TTC	(640 × 1,48)
Charges variables liées à la RMM	Formations informatique sur un logiciel indispensable à l'action d'APP	7 571€	<i>Au réel des factures</i>
Charges fixes (« structure ODPC » et « structure CHU »)	Ex : Forfait 20 % du coût pédagogique global	1 704 €	(947+7571) × 0,2
Coût pédagogique global		10 222 €	(947+7571+1704)
Coût pédagogique individuel de la RMM	Coût global/nombre de participants	929 €	(10 222 €/11)

COÛTS D'UN PROGRAMME DE DPC (APPORTS COGNITIFS & APP)

COÛT PÉDAGOGIQUE	Coût d'intervention du formateur/ de l'animateur APP (personnel médical ou personnel non médical)	Par heure	41€ brut
	Coût de préparation du formateur/ de l'animateur APP (personnel médical ou personnel non médical)	Une fois par an	3*41€ brut <i>(pour une formation d'une durée d'une journée)</i>
	Frais de déplacement du formateur / de l'animateur APP (si extérieur à l'EPS)	<i>Agent public Personnalité ext.</i>	Règles FPH Au réel sur factures
	Frais de d'hébergement du formateur/ de l'animateur APP (si extérieur à l'EPS)	<i>Agent public Personnalité ext.</i>	Règles FPH Au réel sur factures
	Charges variables liées au programme	Frais de location de salles	
		Frais de reprographie Prestation repas/café pour chaque participant Formations techniques préalables (informatiques, formation de formateurs)...	Au réel
	Charges fixes	Charges fixes directes de l'ODPC - Personnels de l'ODPC - Abonnements électroniques - Information/publicité - Maintenance équipement de l'ODPC	Détermination par le contrôle de gestion du CHU (recommandation entre 15% et 25% du coût pédagogique)
		Charges fixes indirectes de l'ODPC - Frais administration - Frais de structure EPS(amortissements immobiliers, frais financiers)	

b) Coût de déplacement des agents participant au programme de DPC

Personnel non médical	Règles FPH	
Personnel médical	Au réel	Ou selon le barème local en vigueur

c) Coût d'hébergement des agents participant au programme de DPC

Personnel non médical	Règles FPH	
Personnel médical	Au réel	Ou selon le barème local en vigueur

d) Coût de traitement des agents participant au programme de DPC

Personnel non médical	Coût moyen par grade
Personnel médical	Jour CET chargé

2) Les coûts à retenir pour un programme de DPC

a) Les spécificités du coût pédagogique « interne » en fonction des méthodes HAS utilisées

Catégorie d'approche	Intitulé de la méthode	Coût d'intervention/ coût de préparation du formateur/animateur APP	Spécificités pour les charges variables du coût pédagogique
Approche à dominante pédagogique ou cognitive	Formation présentielle	OUI	
	Revue bibliographique et analyse d'articles	OUI	
	Formation à distance	OUI	
	Formations diplômantes ou certifiantes	n.c.	
Analyse des pratiques professionnelles	RMM	OUI	
	Groupe d'analyse des pratiques	OUI	
	RCP	OUI	
	Revue de pertinence	OUI	
	Suivi d'indicateurs	OUI	
	Registres, observatoires, bases de données	OUI	
	Audit clinique	OUI	
	Chemin clinique	OUI	
	Bilan de compétences	OUI	
Approche intégrée à l'exercice professionnel	Exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel	OUI	
Dispositifs spécifiques	Accréditation des médecins	n.c.	
	Accréditation des laboratoires de biologie médicale	n.c.	
	Programme d'éducation thérapeutique	OUI	
	Protocole de coopération	OUI	
	Formation professionnelle tout au long de la vie	OUI	
Enseignement et recherche	Publication d'un article scientifique		Formation anglais Frais de publication Frais de traduction
	Recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité		
	Formateurs pour des activités de DPC	OUI	Coût de la formation peut être intégré dans les charges variables du coût pédagogique
Simulation	Session de simulation en santé	OUI	
	TCS	OUI	

b) Les coûts de déplacement, d'hébergement, et de traitement en fonction du contexte de réalisation du programme de DPC

Par « *contexte de réalisation* », on entend la distinction entre la réalisation de l'action en interne et la réalisation de l'action en externe.

Dans le cas d'un programme de DPC « mixte » qui comporte par exemple une action cognitive réalisée en externe et une APP réalisée en interne, il conviendra de dissocier les coûts à retenir pour l'action cognitive (réalisée en externe), de ceux à retenir pour l'APP (réalisée en interne), puis de faire l'addition des différents coûts.

i. Les coûts de déplacement, d'hébergement et de traitement pour une action réalisée en externe

Dans le cadre d'un programme de DPC se réalisant en externe, sont à retenir :

- des coûts de déplacement
- des coûts d'hébergement
- des coûts de traitement



En effet, dans la mesure où les actions en externe engendrent une absence du professionnel, qui doit être compensée pour assurer la continuité du service, le coût de traitement est à retenir.

Pour le personnel médical, ce coût de traitement est à retenir dans tous les cas.

Pour le personnel non médical, si des mensualités de remplacement ont été prévues au plan de formation, le coût de traitement n'est pas à retenir.

ii. Les coûts de déplacement, d'hébergement et de traitement pour une action réalisée en interne

Dans le cadre d'un programme de DPC se réalisant exclusivement en interne au sein de l'établissement public de santé, les coûts de déplacement et les coûts d'hébergement sont sans objet.

Quant au coût de traitement, le temps passé en APP faisant partie de l'activité hospitalière, il n'est pas à retenir.

Pourquoi ne pas avoir retenu le coût de traitement pour les actions internes (principalement d'analyse de pratiques professionnelles) ?

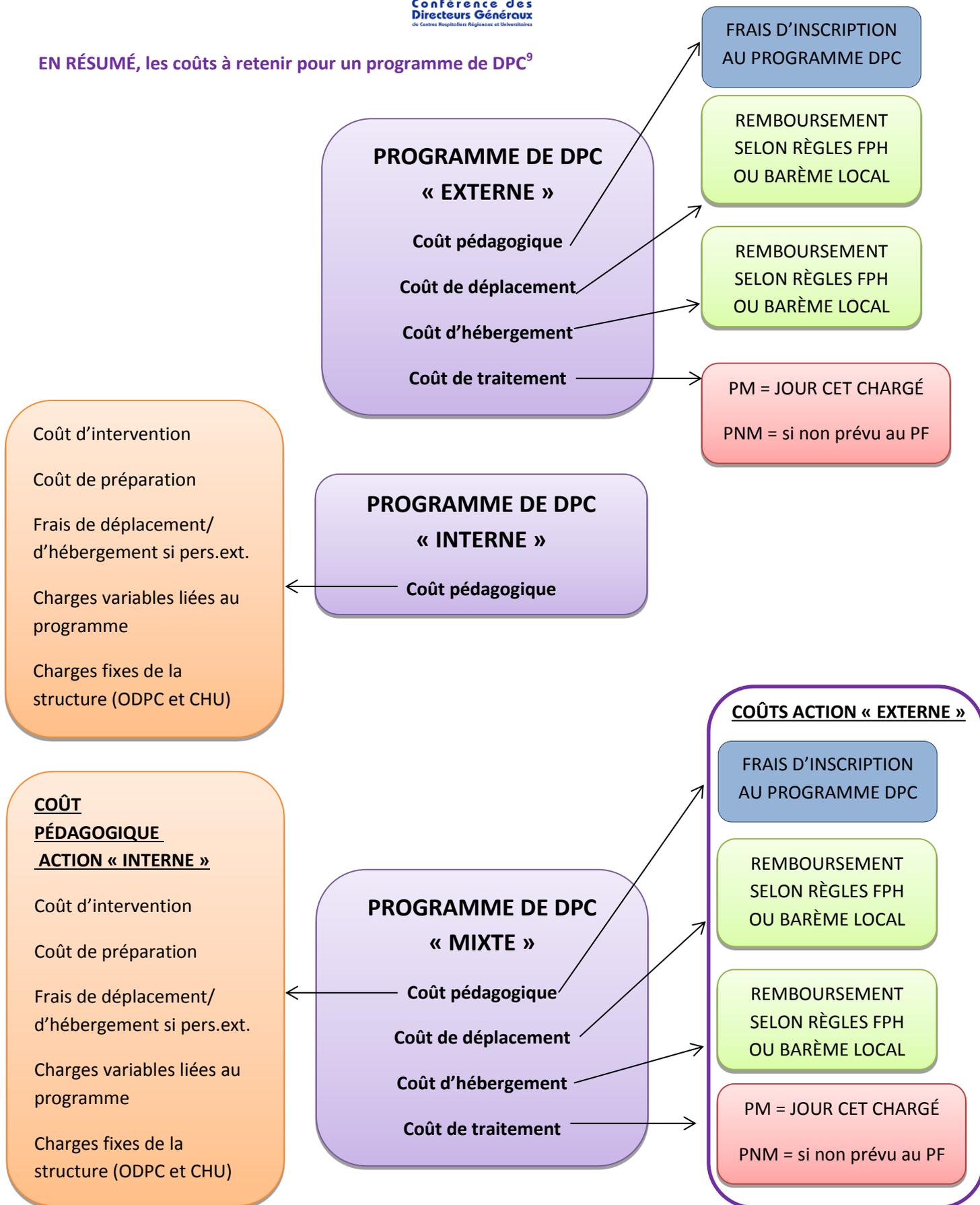
*Le choix a été fait de **privilégier le coût pédagogique**, qui prend en compte le coût d'intervention et de préparation de l'animateur, ainsi que tous les autres moyens mis à disposition par l'établissement public de santé pour développer les APP.*

Ce choix a été dicté par le pragmatisme au regard de l'enveloppe par praticien relativement faible en 2014 (700€).

*Qui plus est, le **coût de traitement est plafonné à hauteur de 30% du coût global du programme de DPC**. Dans le cadre d'un programme mixte, la valorisation du coût pédagogique interne permet d'augmenter le coût partiel (pédagogie/déplacement/hébergement), à partir duquel est plafonné le coût de traitement (valorisé exclusivement pour la partie réalisée à l'extérieur de l'établissement).*



EN RÉSUMÉ, les coûts à retenir pour un programme de DPC⁹



⁹ Voir ANNEXE 4 Exemple de calcul des coûts pédagogique, de déplacement, d'hébergement et de traitement pour un programme de DPC « mixte ».

FOCUS - L'action commerciale de l'ODPC-CHU pour vendre des programmes de DPC à l'extérieur

1) Politique commerciale vis-à-vis des établissements publics de santé de la Région

Dans chaque région, tous les établissements publics de santé ne se sont pas enregistrés pour être ODPC. La mise en place du DPC favorise les coopérations entre établissements de santé, les plus importants étant les pivots d'un dispositif territorial.

Ceux non enregistrés comme ODPC peuvent souhaiter se tourner vers le CHU, à la fois pour bénéficier de programmes de DPC complets, mais aussi pour demander à se faire valider par l'ODPC-CHU les actions réalisées en interne aux CH non ODPC.

○ *La question de la validation des programmes internes des CH par l'ODPC-CHU*

Sur ce dernier point, certains avaient organisé un principe selon lequel, au motif que l'un d'eux était ODPC, les autres pouvaient automatiquement faire reconnaître leurs programmes de formation interne qu'ils proposeraient individuellement. L'ANFH a rappelé que seul l'ODPC peut proposer des programmes de DPC. Ses partenaires éventuels doivent se référer à lui impérativement et lui déléguer la prestation dans sa totalité tant qu'ils ne sont pas ODPC.

○ *La question de la vente de programmes de DPC complets aux établissements publics de santé*

Du moment que les programmes de DPC de l'ODPC-CHU sont enregistrés sur le site Internet de l'ODPC et/ou qu'un catalogue de programmes de DPC est diffusé en externe à l'établissement, des professionnels de santé extérieurs à l'établissement organisé en ODPC peuvent solliciter leurs employeurs pour inscription.

2) Politique commerciale vis-à-vis des professionnels de santé libéraux

Les professionnels de santé libéraux disposent de forfaits de prise en charge de l'[OGDPC](#) pour participer à un ou plusieurs programmes de DPC. Le montant de ce forfait établi, chaque année, comprend :

- Le paiement de l'organisme de DPC dispensant le programme de DPC suivi ;
- L'indemnisation du professionnel pour sa participation à l'intégralité de ce programme de DPC.

Les forfaits 2014 sont les suivants :

Médecins	Sages-femmes	Pharmaciens	Pédicures-podologues	IDE	Chirurgiens-dentistes	MK	Orthoptistes	Orthophonistes
2990€	1375€	1350€	1290€	1065€	1015€	955€	930€	852€

De là, il peut être intéressant d'élaborer des modalités d'organisation de programmes ciblés sur les professionnels de santé libéraux, afin de pouvoir fixer des tarifs, liés aux forfaits de prise en charge.

3) Politique tarifaire pour les programmes de DPC vendus à l'extérieur du CHU

En sa qualité d'ODPC proposant des programmes de DPC à des professionnels qui ne sont pas ses agents, le CHU a uniquement à **définir le tarif** de ses programmes de DPC.

À ce titre, il s'agit de déterminer le coût pédagogique, auquel il conviendra d'ajouter un taux de marge. Ainsi, la **grille de décomposition du coût pédagogique** (voir *supra*) peut être utilisable. Il sera néanmoins nécessaire d'identifier :

- le nombre minimum d'inscrits pour identifier le coût individuel
- le **taux de marge souhaité**, qui s'ajoutera au coût individuel, pour permettre de fixer le tarif.

De là, plusieurs possibilités existent :

- **tarif différencié** pour chaque programme de DPC
- **tarif unique par journée** de participation à un programme de DPC. Dans ce cas, il est nécessaire soit de choisir en base le programme de DPC qui a le coût le plus élevé, soit d'identifier le coût moyen des différents programmes de DPC.

Afin de ne pas risquer de voir remise en question une application de tarifs différenciés selon le statut salarié ou libéral du professionnel de santé, il apparaît préférable d'**identifier des programmes de DPC spécifiques pour les professionnels libéraux**. Ainsi, après calcul du coût individuel, un **taux de marge plus important** pourrait leur être attribué, conduisant à un tarif plus rémunérateur pour l'ODPC.

4) Mobilisation des professionnels de santé internes pour promouvoir des programmes de DPC à vendre à l'extérieur du CHU

Mobiliser individuellement les professionnels de santé afin qu'ils remplissent leur obligation de développement professionnel continu constitue déjà un défi. **Comment alors les mobiliser pour qu'ils soient acteurs dans le montage de programmes de DPC qui ont vocation à être proposés et vendus à l'extérieur du CHU ?**

Dans le cadre du conseil scientifique souvent mis en place pour répondre aux obligations d'enregistrement auprès de l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC), cette question a toute sa place.

En dehors d'initiatives individuelles de professionnels qui n'ont généralement pas attendu la mise en œuvre de cette obligation de DPC pour développer des actions de formation, un moyen de susciter la motivation peut être constitué par le développement d'une **politique d'intéressement pour les équipes qui s'engagent à animer des programmes de DPC**.

Cette politique d'intéressement peut *par exemple* reposer sur une participation aux bénéfices du programme de DPC, permettant à ladite équipe d'utiliser cette part des bénéfices pour toutes dépenses non pérennes utiles dans le cadre du fonctionnement de leur service.



ANNEXES

ANNEXE 1 – Questionnaire de l'enquête inter-CHU sur l'organisation du développement professionnel continu (avril-mai 2014)

ANNEXE 2 – Fiches détaillées des méthodes HAS à l'usage des commissions DPC des établissements de publics de santé

ANNEXE 3 – Synthèse de l'enquête inter-CHU sur la prise en charge financière des actions de DPC des personnels médicaux (avril-mai 2014)

ANNEXE 4 - Exemple de calcul des coûts pédagogique, de déplacement, d'hébergement et de traitement pour un programme de DPC « mixte »

ANNEXE 1 – Questionnaire de l'enquête inter-CHU sur le pilotage et l'organisation du développement professionnel continu au sein des CHU (avril-mai 2014)

1/ Quelles sont les structures (commission/cellule de coordination/ mutualisation de ressources entre plusieurs directions) qui sont mises en place ou en voie de l'être pour assurer la mise en œuvre du DPC ?

Intitulé	Composition (mixte PM ou PNM) Participation des organisations syndicales Articulation avec les instances (CTE, CME, CSIRMT)	Principales missions

2/ Les commissions existantes concernant la FC (sous-commission du CTE/ Commission FMC) ont-elles été maintenues ? Si oui, leurs missions ont-elles évolué avec la mise en place du DPC ?

3/ Comment sont associées les organisations syndicales à la mise en place du DPC ?

4/ Quelle(s) entité(s) assure(nt) la mise en œuvre opérationnelle du DPC ?

4.1/ Comment le CHU ODPC a organisé son activité de producteur d'actions de développement professionnel continu en direction de ses propres professionnels mais aussi en direction de professionnels extérieurs ?

4.2/ Comment le CHU est organisé pour assurer sa mission de gestionnaire de l'obligation de DPC des professionnels qu'il emploie et des fonds qu'il est tenu d'y consacrer ?

4.3/ Quels sont les rôles et place de chacune des directions fonctionnelles impactées par le DPC (DAM, DRH et DQ) ?

4.4/ Y-a-t-il des regroupements prévus ou envisagés entre directions pour créer un service commun de gestion du DPC médical et non médical.

5/ Avez-vous formalisé un plan DPC? Si oui est-il commun PM PNM ? ou bien concerne-t-il uniquement le PNM ? Uniquement le PM ?

6/ Quels sont les principaux programmes élaborés au sein de votre CHU ?

7/ A quel stade en êtes-vous dans la démarche de reconnaissance d'ODPC ?

Thème/ Public visé/ Partenariat éventuel

8/ Avez-vous formalisé le lien DPC-EPP ? si oui, selon quelles modalités ?

ANNEXE 2 – Fiches détaillées des méthodes HAS à l’usage des commissions DPC des établissements de publics de santé

Les méthodes HAS à combiner pour constituer un programme de DPC			
Catégorie d'approche	N° de fiche	Intitulé de la méthode	Compléments requis
Approche à dominante pédagogique ou cognitive	1	Formation présentielle	La méthode choisie doit être complétée d'une analyse des pratiques intégrée ou externalisée (liste ci-dessous)
	2	Revue bibliographique et analyse d'articles	
	3	Formation à distance	
	4	Formations diplômantes ou certifiantes	
Analyse des pratiques	5	RMM	La méthode choisie doit être complétée d'une approche à dominante pédagogique ou cognitive intégrée ou externalisée (liste ci-dessus)
	6	Groupe d'analyse des pratiques	
	7	RCP	
	8	Revue de pertinence	
	9	Suivi d'indicateurs	
	10	Registres, observatoires, bases de données	
	11, 11-2	Audit clinique	
	12	Chemin clinique	
13, 13-2	Bilan de compétences et mobilités		
Les méthodes HAS intégrées (constituent à elles-seules un programme de DPC)			
Catégorie d'approche	N° de fiche	Intitulé de la méthode	
Approche intégrée à l'exercice professionnel	14	Exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel	
Dispositifs spécifiques	15	Accréditation des médecins	
	16	Accréditation des laboratoires de biologie médicale	
	17	Programme d'éducation thérapeutique	
	18	Protocole de coopération	
	19	Formation professionnelle tout au long de la vie	
Enseignement et recherche	20	Publication d'un article scientifique	
	21	Recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité	
	22	Formateurs pour des activités de DPC	
Simulation	23	Session de simulation en santé	
	24	TCS	

1. Critères de validation pour la formation présentielle

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**

Programme annuel

Il s'agit de formations dans le domaine de la santé ayant pour objet une actualisation de données de la science, des retours d'expérience et mises à jour sur un sujet donné.

Les critères de validation, pour cette méthode de DPC, sont à la fois des critères de structure liés à la démarche et des critères individuels.

Critères de structure

La formation présentielle réunit des professionnels de santé autour d'une démarche formalisée et organisée associant **3 étapes** :

- Un temps d'acquisition ou d'approfondissements de connaissances ou compétences : (*cf. différents type de méthodes*)
- Une modalité de transfert compétence /connaissance sur supports pédagogiques (*ex. cas cliniques*)
- Un dispositif de suivi (*questions de suivi avant/après ou pré- test/post-test*)

Critères individuels

A. Action de formation

Le professionnel a pu consacrer, au cours de l'année civile, un temps d'acquisition/approfondissement des connaissances/compétences.

participation à une formation théorique et/ou technique

*Attestation de présence
Questionnaires avant/après*

Afin que la formation présentielle soit validée comme étant un programme de DPC complet, il faut lui adjoindre une étape d'analyse des pratiques directement intégrée à la formation ou externalisée.

B. Action d'analyse des pratiques professionnelles à ajouter pour être un programme de DPC complet

le professionnel a participé, au cours de l'année civile, à une démarche d'analyse des pratiques

Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport

Contact : Pr Stéphanie GENTILE, APHM / Stephanie.gentile@ap-hm.fr

2. Critères de validation pour le groupe de revue bibliographique

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**
Programme annuel

Groupe de lecture se rencontrant régulièrement pour discuter de manière critique d'articles de revues scientifiques

Les critères de validation, pour cette méthode de DPC, sont à la fois des critères de structure liés à la démarche et des critères individuels.

Critères de structure

Le groupe de revue bibliographique est organisée ainsi :

- ▣ Mise en place du groupe (rédiger un règlement intérieur précisant les objectifs, le mode de fonctionnement, l'organisation, la coordination, la formation des membres, la périodicité des réunions, la liste des participants)
- ▣ Réalisation de la bibliographie sur la base d'un questionnement préétabli à l'aide d'une grille standardisée de lecture critique
- ▣ Analyse collégiale des articles et réalisation d'un compte-rendu (Titre des articles, analyse critique, conclusions/plan d'actions)
- ▣ Bilan annuel et suivi des actions d'amélioration mises en œuvre

Critères individuels

A. Action de formation

Le professionnel a participé, au cours de l'année civile, au groupe de revue bibliographique: <u>(une ou plusieurs réponses possibles)</u>	
<input type="checkbox"/> le professionnel a participé, au cours de l'année civile, à au moins 50% des réunions de revue bibliographique formalisées	<i>Charte d'adhésion au groupe bibliographique ; CR anonymisés de réunion ; feuilles d'émargement ; bilan annuel d'activité de l'année précédente (si disponible) ; tout document preuve sur les actions d'amélioration qu'il aura contribué à mettre en place</i>
<input type="checkbox"/> Rapport de synthèse sur la revue bibliographique	<i>Rapport</i>

B. Action d'analyse des pratiques professionnelles à ajouter pour être un programme de DPC complet

<input type="checkbox"/> le professionnel a participé, au cours de l'année civile, à une démarche d'analyse des pratiques directement intégrée ou externalisée	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
--	--

Contact : Pr Stéphanie GENTILE, APHM / Stephanie.gentile@ap-hm.fr

3. Critères de validation pour la mise en œuvre d'une action de formation à distance

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**

Programme annuel ou pluriannuel

Pré-requis :

Le promoteur du programme de formation à distance doit :

- Répondre aux normes de qualité retenues par la Haute Autorité de Santé
- Présenter les déclarations d'intérêts des concepteurs et des intervenants du programme
- Mettre à disposition un document rédigé programme qui décrit les conditions de navigation, organisation, réalisation et d'évaluation de la formation en ligne.

Critères de structure

Les étapes suivantes sont requises pour qu'une formation à distance soit considérée comme méthode DPC:

- 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. fiche HAS).**

Critères individuels

NB : Pour chaque action, des pièces justificatives devront être conservées par le professionnel et sont indiquées en italique en regard de chaque ligne

A. Action de formation

Le professionnel a pu consacrer, au cours de l'année civile, un temps d'acquisition/approfondissement des connaissances/compétences. Il s'agit d'une <u>(une ou plusieurs réponses possibles)</u> :	
<input type="checkbox"/> Document d'inscription au programme :	<i>Attestation</i>
<input type="checkbox"/> Documents justifiant la réalisation du bilan annuel d'activité	<i>Historique du parcours réalisé, résultats d'évaluation, fiche de suivi d'action,...</i>

B. Action d'analyse des pratiques professionnelles

<input type="checkbox"/> le professionnel a participé à une démarche d'analyse des pratiques correspondant à une auto-évaluation de ses pratiques intégrée au programme.	<i>Retour des résultats de ces évaluations vers le professionnel</i>
<input type="checkbox"/> le professionnel a participé à une démarche d'analyse des pratiques en lien avec le thème de la formation.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>

Contact : Mme Dominique PERRON, CHU Clermont-Ferrand / dperron@chu-clermontferrand.fr

4. Critères de validation pour la formation diplômante et certifiante

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**
Programme annuel ou pluriannuel

Il s'agit de formations dans le domaine de la santé validée par un diplôme ou un certificat autre que les DU-DPC validées par le CSI.

Les critères de validation, pour cette méthode d'analyse des pratiques, sont à la fois des critères de structure liés à la démarche et des critères individuels.

Critères de structure

La formation diplômante et certifiante réunit des professionnels de santé autour d'une démarche formalisée et organisée associant 3 **étapes** :

- ▣ Un temps d'acquisition ou d'approfondissements de connaissances ou compétences (programme de cours)
- ▣ Une modalité de transfert compétence /connaissance sur supports pédagogiques (*par exemple un exposé de cas cliniques concret (mises en situation), un travail en groupes pour discuter des différentes options concernant stratégie de prise en charge (travail par groupe, réponse avec un questionnaire, discussion...)*)
- ▣ Un dispositif d'évaluation sanctionnant la délivrance du diplôme qui peut s'appuyer sur une analyse de pratiques (examen écrit ou oral)

Critères individuels

A. Action de formation

Le professionnel a pu consacrer, au cours de l'année civile, un temps d'acquisition/approfondissement des connaissances/compétences. Il s'agit d'une : (une ou plusieurs réponses possibles)	
<input type="checkbox"/> participation à une formation	<i>Attestation de présence</i>
<input type="checkbox"/> inscription à une formation universitaire : DU, Master (1et 2),...	<i>Attestation de présence (si réalisé sur plusieurs années) ou attestation de validation</i>

B. Action d'analyse des pratiques professionnelles à ajouter pour être un programme de DPC complet

<input type="checkbox"/> le professionnel a participé, au cours de l'année civile, à une démarche d'analyse des pratiques	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
---	--

Contact : Pr Patrick DISDIER, APHM / patrick.disdier@ap-hm.fr

5. Critères de validation pour les revues de morbi-mortalité

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**

Programme annuel

Les critères de validation, pour cette méthode d'analyse des pratiques, sont à la fois des critères de structure liés à la démarche et des critères individuels.

Critères de structure

La revue de morbi-mortalité (RMM) réunit des professionnels de santé autour d'une démarche formalisée et organisée. Elle favorise une analyse **pluri-professionnelle et systémique** de situations à risque ciblées sélectionnées par une équipe ou unité (décès, complications et événements porteurs de risque).

L'analyse des cas sélectionnés fait l'objet d'une démarche structurée en 4 étapes :

1. Description chronologique du cas
2. Identification des défauts de soins
3. Recherche des facteurs contributifs (Cf. Grille ALARM)
4. Définition du plan d'actions

Une formalisation est requise pour la revue de morbi-mortalité :

- ▣ Les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies dans un **règlement intérieur** qui précise entre autres :
 - ✓ la fréquence des réunions
 - ✓ la participation des professionnels
 - ✓ les critères de sélection des cas
- ▣ Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'un **compte-rendu anonymisé et daté** mentionnant :
 - ✓ les questions posées
 - ✓ les références utilisées
 - ✓ la liste des actions d'amélioration retenues avec définition du responsable de l'action, le calendrier de mise en place et les mesures de suivi
- ▣ Une **feuille d'émargement** est complétée par chaque participant à chaque réunion
- ▣ Un **bilan annuel** permet de faire la synthèse des situations cliniques à risques traitées et des actions d'amélioration mises en place ainsi que leur suivi.

Critères individuels

A. Action d'analyse des pratiques professionnelles

Une participation active du professionnel est attendue selon deux modalités possibles :	
<input type="checkbox"/> le professionnel a participé, au cours de l'année civile, à au moins 50% des RMM formalisées	<i>CR anonymisés de réunion ; feuilles d'émargement ; bilan annuel d'activité de l'année précédente (si disponible) ; tout document preuve sur les actions d'amélioration qu'il aura contribué à mettre en place</i>
<input type="checkbox"/> ou à défaut le professionnel a participé à un groupe de travail issu de la RMM	<i>CR réunion ; feuilles d'émargement</i>

B. Autre méthode HAS à associer afin de réaliser un programme de DPC complet

L'étape de revue de littérature de la RMM doit être valorisée en tant qu'approche cognitive afin que la RMM soit validée comme étant une méthode intégrée.

Contact : Dr Hélène FAVRE, HCL / helene.favre@chu-lyon.fr

6. Critères de validation pour le staff d'équipe

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**

Programme annuel

Les critères de validation, pour cette méthode d'analyse des pratiques, sont à la fois des critères de structure liés à la démarche et des critères individuels.

Critères de structure

Le staff d'équipe réunit des professionnels de santé autour d'une démarche formalisée et organisée associant 4 étapes :

1. Une sélection de dossiers de patients pris en charge faisant émerger un questionnement
2. Une recherche bibliographique en rapport avec les situations cliniques sélectionnées
3. Une analyse collective des situations cliniques au regard des recommandations
NB : Les présentations souvent réalisées par les internes se font toujours sous l'encadrement d'un senior
4. Une définition des actions d'amélioration à mettre en œuvre et de leurs modalités de suivi

Une formalisation est requise pour le staff :

- ▣ Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces staffs sont définies dans un **règlement intérieur** qui précise entre autres :
 - ✓ la fréquence des réunions (**au moins 4 réunions par an**)
 - ✓ la participation des professionnels
 - ✓ la durée (environ 2h)
- ▣ Chaque réunion de staff donne lieu à la rédaction d'un **compte-rendu daté** mentionnant :
 - ✓ les questions posées
 - ✓ les références utilisées
 - ✓ la liste des actions d'amélioration retenues avec définition du responsable de l'action, le calendrier de mise en place et les mesures de suivi
- ▣ Une **feuille d'émargement** est complétée par chaque participant à chaque réunion
- ▣ Un **bilan annuel** permet de faire la synthèse des typologies de situations cliniques traitées et des actions d'amélioration mises en place ainsi que leur suivi.

Critères individuels

A. Action d'analyse des pratiques professionnelles

Une participation active du professionnel est attendue selon deux modalités possibles :	
<input type="checkbox"/> le professionnel a participé, au cours de l'année civile, à au moins 50% des staffs formalisés (on attend au minimum la réalisation de 4 staffs formalisés par an)	<i>CR de réunion ; feuilles d'émargement ; bilan annuel d'activité de l'année précédente (si disponible) ; tout document preuve sur les actions d'amélioration qu'il aura contribué à mettre en place</i>
<input type="checkbox"/> ou à défaut le professionnel a participé à un groupe de travail issu du staff	<i>CR réunion ; feuilles d'émargement</i>

B. Autre méthode HAS à associer afin de réaliser un programme de DPC complet

L'étape de revue de littérature du staff EPP doit être valorisée en tant qu'approche cognitive afin que le staff EPP soit validé comme étant une méthode intégrée.

Contact : Dr Hélène FAVRE, HCL / helene.favre@chu-lyon.fr

7. Critères de validation pour les réunions de concertation pluridisciplinaires – RCP (en cancérologie et hors cancérologie)

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**
Programme annuel

Les critères de validation, pour cette méthode d'analyse des pratiques, sont à la fois des critères de structure liés à la démarche et des critères individuels.

Critères de structure

Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines au sein d'une démarche formalisée et organisée.

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.

1. Une formalisation est requise pour la réunion de concertation pluridisciplinaire :

- ▣ Les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies dans un **règlement intérieur** qui précise entre autres :
 - ✓ la fréquence et le lieu des réunions
 - ✓ la définition du quorum de spécialités
 - ✓ les critères de sélection des dossiers présentés
- ▣ Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'une **fiche de RCP datée** par patient, mentionnant :
 - ✓ la proposition thérapeutique
 - ✓ le référentiel ou l'essai thérapeutique utilisé
 - ✓ les noms et qualifications des participantsCette fiche est intégrée dans le dossier du patient.
- ▣ Une **feuille d'émargement** est complétée par chaque participant à chaque réunion.
- ▣ Un **bilan annuel** permet de faire la synthèse du nombre de dossiers enregistrés en RCP - y compris les dossiers extérieurs à l'établissement, du nombre éventuel d'inclusions dans des essais thérapeutiques et de l'ensemble des actions d'amélioration mises en place ainsi que leur suivi.

2. La réunion de concertation pluridisciplinaire procède annuellement à l'évaluation des critères suivants :

- ▣ la concordance entre la proposition thérapeutique et le traitement délivré au patient (sur 30 dossiers tirés au sort)
- ▣ le respect du quorum (sur 15 dates de RCP tirées au sort)

Critères individuels

A. Action d'analyse des pratiques professionnelles

Une participation active du professionnel est attendue selon deux modalités possibles :	
<input type="checkbox"/> le professionnel a participé, au cours de l'année civile, à au moins 50% des RCP hors cancer (NB : Une participation active à au moins 6 réunions par an est attendue pour une RCP en cancérologie)	<i>feuilles d'émergence ; bilan annuel d'activité de l'année précédente (si disponible) ; tout document preuve sur les actions d'amélioration qu'il aura contribué à mettre en place</i>
<input type="checkbox"/> ou à défaut le professionnel a participé à un groupe de travail issu de la RCP	<i>CR réunion ; feuilles d'émergence</i>

B. Autre méthode HAS à associer afin de réaliser un programme de DPC complet :

L'étape de revue des référentiels de bonnes pratiques, d'avis d'experts, ou le cas échéant des essais thérapeutiques proposés aux patients doit être valorisée en tant qu'approche cognitive afin que la RCP soit validée comme étant une méthode intégrée.

Contact : Dr Hélène FAVRE, HCL / helene.favre@chu-lyon.fr

8. Critères de validation pour la revue de pertinence

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**
Programme annuel ou pluriannuel

Critères individuels

Le professionnel doit pouvoir justifier d'un engagement dans une action de formation et d'une action d'analyse des pratiques professionnelles au cours du programme.

A. Action d'analyse de pratiques professionnelles

Dans cette démarche, le professionnel a participé à deux étapes listées ci-dessous dont obligatoirement la mise en œuvre ou le suivi des actions d'amélioration.

Actions	Justificatifs
<input type="checkbox"/> Participation à la description du processus de prise en charge	<i>CR de réunion, feuille d'émergence</i>
<input type="checkbox"/> Participation à l'analyse de la pratique professionnelle (mesure des données, analyse des écarts)	<i>CR de réunion, feuille d'émergence</i>
<input type="checkbox"/> Participation à l'amélioration de la pratique (identification, mise en œuvre et suivi du plan d'actions d'amélioration)	<i>CR de réunion, feuille d'émergence</i>

B. Action de formation

Afin de constituer un programme de DPC complet, une étape cognitive est nécessaire.

Le professionnel a participé au cours du programme à minima à une action de formation en rapport. Une ou plusieurs réponses possibles.	
<input type="checkbox"/> Participation à une formation en lien avec le thème choisi ou aux actions d'amélioration identifiées	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à une formation théorique et/ou technique, en lien avec les démarches d'évaluation de la qualité, pouvant être réalisée en interne.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à une formation diplômante (Master, DU,...), en lien avec la méthode théorique et/ou la pratique clinique développée.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à l'organisation du programme (argumentation du choix du thème, identification des références professionnelles en rapport, constitution du groupe de travail)	<i>CR de réunion, fiche de présentation du programme, planning prévisionnel...</i>

Contact : Dr Nicole PERIER, APHP / nicole.perier@sap.aphp.fr

9. Critères de validation pour le suivi d'indicateurs

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**

Programme annuel ou pluriannuel

Critères individuels

Le professionnel doit pouvoir justifier d'un engagement dans une action de formation et d'une action d'analyse des pratiques professionnelles au cours du programme.

A. Action d'analyse de pratiques professionnelles

Dans cette démarche, le professionnel a participé *a minima* à deux étapes listées ci-dessous dont obligatoirement la mise en œuvre ou le suivi des actions d'amélioration.

Actions	Justificatifs
<input type="checkbox"/> Participation au recueil de données des indicateurs choisis	<i>CR de réunion, feuille d'émergence</i>
<input type="checkbox"/> Participation à l'analyse et la restitution des résultats (retour d'information aux professionnels concernés)	<i>Attestation de présence, CR de réunion, feuille d'émergence</i>
<input type="checkbox"/> Participation à l'identification et au suivi des actions d'amélioration	<i>CR de réunion, feuille d'émergence</i>

B. Action de formation

Afin de constituer un programme de DPC complet, une étape cognitive est nécessaire.

Le professionnel a participé au cours du programme à minima à une action de formation en rapport. Une ou plusieurs réponses possibles.	
<input type="checkbox"/> Participation à une formation en lien avec le thème choisi ou aux actions d'amélioration identifiées	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à une formation théorique et/ou technique, en lien avec les démarches d'évaluation de la qualité, pouvant être réalisée en interne.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à une formation diplômante (Master, DU,...), en lien avec la méthode théorique et/ou la pratique clinique développée.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à l'élaboration du programme (argumentation du choix du thème, choix des indicateurs s'appuyant sur des indicateurs validés ou élaborés à partir de références scientifiques, réglementaires ou professionnels : IPAQSS ou autre, constitution du groupe de travail, planning prévisionnel)	<i>CR de réunion, fiche de présentation du programme, planning prévisionnel...</i>

Contact : Dr Nicole PERIER, APHP / nicole.perier@sap.aphp.fr

10. Critères de validation pour le registre de pratiques

Public concerné : tout professionnel de santé

Types ou variantes de la méthode : registre, observatoire et base de données

Programme de DPC **intégré**

Programme annuel ou pluriannuel

Critères individuels

Le professionnel doit pouvoir justifier d'un engagement dans une action de formation et d'une action d'analyse des pratiques professionnelles au cours du programme.

A. Action d'analyse de pratiques professionnelles

Dans cette démarche, le professionnel a participé *a minima* à deux étapes listées ci-dessous dont obligatoirement la mise en œuvre ou le suivi des actions d'amélioration.

Actions	Justificatifs
<input type="checkbox"/> Engagement dans la démarche et alimentation continue du registre ou de la base selon les règles définies	<i>Accord de participation et d'engagement</i>
<input type="checkbox"/> Participation à l'analyse et l'exploitation de données et retour périodique aux professionnels engagés	<i>Rapport d'analyse intermédiaire</i>
<input type="checkbox"/> Participation aux sessions formalisées d'échange entre professionnels pour l'identification des actions d'amélioration	<i>Attestation de présence aux sessions de suivi</i>
<input type="checkbox"/> Mise en œuvre et suivi des actions d'amélioration définies collégalement	<i>Document de preuve sur les actions d'amélioration mises en œuvre</i>

B. Action de formation

Afin de constituer un programme de DPC complet, une étape cognitive est nécessaire.

Le professionnel a participé au cours du programme au minimum à une action de formation en rapport. Une ou plusieurs réponses possibles.	
<input type="checkbox"/> Participation à une formation en lien avec le thème choisi ou aux actions d'amélioration identifiées	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à une formation théorique et/ou technique, en lien avec les démarches d'évaluation de la qualité dont l'audit clinique, pouvant être réalisée en interne.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à une formation diplômante (Master, DU,...), en lien avec la méthode théorique et/ou la pratique clinique développée.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Organisation de la démarche dans le cadre d'une structure professionnelle : Elaboration du registre ou base de données (argumentation du thème, identification des critères en lien avec des références scientifiques, réglementaires ou professionnelles, registre conforme à la réglementation en vigueur notamment CNIL) - de son organisation et suivi.	<i>CR de réunion, fiche de présentation de registre ou de la base ; Déclaration CNIL ; Cahier des charges du registre ou de la base</i>

Contact : Dr Nicole PERIER, APHP / nicole.perier@sap.aphp.fr

11. Critères de validation pour l'audit clinique

Public concerné : tout professionnel de santé

Synonymes ou variantes de la méthode : audit clinique ciblé, quick audit, audit de pratiques, que ce soit par observation ou par entretien

Programme de DPC **intégré**

Programme annuel ou pluriannuel

Critères individuels

Le professionnel doit pouvoir justifier d'un engagement dans une action de formation et d'une action d'analyse des pratiques professionnelles au cours du programme.

A. Action d'analyse de pratiques professionnelles

Le professionnel a participé au cours de l'année **au minimum** à deux étapes listées ci-dessous dont obligatoirement la mise en œuvre ou le suivi des actions d'amélioration.

Actions	Justificatifs
<input type="checkbox"/> Participation à l'évaluation de pratiques (recueil de données, analyse des écarts)	<i>Lettre de mandat pour les auditeurs, CR de réunion, feuille d'émergence, grilles de recueil renseignées, plan d'audit...</i>
<input type="checkbox"/> Participation à la mise en place et au suivi des actions d'amélioration (identification et mise en œuvre des actions d'amélioration, suivi des actions mises en œuvre)	<i>Document de preuve sur les actions d'amélioration mises en œuvre</i>

B. Action de formation

Afin de constituer un programme de DPC complet, une étape cognitive est nécessaire.

Le professionnel a participé au cours du programme au minimum à une action de formation en rapport. Une ou plusieurs réponses possibles.	
<input type="checkbox"/> Participation à une formation en lien avec le thème choisi ou aux actions d'amélioration identifiées	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à une formation théorique et/ou technique, en lien avec les démarches d'évaluation de la qualité dont l'audit clinique, pouvant être réalisée en interne.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à une formation diplômante (Master, DU,...), en lien avec la méthode théorique et/ou la pratique clinique développée.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à l'élaboration du programme (argumentation du choix du thème, identification des références scientifiques, réglementaires ou professionnelles en rapport (dont IPAQSS), grille d'évaluation, constitution du groupe de travail, planning prévisionnel)	<i>CR de réunion, fiche de présentation du programme, grille d'évaluation, planning prévisionnel...</i>

Contact : Dr Nicole PERIER, APHP / nicole.perier@sap.aphp.fr

11-2. Critères de validation pour les enquêtes

Public concerné : tout professionnel de santé

Types ou variantes de la méthode : enquêtes dans le but d'améliorer la qualité du service médical rendu au patient : enquête de satisfaction patient dans sa partie concernant l'amélioration de sa prise en charge, enquête de qualité de vie ou d'expérience patient, enquête de prévalence, enquête d'incidence

Programme de DPC **intégré**

Programme annuel ou pluriannuel

Critères individuels

Le professionnel doit pouvoir justifier d'un engagement dans une action de formation et d'une action d'analyse des pratiques professionnelles au cours du programme.

A. Action d'analyse de pratiques professionnelles

Dans cette démarche, le professionnel a participé au minimum à deux étapes listées ci-dessous dont obligatoirement la mise en œuvre ou le suivi des actions d'amélioration.

Actions	Justificatifs
<input type="checkbox"/> Participation à l'évaluation (recueil de données, analyse des écarts)	<i>Lettre de mandat pour les auditeurs, CR de réunion, feuille d'émergence, grilles de recueil renseignées, plan d'audit...</i>
<input type="checkbox"/> Participation à la mise en place et au suivi des actions d'amélioration (identification et mise en œuvre des actions d'amélioration, suivi des actions mises en œuvre)	<i>Document de preuve sur les actions d'amélioration mises en œuvre</i>

B. Action de formation

Afin de constituer un programme de DPC complet, une étape cognitive est nécessaire.

Le professionnel a participé au cours du programme au minimum à une action de formation en rapport. Une ou plusieurs réponses possibles.	
<input type="checkbox"/> Participation à une formation en lien avec le thème choisi ou aux actions d'amélioration identifiées	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à une formation théorique et/ou technique, en lien avec les démarches d'évaluation de la qualité dont l'audit clinique, pouvant être réalisée en interne.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à une formation diplômante (Master, DU,...), en lien avec la méthode théorique et/ou la pratique clinique développée.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à l'élaboration du programme (argumentation du choix du thème, identification des références scientifiques, réglementaires ou professionnelles en rapport, grille d'enquête, constitution du groupe de travail, planning prévisionnel)	<i>CR de réunion, fiche de présentation du programme, grille d'évaluation, planning prévisionnel...</i>

Contact : Dr Nicole PERIER, APHP / nicole.perier@sap.aphp.fr

12. Critères de validation pour le chemin clinique

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**

Programme annuel ou pluriannuel

Critères individuels

Le professionnel doit pouvoir justifier d'un engagement dans une action de formation et d'une action d'analyse des pratiques professionnelles au cours du programme.

A. Action d'analyse de pratiques professionnelles

Dans cette démarche, le professionnel a participé au minimum à deux étapes listées ci-dessous dont obligatoirement la mise en œuvre ou le suivi des actions d'amélioration.

Actions	Justificatifs
<input type="checkbox"/> Participation à la description du processus de prise en charge et à recherche et l'analyse de la littérature existante	<i>CR de réunion, feuille d'émergence</i>
<input type="checkbox"/> Participation à l'élaboration du chemin clinique (définition des critères d'inclusion et d'exclusion des patients, identification du système d'analyse des écarts de pratiques...)	<i>CR de réunion, feuille d'émergence</i>
<input type="checkbox"/> Participation à la mise en œuvre du chemin clinique	<i>CR de réunion, feuille d'émergence</i>
<input type="checkbox"/> Participation à la mise en œuvre des actions correctives	<i>CR de réunion, feuille d'émergence</i>
<input type="checkbox"/> Participation à l'actualisation du chemin clinique (ex : veille documentaire)	<i>CR de réunion, feuille d'émergence</i>

B. Action de formation

Afin de constituer un programme de DPC complet, une étape cognitive est nécessaire.

Le professionnel a participé au cours du programme au minimum à une action de formation en rapport. Une ou plusieurs réponses possibles.	
<input type="checkbox"/> Participation à une formation en lien avec le thème choisi ou aux actions d'amélioration identifiées	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à une formation théorique et/ou technique, en lien avec les démarches d'évaluation de la qualité, pouvant être réalisée en interne.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à une formation diplômante (Master, DU,...), en lien avec la méthode théorique et/ou la pratique clinique développée.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>
<input type="checkbox"/> Participation à l'organisation du programme (gestion de projet avec argumentation du choix du thème, constitution du groupe de travail)	<i>CR de réunion, fiche de présentation du programme, planning prévisionnel...</i>

Contact : Dr Nicole PERIER, APHP / nicole.perier@sap.aphp.fr

13. Critères de validation pour le bilan de compétences

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**
Programme pluriannuel

Les critères de validation sont des **critères de validation strictement individuels**.

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.

Il s'agit d'une action qui entre dans le champ de la formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV).

Pré-requis :

Les 3 phases du bilan de compétences doivent être réalisées (phase préliminaire qui permet au professionnel de confirmer son engagement et sa motivation pour réaliser le bilan de compétence, phase d'investigation et phase de synthèse) afin que l'action d'analyse des pratiques soit réputée avoir été réalisée.

NB : Pour chaque action, des pièces justificatives devront être conservées par le professionnel et sont indiquées en italique en regard de chaque ligne

Action de formation

Le professionnel a pu consacrer, au cours de l'année civile, un temps d'acquisition/approfondissement des connaissances/compétences. Il s'agit d'une : <i>(une ou plusieurs réponses possibles)</i>	
<input type="checkbox"/> document de demande d'inscription et/ou de prise en charge du bilan de compétences.	<i>Attestation</i>
<input type="checkbox"/> attestation de réalisation d'un bilan de compétences	<i>Attestation</i>
<input type="checkbox"/> attestation de présence à une formation	<i>Attestation de présence</i>
<input type="checkbox"/> attestation d'entretien avec le responsable hiérarchique pour les professionnels salariés	<i>Attestation d'entretien hiérarchique</i>
<input type="checkbox"/> réalisation de la formation dans le domaine de la santé identifiée lors du bilan de compétences	<i>Attestation de présence</i>

Contact : Mme Dominique PERRON, CHU Clermont-Ferrand / dperron@chu-clermontferrand.fr

13-2. Critères de validation pour les mobilités en France ou à l'étranger

Publics concernés : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes

Programme de DPC **intégré**

Programme pluriannuel

Les critères de validation, pour cette méthode de DPC, reprennent les trois étapes attendues d'un programme de DPC.

Etape 1 :

Cette étape correspond à **l'analyse des besoins du professionnel** avant la mobilité.

Le candidat à la mobilité est auditionné en Commission DPC avant son départ

<input type="checkbox"/> présentation de l'état actuel de sa pratique professionnelle et des objectifs attendus d'apprentissage au cours du stage.	<i>Présentation PPT</i>
--	-------------------------

Etape 2 :

La période de mobilité correspond à **l'étape cognitive d'acquisition et de perfectionnement des connaissances/compétences/techniques**.

<input type="checkbox"/> Mobilité en France ou à l'Etranger	<i>Attestation de stage</i>
---	-----------------------------

Etape 3 :

Cette étape correspond à **l'évaluation des compétences/connaissances acquises** par le professionnel au cours de sa mobilité et de leur mise en œuvre pratique.

Le praticien présente en Commission DPC, 3 mois après son retour, un retour d'expérience sur sa mobilité.

Plusieurs modalités permettent de satisfaire cette étape :	
<input type="checkbox"/> le professionnel justifie d'un article scientifique réalisé à l'issue de la mobilité, publié ou en cours de soumission , dans une revue à comité de lecture	<i>Justificatif de soumission ou de publication d'article</i>
<input type="checkbox"/> le professionnel réalise au cours de sa présentation en Commission DPC, un focus particulier sur les ajustements de pratique mis en œuvre dans le service et de l'impact de l'apprentissage	<i>Présentation PPT</i>
<input type="checkbox"/> le professionnel réalise une restitution en staff d'équipe de l'apprentissage acquis et des ajustements possibles et envisageables au sein du service.	<i>CR de staff et feuille d'émargement</i>
<input type="checkbox"/> le professionnel développe un projet de recherche – en lien avec sa mobilité - au sein d'une équipe de recherche labellisée	<i>Projet de recherche et références de l'équipe d'accueil</i>

Contact : Dr Hélène FAVRE, HCL / helene.favre@chu-lyon.fr

14. Critères de validation pour l'exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel

Public concerné : professionnels de santé regroupés autour d'un projet de soins commun afin d'assurer la continuité des soins entre l'hôpital et la ville

Programme de DPC **intégré**
Programme annuel

Critères individuels

Le professionnel doit pouvoir justifier sur l'année civile d'un engagement dans une action de formation et d'une action d'analyse des pratiques professionnelles au cours du programme.

NB : Pour chaque action, des pièces justificatives devront être conservées par le professionnel et sont indiquées en italique en regard de chaque ligne.

A. Action de formation

Le professionnel a pu consacrer un temps d'acquisition/approfondissement des connaissances/compétences pour s'appropriier les données les plus actualisées de la littérature scientifique et professionnelle. Il s'agit d'une <u>(une ou plusieurs réponses possibles)</u> :	
<input type="checkbox"/> Participation à des réunions régulières en équipe intégrant un temps de formation pluriprofessionnelle dédié.	<i>Planning des réunions CR de réunion précisant les problèmes identifiés et partagés par l'équipe ainsi que le plan d'action, feuilles d'émergence</i>
<input type="checkbox"/> participation à une formation théorique et/ou technique, en lien avec le projet de soins. Cette formation peut être réalisée en interne au sein de l'établissement (présentielle, e-learning, ...) ou être externalisée (congrès, colloque, ...)	<i>Attestation de présence</i>

B. Action d'analyse des pratiques professionnelles (1+2)

1. <input type="checkbox"/> Le professionnel s'engage à colliger les données relatives à la prise en charge des patients au sein d'un logiciel partagé et à analyser régulièrement les indicateurs de pratiques cliniques pertinents	<i>CR de réunion et liste des participants Liste des indicateurs de pratiques cliniques suivis Résultats et plan d'action</i>
2. Le professionnel a pu participer régulièrement au cours du programme DPC à une activité d'analyse des pratiques professionnelles : (une ou plusieurs réponses possibles)	
<input type="checkbox"/> Suivis d'indicateurs (audit, suivi d'indicateurs, registre, etc.) ou analyse d'évènements indésirables (RMM, etc.)	<i>CR de réunion identifiant les dates, les indicateurs suivis ou les typologies d'évènements discutés ; liste des participants ; planning Bilan annuel d'activité tout document preuve sur les actions d'amélioration qu'il aura contribué à mettre en place</i>
<input type="checkbox"/> Organisation de la prise en charge des patients sous forme de réunion de concertation pluriprofessionnelle	<i>Planning, liste des participants ou feuilles d'émergence ; tout document preuve sur les actions d'amélioration qu'il aura contribué à mettre en place</i>
<input type="checkbox"/> élaboration par l'ensemble des acteurs concernés de protocoles pluriprofessionnels, répondant à des besoins identifiés	<i>Protocole pluri professionnel élaboré Liste des référentiels utilisés en appui CR de réunion avec liste des participants</i>

Contacts : Dr Hélène FAVRE, HCL / helene.favre@chu-lyon.fr ;

Mme Marie-Renée PADELLEC, CHU Nantes / Marie-Renee.PADELLEC@chu-nantes.fr

15. Critères de validation pour l'accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque

Public concerné : les médecins exerçant une spécialité ou une activité dite "à risque" en établissement de santé : gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, réanimation ou soins intensifs, spécialités interventionnelles, activités d'échographie obstétricale,

Programme de DPC **intégré**
Programme annuel

Pré-requis : [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](#)

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

Les médecins s'engagent dans la procédure d'accréditation par l'intermédiaire de l'OA-Accréditation de leur spécialité. *Ils s'inscrivent à l'OA de leur discipline et c'est cet OA qui gère la procédure jusqu'à la validation.*

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'analyses de pratiques** : le recueil et l'analyse des événements porteurs de risques médicaux (EPR).
 - ▣ 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) constituées 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** :
 - ▣ Mise en œuvre de recommandations ou référentiels professionnels
 - ▣ Mise en œuvre des recommandations individuelles et collectives élaborées et diffusées par l'OA-accréditation.
 - ▣ Participation à des activités de formation (journées de formation, congrès etc.)

Traçabilité : la difficulté est que le professionnel s'engage avec l'OA de spécialité.

Il faut cependant promouvoir un échange avec l'établissement :

Le praticien doit déclarer à la CME qu'il est inscrit dans cette démarche

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 doit être signée.

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.

Les certificats d'accréditation et donc de DPC par l'OA doivent être transmis à l'établissement.

Le professionnel est engagé auprès de son OA de spécialité dans une démarche d'accréditation de spécialité à risque	
<input type="checkbox"/> Inscription dans la démarche auprès de l'OA de spécialité)	<i>Déclaration de cette inscription au président de CME</i>
<input type="checkbox"/> charte médecins établissements de santé	<i>Charte signée</i>

Le professionnel fait son bilan annuel des activités dans le cadre de sa démarche d'accréditation	
<input type="checkbox"/> bilan d'activités réalisées dans le cadre de la démarche d'accréditation	<i>Bilan fourni à l'OA à transmettre à l'établissement</i>
<input type="checkbox"/> certificat d'accréditation	<i>A fournir (document public)</i>
<input type="checkbox"/> attestation de DPC	<i>A fournir</i>

Contact : Nicole PERIER, APHP / nicole.perier@sap.aphp.fr

16. Critères de validation pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale

Public concerné : biologistes (médecins et pharmaciens) et techniciens de laboratoire

Programme de DPC **intégré**

Programme pluriannuel

Les critères de validation, pour cette méthode de DPC, sont des **critères de validation strictement individuels**, puisque l'accréditation en elle-même répond à des critères très précis.

Pré requis : Engagement dans l'accréditation des laboratoires de biologie médicale, organisée par le COFRAC selon les normes ISO15189 et/ou ISO 22870

Le professionnel doit pouvoir justifier d'un engagement dans une action de formation et dans une action d'analyse des pratiques professionnelles :

NB : Pour chaque action, des pièces justificatives devront être conservées par le professionnel et sont indiquées en italique en regard de chaque ligne

A. Action de formation

Le professionnel a pu consacrer, au cours du programme DPC, un temps d'acquisition/approfondissement des connaissances/compétences. Il s'agit d'une : (une ou plusieurs réponses possibles)	
<input type="checkbox"/> participation à une revue documentaire formalisée (revue de littérature, revue technique, ...) concernant les procédures analytiques	<i>CR de réunion (avec au moins : date, liste des participants, objet et conclusion/plan d'action)</i>
<input type="checkbox"/> participation à une formation théorique et/ou technique, en lien avec la pratique habituelle. Cette formation peut être réalisée en interne au sein de l'établissement (présentielle, e-learning, ...) ou être externalisée (congrès, colloque, formations COFRAC, AFNOR, ...)	<i>Attestation de présence</i>
<input type="checkbox"/> inscription à une formation universitaire : DU Qualité, Master (1et 2)... en lien avec l'accréditation en biologie	<i>Attestation de présence ou diplôme</i>
<input type="checkbox"/> participation à un groupe de travail national sur la méthodologie de l'accréditation des laboratoires et concernant un domaine précis de la démarche (ex. surspécialités : cytogénétique, parasitologie, etc.)	<i>CR de réunion (avec au moins : date, liste des participants, objet et conclusion/plan d'action)</i>

B. Action d'analyse des pratiques professionnelles

Le professionnel a pu participer au cours du programme DPC : (une ou plusieurs réponses possibles)	
<input type="checkbox"/> à la réalisation d'un audit interne des activités, soit en tant qu'auditeur, soit en tant que personne auditée (observation et analyse par recueil de preuves pour auditeur et mise en place et suivi du plan d'actions pour audité)	<i>Auditeur : ordre de mission ou plan d'audit (liste des auditeurs et du champ d'audit) Audité : plan d'actions identifiant l'audité comme responsable de l'action</i>
<input type="checkbox"/> à un audit inter-laboratoires soit en tant qu'auditeur, soit en tant que personne auditée (observation et analyse par recueil de preuves pour auditeur et mise en place et suivi du plan d'actions pour audité)	<i>Auditeur : ordre de mission et plan d'audit (liste des auditeurs et du champ d'audit) Audité : plan d'actions identifiant l'audité comme responsable de l'action</i>
<input type="checkbox"/> à une revue des procédures analytiques (revue périodique d'un dossier de VDM, des incertitudes de mesure)	<i>Plan d'action identifiant le professionnel comme responsable de l'action</i>
<input type="checkbox"/> à la mise en place et/ou au suivi d'indicateurs de qualité (contrôles qualité externes, comparaison inter-laboratoires, ...)	<i>CR de réunion (avec au moins : date, liste des participants, objet et conclusion/plan d'action)</i>
<input type="checkbox"/> à l'identification, la déclaration et la maîtrise d'évènements indésirables (non-conformités, réclamations, etc.) et à la mise en place des actions d'amélioration correspondantes	<i>CR de réunion (avec au moins : date, liste des participants, objet et conclusion/plan d'action)</i>
<input type="checkbox"/> à des staffs formalisés de service, des groupes qualité en lien avec l'accréditation	<i>CR de réunion (avec au moins : date, liste des participants, objet et conclusion/plan d'action)</i>
<input type="checkbox"/> à des groupes de travail thématiques de sociétés savantes relevant de la juste prescription	<i>CR de réunion (avec au moins : date, liste des participants, objet et conclusion/plan d'action) ou publication</i>

Contact : Dr Hélène FAVRE, HCL / helene.favre@chu-lyon.fr

17. Critères de validation pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**

Programme annuel

Les critères de validation sont des **critères de validation strictement individuels**, puisque la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique est très encadrée par les ARS.

Pré-requis :

- Participation à un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) autorisé par une ARS
- Existence d'un volet spécifique à l'ETP, intégré dans le dossier patient, papier ou informatique

Le professionnel doit pouvoir justifier sur l'année civile **à la fois** d'un engagement dans une action de formation et dans une action d'analyse des pratiques professionnelles :

NB : Pour chaque action, des pièces justificatives devront être conservées par le professionnel et sont indiquées en italique en regard de chaque ligne

A. Action de formation

Le professionnel a pu consacrer, au cours de l'année civile, un temps d'acquisition/approfondissement des connaissances/compétences. Il s'agit d'une : <u>(une ou plusieurs réponses possibles)</u>	
<input type="checkbox"/> participation à une formation nécessaire aux professionnels de santé pour dispenser une ETP (Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 et arrêté du 2 août 2010)	<i>Attestation de présence</i>
<input type="checkbox"/> participation à une formation théorique et/ou technique en lien avec l'éducation thérapeutique. Cette formation peut être réalisée en interne au sein de l'établissement (présentielle, e-learning, ...) ou être externalisée (congrès, colloque, ...)	<i>Attestation de présence</i>
<input type="checkbox"/> inscription à une formation universitaire : DU, Master (1et 2),... en lien avec l'éducation thérapeutique	<i>Attestation de validation</i>

B. Action d'analyse des pratiques professionnelles

le professionnel a participé, au cours de l'année civile, à l'auto-évaluation annuelle du programme prévue au cahier des charges national (arrêté du 02 août 2010)	<i>Rapport d'auto-évaluation annuelle, CR de réunion, attestation de participation aux réunions, résultats d'évaluation, etc.</i>
--	---

Contact : Dr Hélène FAVRE, HCL / helene.favre@chu-lyon.fr

18. Critères de validation pour un protocole de coopération

Public concerné : professionnels de santé mentionnés à l'[article L. 4011-1 du Code de la Santé Publique](#)

Programme de DPC **intégré**
Programme pluriannuel

Les critères de validation, pour cette méthode de DPC, sont des **critères de validation individuels**.
La mise en œuvre du protocole de coopération est encadrée par l'ARS.

Pré-requis :

- ▣ Validation du protocole de coopération par la HAS et autorisation par l'ARS
- ▣ Rédaction d'un document d'adhésion au protocole et d'engagement au suivi de sa mise en œuvre effective. Transmission à l'ARS des résultats des indicateurs mis en place à 12 mois

Le professionnel « délégué » doit pouvoir justifier sur l'année civile d'un engagement dans une activité d'acquisition ou d'approfondissement de connaissances ou de compétences et d'une activité d'analyse de pratiques.

NB : Pour chaque action, des pièces justificatives devront être conservées par le professionnel et sont indiquées en italique en regard de chaque ligne.

A. Une action de formation

Le professionnel a pu consacrer un temps d'acquisition/approfondissement des connaissances/compétences. Il s'agit d'une <u>(une ou plusieurs réponses possibles)</u> :	
Avant l'adhésion au protocole de coopération : <input type="checkbox"/> Participation à une formation théorique et/ou technique permettant au délégué d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à la réalisation des actes et activités dérogatoires, en lien avec le protocole de coopération concerné. Cette formation peut être réalisée en interne au sein de l'établissement (présentielle, e-learning, ...) ou être externalisée (congrès, colloque, ...)	<i>Attestation de présence</i>
Dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération : <input type="checkbox"/> Participation à une formation théorique et/ou technique en lien avec le protocole de coopération concerné. Cette formation peut être réalisée en interne au sein de l'établissement (présentielle, e-learning, ...) ou être externalisée (congrès, colloque, ...) en tenant compte de l'actualisation des connaissances médicales	<i>Attestation de présence</i>
<input type="checkbox"/> Inscription à une formation universitaire : DU, DIU, Master (1, 2)... en lien avec la thématique du protocole de coopération	<i>Attestation de validation</i>

B. Une action d'analyse des pratiques professionnelles

Le professionnel « délégué » a participé au cours de l'année civile à au moins une activité d'analyse des pratiques :	
<input type="checkbox"/> Recueil et analyse des indicateurs prévus dans le protocole lors de sa validation : indicateurs d'activité, de qualité et de sécurité de prise en charge, de satisfaction ou d'impact organisationnel	<i>Bilan de l'analyse des résultats des indicateurs. CR de réunion et liste des participants.</i>
<input type="checkbox"/> Autres activités d'évaluation des pratiques professionnelles (RMM, revue de dossier, audit clinique, ...)	<i>CR de réunion (avec au moins : date, liste des participants, objet et conclusion/plan d'action)</i>

Contacts : Dr Héléne FAVRE, HCL / helene.favre@chu-lyon.fr ;

Mme Marie-Renée PADELLEC, CHU Nantes / Marie-Renee.PADELLEC@chu-nantes.fr

19. Critères de validation pour une action de formation professionnelle tout au long de la vie

Public concerné : auxiliaire médical, aide-soignant, auxiliaire de puériculture

Autre appellation :

La formation professionnelle continue des professionnels de santé paramédicaux

Programme de DPC **intégré**

Programme annuel ou pluriannuel

Relève de l'éducation permanente permettant l'adaptation aux changements des techniques et des conditions de travail et de favoriser la promotion sociale et la contribution au développement culturel, économique et social.

Action de formation professionnelle continue annuelle

Les critères de validation, pour cette méthode de DPC, sont des **critères de validation individuels**.

Pré requis :

L'action de formation professionnelle continue permettant de remplir l'obligation annuelle de DPC doit répondre aux critères suivants :

- ▣ Être conforme à une orientation nationale annuelle ou pluriannuelle ou une orientation régionale après avis de la commission scientifique du HCPP
- ▣ Être mise en œuvre par un organisme de DPC
- ▣ Être prévue réglementairement

Une formation professionnelle continue doit quant à elle répondre aux conditions suivantes pour le professionnel concerné :

- ▣ Définition d'objectifs pédagogiques en cohérence avec le plan DPC de l'établissement
- ▣ Inscription de la formation dans le plan DPC de l'établissement
- ▣ Temps dédié explicitement à la formation
- ▣ Identification d'une séquence explicite d'analyse des pratiques
- ▣ Suivi explicite des actions d'amélioration mises en œuvre
- ▣ Retour explicite des résultats des évaluations de la formation de la procédure

Le professionnel doit pouvoir justifier sur l'année civile d'un engagement dans une activité d'acquisition ou d'approfondissement de connaissances ou de compétences et d'une activité d'analyse de pratiques :

NB : Pour chaque action, des pièces justificatives devront être conservées par le professionnel et sont indiquées en italique en regard de chaque ligne.

A. Une action de formation en lien avec les programmes DPC proposés

Le professionnel a pu consacrer un temps d'acquisition/approfondissement des connaissances/compétences. Il s'agit d'une <u>(une ou plusieurs réponses possibles)</u> :	
<input type="checkbox"/> Participation à une formation théorique et technique permettant à une personne sans qualification professionnelle de se préparer à occuper un emploi, de s'adapter à un poste de travail. Cette formation peut être réalisée en interne au sein de l'établissement ou être externalisée.	<i>Programme de formation précisant les objectifs pédagogiques et l'évaluation de l'action de formation Attestation de présence Résultats d'évaluation ou fiche de progression</i>
<input type="checkbox"/> Participation à une action de préparation à un examen ou un concours ou une autre procédure de promotion interne. Cette formation peut être réalisée en interne au sein de l'établissement ou être externalisée.	<i>Programme de formation précisant les objectifs pédagogiques et l'évaluation de l'action de formation Attestation de présence</i>
<input type="checkbox"/> Suivi d'études avec obtention d'un diplôme ou d'un certificat du secteur sanitaire et social. Cette formation peut être réalisée en interne ou externalisée, s'inscrire dans un dispositif universitaire.	<i>Copie du diplôme ou du certificat relevant de la liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Attestation de validation</i>
<input type="checkbox"/> Réalisation d'un bilan de compétences. Cette formation est réalisée en externe par un organisme habilité.	<i>Attestation du bilan de compétences</i>
<input type="checkbox"/> Préparation à la validation des acquis de l'expérience en vue de l'acquisition d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification inscrit au répertoire national des certifications professionnelles.	<i>Attestation VAE Attestation de présence Passeport de formation ou bilan individuel d'activité</i>

B. Une action d'analyse des pratiques professionnelles

Une action de formation en lien avec les programmes DPC proposés. Les compétences du professionnel doivent être évaluées chaque année, en s'appuyant au minimum sur deux éléments :	
<input type="checkbox"/> Le professionnel a participé à une séquence explicite d'analyse des pratiques avec un temps dédié, des pratiques professionnelles identifiées, des objectifs et des actions d'amélioration définis	<i>Bilan individuel d'activité CR de réunion (avec au moins : date, liste des participants, objet et conclusion/plan d'action)</i>

Contact : Mme Marie-Renée PADELLEC, CHU Nantes / Marie-Renee.PADELLEC@chu-nantes.fr

20. Critères de validation pour un article publié en matière de qualité et de sécurité des soins

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**

Programme annuel ou pluriannuel

Les critères de validation, pour cette méthode intégrée de DPC, sont des **critères de validation strictement individuels**.

Les principes généraux de la méthode pour permettre à l'auteur de l'article de valider son obligation de DPC sont les suivants :

1. Cet article doit respecter les « *critères de qualité d'un document issu de la presse scientifique professionnelle* » édictés par la HAS
2. La rédaction de l'article doit constituer ou s'accompagner d'une analyse des pratiques et d'un suivi des actions d'amélioration ou de modifications de pratique que le professionnel de santé entend adopter à la suite de l'article

Pré-requis : L'auteur de l'article doit remettre à la Direction ou la Commission de son établissement (selon l'organisation mise en place) l'article lui-même, extrait d'un site reconnu (Pubmed, bibliothèque Cochrane,...) et l'auteur validant son obligation de DPC peut être :

- ▣ Le 1^{er} auteur
- ▣ Le 2^e auteur
- ▣ Le dernier auteur
- ▣ Les autres auteurs identifiés :
 - *1 par site en cas d'étude multicentrique (1^{er} sur la liste des auteurs)*
 - *1 par profession en cas d'étude multiprofessionnelle (1^{er} sur la liste des auteurs)*

NB : Pour chaque action, des pièces justificatives devront être conservées par le professionnel et sont indiquées en italique en regard de chaque ligne

Les critères formels auxquels il est préconisé que la revue et l'article répondent :

Pour le corps médical : peuvent être considérés comme recevables :

- Les articles parus dans des revues à comité de lecture

Pour les professionnels de santé non médicaux : peuvent être considérés comme recevables :

- Les articles parus dans des revues référencées dans le corps professionnel considéré, ou reconnues comme étant une presse scientifique et professionnelle
- Dans les autres cas, la commission DPC de l'établissement peut statuer sur la qualité scientifique de la publication et de l'article afin d'évaluer si les travaux présentés dans la publication permettent de considérer que le contenu de l'article est à une amélioration de la pratique professionnelle de son auteur

Préconisation : La commission DPC de l'établissement peut établir une liste de serveurs de référencement et/ou une liste de revues considérées comme répondant à l'ensemble des critères de qualité préconisés par la HAS.

Les critères relatifs au contenu de la publication

Le contenu de l'article publié porte sur une thématique permettant au professionnel de justifier son obligation de DPC (la lecture de l'article permet de l'attester)	
<input type="checkbox"/> thématique permettant d'évaluer l'amélioration de la pratique professionnelle de son auteur. L'auteur doit y expliciter l'élaboration d'un programme d'amélioration ou de modification de ses pratiques découlant des résultats de son article et expliciter comment il envisage d'exploiter la synthèse de ses travaux	<i>Copie de la publication et son référencement.</i>
<input type="checkbox"/> travail de recherche clinique, l'ensemble des dispositions réglementaires relatives au protocole considéré devant avoir été respectées (protocole approuvé par l'ANSM et un CPP, consentements éclairés validés par le promoteur, déclaration CNIL ou CCTIRS pour les recherches non interventionnelles, ...)	<i>Copie de la publication et son référencement. Justification de la réalisation effective de l'ensemble des formalités réglementaires requises dans le cadre du protocole.</i>

L'article doit dans tous les cas comporter une 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), de nouveautés scientifiques ou une synthèse de l'état de la science

Préconisation : L'ensemble de ces items peut être validé soit par la Commission DPC de l'établissement, soit par un professionnel référent au sein de l'établissement ayant contrôlé l'exhaustivité des éléments mentionnés ci-dessus.

Le rédacteur de l'article peut être sollicité pour répondre à toute question permettant de faciliter l'instruction de son dossier.

Contact : M. Loïc MONDOLONI, APHM / loic.mondoloni@ap-hm.fr

21. Critères de validation pour la recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**
Programme annuel ou pluriannuel

Les critères de validation sont des **critères de validation strictement individuels**.

Pré-requis:

1. Le professionnel de santé doit être :
 - ▣ Soit l'investigateur principal (projet de recherche clinique : interventionnel, non interventionnel, soins courants)
 - ▣ soit un autre professionnel impliqué :
 - 2 par profession en cas d'étude multiprofessionnelle*
 - 2 par site en cas d'étude multicentrique*
2. Une publication, une communication ou un poster doit résulter du projet. Son auteur/concepteur doit être l'investigateur principal ou le coordonnateur du projet de recherche.
3. La recherche s'accompagne d'une analyse des pratiques et d'un suivi des actions d'amélioration ou de modifications de pratique que le professionnel de santé entend adopter à la suite de son travail

Les critères auxquels le projet de recherche clinique doit répondre de manière cumulative :

<input type="checkbox"/> le travail de recherche clinique doit respecter l'ensemble des dispositions réglementaires qui lui correspondent (protocole approuvé par l'ANSM et le CPP, validation des consentements par le promoteur, déclaration CNIL, déclaration CCTIRS, ...)	<i>Validation par la direction en charge des activités de recherche clinique au sein de l'établissement</i>
<input type="checkbox"/> 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	<i>Validation conjointe par l'équipe d'aide méthodologique soutenant le projet et la direction en charge des activités de recherche clinique au sein de l'établissement</i>
<input type="checkbox"/> le travail de recherche doit porter sur un sujet correspondant à la pratique personnelle du professionnel (seule la recherche clinique, à l'exclusion de toute recherche fondamentale)	<i>Validation par la commission DPC de l'établissement</i>
<input type="checkbox"/> le travail de recherche doit avoir été l'objet d'une communication soit écrite (en respectant les critères présentés ci-après), soit orale (avec résumé écrit, dans les actes d'un congrès avec comité de lecture)	<i>Validation par la commission DPC de l'établissement</i>

Contact : M. Loïc MONDOLONI, APHM / loic.mondoloni@ap-hm.fr

22. Critères de validation de formateur pour des activités de DPC

Public concerné : tout professionnel de santé

Programme de DPC **intégré**

Programme annuel

Les critères de validation sont **des critères de validation strictement individuels**.

Pré requis :

- ▣ Le formateur DPC assure une activité annuelle de conception et d'organisation de programme(s) de DPC
- ▣ Il doit pouvoir faire état de la description du contenu des programmes DPC, qu'il dispense (format plateforme OGDPC), ainsi que des résultats d'évaluation de ces programmes.

Le formateur DPC doit pouvoir justifier sur l'année civile d'un engagement dans :

NB : Pour chaque action, des pièces justificatives devront être conservées par le professionnel et sont indiquées en italique en regard de chaque ligne

A. Une action de formation en lien avec les programmes DPC proposés

Le professionnel a pu consacrer un temps d'acquisition/approfondissement des connaissances/compétences. Il s'agit d'une <u>(une ou plusieurs réponses possibles)</u> :	
<input type="checkbox"/> participation à une formation théorique et/ou technique, en lien avec la thématique des programmes DPC. Cette formation peut être réalisée en interne au sein de l'établissement (présentielle, e-learning, ...) ou être externalisée (congrès, colloque, ...)	<i>Attestation de présence</i>
<input type="checkbox"/> inscription à une formation universitaire : DU, Master (1et 2),... en lien avec la thématique des programmes DPC	<i>Attestation de validation</i>
<input type="checkbox"/> participation à une formation sur les méthodes et techniques pédagogiques utilisées dans le cadre de la mise en œuvre de programmes DPC	<i>Attestation de présence</i>

B. Une analyse des pratiques professionnelles du formateur DPC

Les compétences du formateur doivent être évaluées chaque année, en s'appuyant au minimum sur les deux éléments suivants :	
<input type="checkbox"/> la fréquence et la fréquentation des actions de DPC mises en place chaque année par le formateur	<i>Liste annuelle des programmes DPC assurés par le formateur avec mention du nombre d'inscrits pour chaque session</i>
<input type="checkbox"/> une enquête de satisfaction des participants pris en charge par le formateur DPC	<i>Bilan annuel des enquêtes de satisfaction pour chaque thématique de programme DPC dispensé</i>

Contact : Dr Hélène FAVRE, HCL / helene.favre@chu-lyon.fr

23. Critères de validation pour les sessions de simulation en santé

Public concerné : tout professionnel de santé

Les critères de validation, pour cette **méthode intégrée**, sont à la fois des critères de structure liés à la démarche et des critères individuels.

Critères de structure

La méthode pédagogique de simulation en santé intègre à la fois des **objectifs de formation et des objectifs d'analyse des pratiques** et comporte au minimum **un scénario de simulation**.

Chaque séance de simulation comprend **3 phases distinctes** :

1. Le briefing
2. Le déroulement du scénario
3. Le débriefing

Une évaluation avant/après est réalisée, à l'aide d'un **pré** et d'un **post-test**. Les résultats de ces tests sont communiqués à chaque apprenant.

Une **enquête de satisfaction** est distribuée aux participants, à la fin de la séance, pour contribuer à la qualité de la formation.

Enfin, un document, appelé **fiche d'aide à la progression**, est rédigé par l'apprenant à l'issue de la session. Il comporte :

- ▣ les résultats des pré/post-tests,
- ▣ les acquis,
- ▣ les axes de progrès,
- ▣ le plan d'actions à mettre en œuvre et les éventuelles mesures d'impact constatées au sein de sa pratique.

Critères individuels

Le professionnel justifie sur l'année civile, de sa participation active à une session de simulation en santé	<i>Attestation de présence</i> <i>Fiche d'aide à la progression</i> <i>Tout document preuve sur les actions d'amélioration qu'il aura contribué à mettre en place</i>
---	---

Contact : Dr Hélène FAVRE, HCL / helene.favre@chu-lyon.fr

24. Critères de validation pour les sessions de simulation en santé

Public concerné : tout professionnel de santé

Les critères de validation, pour cette méthode d'analyse des pratiques, sont à la fois des critères de structure liés à la démarche et des critères individuels.

Critères de structure

Pré-requis

Construction d'une banque de TCS et mise à disposition sur plateforme internet : cf site Université de Montréal : www.cpass.umontreal.ca/tcs.html

Le TCS réunit des professionnels de santé autour d'une démarche formalisée et organisée associant :

- ▣ Une auto-évaluation des pratiques par l'intermédiaire pour évaluer le raisonnement clinique des professionnels
- ▣ Un transfert des acquis : analyse des écarts de réponses par rapport aux panels d'experts.
- ▣ Un temps d'acquisition de compétences ou de connaissances
- ▣ Un dispositif de suivi

Une formalisation est requise pour le TCS

1. Résultat de l'auto-évaluation (taux de concordance de chaque participant)
2. Résultat de l'analyse d'écarts (repérage, mesure et discussion des écarts)

Critères individuels

Le professionnel doit pouvoir justifier de son engagement dans le TCS et conserver les documents justificatifs suivants :

- ▣ Attestation d'inscription au TCS
- ▣ Résultats de l'auto-évaluation
- ▣ Rapport d'analyse d'écart proposant les solutions à appliquer pour faire concorder son raisonnement clinique, ses savoirs et savoir-faire professionnels avec ceux de ses pairs plus expérimentés.

Synthèse

Le TCS est une méthode de DPC intégrée basée sur le principe de l'évaluation formative. Les étapes formatives et évaluatives sont intriquées.

A. Formation cognitive

Le professionnel a pu consacrer, au cours de l'année civile, un temps d'acquisition/approfondissement des connaissances/compétences par la réalisation d'un TCS qui, en moyenne, doit comporter une vingtaine de dossiers cliniques, source d'une soixantaine d'items explorant les dimensions diagnostique et/ou investigatrice et/ou thérapeutique et/ou pronostique des savoirs professionnels acquis lors de son activité courante.	
<input type="checkbox"/> participation au TCS	<p><i>Texte du TCS (sur papier ou mieux sur plateforme internet ou intranet dédiée)</i></p> <p><i>Attestation de participation comportant le taux de concordance exprimé en pourcentage par rapport au panel d'expert</i></p>

B. Action d'analyse des pratiques professionnelles

<input type="checkbox"/> le professionnel a participé, au cours de l'année civile, à un TCS selon les modalités ci-dessus et a procédé à une analyse matérialisant les écarts avec un panel d'experts dans les dimensions diagnostique et/ou investigatrice et/ou thérapeutique et/ou pronostique des savoirs professionnels acquis lors de son activité courante.	<i>Rapport d'analyse des écarts observés</i>
<input type="checkbox"/> le professionnel a participé à une démarche d'analyse des pratiques extérieure au programme mais en lien avec ce dernier.	<i>Cf. fiche correspondante et critères de validation en rapport</i>

Contact : Pr Patrick DISDIER, APHM / patrick.disdier@ap-hm.fr

ANNEXE 3 – Synthèse de l'enquête inter-CHU sur la prise en charge financière des actions de DPC des personnels médicaux (avril-mai 2014)

	CHU ANGERS	AP-HP	CHU BESANCON	CHU BREST	CHU CLERMONT-FD	CHU GRENOBLE	CHU LILLE
FRAIS D'INSCRIPTION - barème de prise en charge	Barème de prise en charge	Mixte	Au réel	Au réel	Barème de prise en charge	Barème de prise en charge	Au réel avec plafond de prise en charge
Règle générale	Reglement par le praticien	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI/ND/N*
CONGRÈS	Congrès France	750 €	500 €		1 000 €		
	Congrès Europe	500 €	500 €		700 €		
	Congrès USA/Canada	1 600 €	frais inscription + transport tarif le plus avantageux		1 000 €		
	Congrès "les 10 du Monde"	800 €	frais inscription + transport tarif le plus avantageux		700 €		
FORMATION TECHNIQUE		2 800 €			1 200 €		2 000 €
		1 700 €			700 €		
		2 600 €			1 200 €		
FORMATION UNIVERSITAIRE (DU, Masters...)		1 700 €			700 €		
			100% si nécessaire à l'exercice		700 €		
MOBILITÉ		Master 2 : 2287 € **			750 € + 50% du montant > 750 €		
		Autres : 763 € inscription ** 305 € déplacement			2 000 € (Frais de déplacement)		
FRAIS D'HEBERGEMENT		Un aller-retour pris sur le budget DPC					
		Autre					
FRAIS DE DÉPLACEMENT		Max. 60€	Max. 60€	Max. 60€	Max. 60€	Max. 60€	Max. 60€
		15,25€ par repas	15,25€ par repas	15,25€ par repas	15,25€ par repas	15,25€ par repas	15,25€ par repas
MODALITÉS DE GESTION AVEC L'ANFH - COÛT DE TRAITEMENT DU PERSONNEL MÉDICAL		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
		2ème classe SNCF	2ème classe SNCF	2ème classe SNCF	2ème classe SNCF	2ème classe SNCF	2ème classe SNCF
Valorisation des frais de traitement pour les actions de DPC		Basé indem. Riométrique					
		1er classe/2e classe SNCF					
Montant valorisé		Non concerné (pas adhérent à l'ANFH)	40% du coût global du programme	300 €			217,50 €
		par jour	Systématique	Systématique			Systématique
Modalités de valorisation		Non concerné (pas adhérent à l'ANFH)					
		Systématique	Systématique				
Question subsidiaire							
Validation des congrès formations uniquement sur justification		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
		**Remboursement en deux temps : -1/2 à l'inscription -1/2 à la réussite	**Justification nécessaire des congés formation uniquement si demande de remboursement.	**Justification nécessaire des congés formation uniquement si demande de remboursement.	**Justification nécessaire des congés formation uniquement si demande de remboursement.	**Justification nécessaire des congés formation uniquement si demande de remboursement.	**Justification nécessaire des congés formation uniquement si demande de remboursement.
Commentaires complémentaires							

ANNEXE 4 - Exemple de calcul des coûts pédagogique, de déplacement, d'hébergement et de traitement pour un programme de DPC « mixte »

Un cardiologue remplit son obligation de DPC en participant à un programme de DPC « mixte », porté par l'ODPC-CHU, décomposé comme suit :

- Une action cognitive réalisée en externe : *la participation aux journées européennes de la société française de cardiologie (3 jours)*
- Une action d'analyse des pratiques professionnelles en interne : *la participation au staff de cardiologie médicale.*

	Décomposition des coûts et montants associés			Saisie GESFORM (ANFH)	
COÛT PÉDAGOGIQUE	EXTERNE	Frais d'inscription*		520 €	793 €
	INTERNE	Selon calcul**		273 €	
COÛT DE DÉPLACEMENT	EXTERNE	Train 2de classe*		122 €	122 €
	INTERNE	Sans objet			
COÛT D'HÉBERGEMENT	EXTERNE	60€/nuit*	3 nuitées	180€	180€
	INTERNE	Sans objet			
Total hors coût de traitement				1 095€	
COÛT DE TRAITEMENT	EXTERNE	Jour CET (300€) chargé	3 jours Taux de charge 48%	1 332€	469,29€ (1095 × 3/7)
	INTERNE	Sans objet			
Total				2 427€	1 564,29€

* Cas d'un barème local de 1000€ pour la participation à un congrès (→ calcul au réel = 822 €).

** Staff cardiologie médicale			
Fréquence		Hebdomadaire	
Durée du staff d'équipe		2h	
Nombre de séances formalisées sur l'année		26	
Nombre de participants (hors internes) ayant participé à au moins 50% de séances formalisées		18	
Coût d'animation et de préparation	Temps d'intervention de l'animateur		52 heures (26 × 2h)
	Temps de préparation de l'animateur		15,6 heures (52 × 0,3)
	Coût global de l'animation		2 772 € brut à charger (67,6 × 41€)
	Ex. taux de charge 48%		4 102 € TTC (2 772€ × 1,48)
Charges variables liées au staff		-	
Charges fixes (« structure ODPC » et « structure CHU »)		Ex : Forfait 20 % du coût pédagogique global	820 € (4 102 × 0,2)
Coût pédagogique global		4 922 €	
Coût pédagogique individuel du staff		Coût global/nombre de participants	273 € (4 922/18)