

Les méthodes DPC reconnues par la HAS

Le principe général de la procédure et des méthodes à utiliser pour les programmes DPC est publié dans le document : « Développement professionnel continu : méthodes et modalités du DPC » mise à jour janvier 2015. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf

Ce document présente :

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

Les méthodes utilisables dans un programme DPC sont réparties en 6 chapitres, les "dispositifs spécifiques" ne concernent pas nos programmes.

Seules les méthodes utilisées dans les programmes DPC proposés par l'AFPA seront citées ici.

1. **Pédagogie cognitive collective (présentielle) ou individuelle (à distance)**, le programme faisant appel à cette méthode doit comporter les 4 éléments suivants :

- L'acquisition de connaissances théoriques (synthèse de l'état de la science) sous forme de communications « magistrales » (conférences, communications orales) et interactives (tables-rondes, débats contradictoires, échanges autour de posters...).
- Un temps dédié à l'analyse des pratiques professionnelles (APP) (toutes formes d'évaluations des pratiques professionnelles, échanges avec boîtiers électroniques, questionnaires de pratique avant/après, retour d'informations sur les résultats d'évaluations, actions d'amélioration etc.).
- Une modalité de transfert des acquis sur le terrain (messages-clés synthétisés sur des documents écrits ou envois par adressage électronique).
- Un dispositif de suivi des modifications de pratique (*toute méthode permettant de mesurer ce qui a réellement changé dans la pratique à la suite de la formation*). (c'est-à-dire ?)

C'est la méthode appliquée dans les formations classiques à laquelle s'ajoutent une analyse de pratique (APP) et un suivi. C'est le support des **programmes DPC avec séminaire**.

C'est la méthode intégrée aux **programmes à distance** dont elle constitue une des étapes.

2. **Analyse des pratiques**, passe par des revues de dossiers et **le suivi d'indicateurs**. Elle doit être complétée par une activité d'acquisition des connaissances ou des compétences :

- soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser
- soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques, et articulée avec elle.

Ceci est une méthode utilisée dans nombre des programmes proposés par l'AFPA :

A. Audit clinique ciblé (ACC): ou référentiels d'autoévaluation

Principes :

Évaluer sa pratique dans un domaine

La confronter au référentiel: dans ce cas référentiel HAS.

Rechercher les points faibles de sa pratique

Envisager des actions d'amélioration: formation

Faire une seconde évaluation 3 à 6 mois plus tard

Évaluer l'amélioration.

Se proposer de nouvelles perspectives d'amélioration ultérieure.

Réalisation :

■ Porte sur l'évaluation 6 à 20 dossiers personnels selon les référentiels

■ Évalués sur 8 à 10 points concernant la Pratique du médecin ou la Compréhension par le patient et sa famille de la maladie et de sa prise en charge.

Résultats :

■ Les réponses sont portées sur une grille.

■ Des commentaires sur l'autoévaluation et

■ Des observations sur chaque patient sont à ajouter.

■ Une Analyse critique et interprétation des résultats doit être réalisée.

■ Puis les actions d'amélioration que l'on compte mettre en place

■ La deuxième grille est remplie avec les mêmes commentaires et observations 3 à 6 mois plus tard sur à nouveau le même nombre de patients (les mêmes ou non)

En pratique

Ces ACC peuvent être pratiqués dans le cadre des **programmes DPC « en groupe de proximité »** :

B. Observatoire:

Repose globalement sur les mêmes principes que l'ACC.

Méthode intégrée à l'activité.

- Choix d'un thème, une situation pathologique (exemple prescription des antibiotiques)
- Choix des données à saisir (âge du patient, diagnostic, ATB prescrit, durée).
- Recueil de données de pratique personnelle sur une durée de un mois par exemple: toutes les prescriptions sont saisies.
- Analyse par l'expert des prescriptions et comparaison avec les recommandations, cette analyse est communiquée aux participants. Des objectifs d'amélioration sont choisis.
- Deuxième période de recueil de données de pratiques personnelles sur une période identique.
- Seconde analyse avec commentaires adressés aux participants qui prévoient un nouvel objectif d'amélioration.

C. Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs

Principes de fonctionnement

- Mise en œuvre dans le secteur libéral
- Groupe restreint, réunissant exclusivement des médecins de même spécialité, en exercice, **volontaires**, géographiquement proches, se réunissant régulièrement
- Les participants sont des **pairs**: pas de hiérarchie, ni d'expert, ni de leader, ni d'observateur extérieur, induisant un climat de confiance
- **Méthodologie particulière.**
- Organisation souple: réunion au domicile ou au cabinet d'un médecin, ou autre lieu géographiquement proche de chacun, au minimum 8 fois par an (assurer une continuité)
- En principe, indépendance vis-à-vis de l'industrie

Intérêt :

Renforcer l'identité professionnelle des participants, améliorer le confort d'exercice des médecins, confronter sa pratique à celle des autres, sortir de l'isolement professionnel, confronter sa pratique aux données actuelles de la science, faciliter l'actualisation des connaissances et l'acquisition de nouvelles compétences, in fine: améliorer la qualité des soins aux patients et le service médical rendu, *et...valider l'obligation d'EPP-FMC*

Organisation ::

Exclusivement médecins en exercice : 5 à 12 participants

- Modérateur et secrétaire désignés à chaque réunion, tournants
- Minimum de 8 réunions annuelles requis, chaque médecin a participé à 6 au moins
- Déroulement selon les 3 temps décrits
- Confidentialité (cas anonymes)
- Les réponses aux questions non résolues: reportées à la suivante, de préférence argumentées sur des références biblio de bon niveau de preuve
- Compte-rendu rédigé à l'issue de chaque séance par le secrétaire, donné aux participants, joint à la liste de présence
- Liste d'émargement tenue à chaque réunion



Réunion I: étude de cas cliniques

10 mn par cas maximum

Chaque participant apporte et présente (# 3 mn) une observation tirée au sort (ex 3^{ème} patient vu le matin de la veille, à déterminer en concertation)

→ Balayage au fil du temps des pathologies les plus fréquentes

de préférence en utilisant une grille lui permettant de structurer sa présentation

Puis une discussion s'engage entre les praticiens: confrontation des pratiques → le groupe arrive à un consensus

ou non: recherche documentaire instaurée **au cours** de la réunion (si accès Internet), ou **après** celle-ci.

Si la réponse a pu être trouvée, elle est exposée lors de la séance suivante

Les consensus doivent s'appuyer sur des référentiels existants (HAS..), à défaut la méthode de référence est l'EBM (médecine fondée sur les preuves)

🚦 Réunion II: étude des circuits de soins locaux

But: optimiser le parcours du patient dans le système de soins; ex: comment utiliser au mieux les ressources locales, les plateaux techniques, adressage, les relations avec l'hôpital

Confrontation des expériences de chacun (bonnes ou mauvaises), permettant de constituer, au fil du temps, des filières de soins de proximité, des réseaux

On aborde également d'autres facettes de la profession: relationnelles, juridiques, administratives, sociales, de santé publique...

🚦 Réunion III: temps libre

Résultat des recherches biblio effectuées à la suite de la réunion précédente, avoir le meilleur niveau de preuve possible si pas de référentiel existant

Discussion collégiale d'un cas difficile ou d'une observation particulière, inhabituelle

Réflexion sur un article intéressant ou un thème particulier (ex: hygiène au cabinet)

Étude d'un référentiel...

Travailler à :

Dégager des indicateurs d'amélioration qui vont permettre à votre groupe d'améliorer sa pratique

Par exemple : prévoir de noter systématiquement le débit de pointe à chaque consultation d'enfant asthmatique et de lui faire effectuer au moins une EFR par an.

Ou bien, prévoir de remettre systématiquement à chaque GEA, une fiche de conseils que l'on aura commentés avec les parents (signes de gravité, administration du SRO etc....)

Au bout d'un an évaluer l'amélioration, c'est-à-dire le pourcentage des dossiers conformes

En pratique

Les associations locales de Pédiatres peuvent aisément se transformer en « groupes d'analyse de pratiques entre pairs ».

Pour valider sa pratique dans le cadre du DPC le groupe de pairs est invité à travailler sur l'un des dix thèmes proposés par l'AFPA dans le cadre des **programmes DPC « en groupe de proximité »**.

Un groupe de pairs peut saisir l'AFPA pour se faire valider dans le cadre d'un **programme DPC « groupe de pairs »** spécifique à sa propre activité en s'adressant au responsable lilianecret@wanadoo.fr .

D. méthode Situation et Tests d'Evaluation des Pratiques (STEP)

Basée sur l'analyse des **compétences** : faire le bon geste, demander le bon examen, donner la bonne thérapeutique au bon moment, ceci dans les **compétences spécifiques** de la spécialité. La méthode permet au professionnel d'identifier les **lacunes** de sa pratique, d'identifier ses **besoins** de formation puis d'établir un **plan** de formation

Il s'agit de faire le tour de la spécialité pour trouver **les situations cliniques amenant à une réaction spécifique à la spécialité** :

- Exemple : devant un purpura le problème n'est pas d'en connaître les multiples étiologies mais d'avoir le bon geste à savoir : la recherche d'un syndrome infectieux.

Sur chaque situation clinique est élaboré **un cas clinique (« vignette »)** basé sur un problème de **compétence** et permettant de déceler les « scotomes » de la pratique.

Les experts de la spécialité essaient de balayer l'ensemble de la spécialité en élaborant une soixantaine de « vignettes ».

L'AFPA décline cette méthode dans plusieurs programmes

1. **Programme STEP présentiel avec séminaire** de deux jours organisés en 4 demi-journées avec à chaque fois un animateur.

L'ensemble des vignettes, **une centaine**, faisant donc le tour de la spécialité est exposé par l'animateur et discuté entre participants. Ensuite l'expert justifie les réponses.

L'évaluation des erreurs dans la pratique mise en évidence par la méthode permet de sélectionner les thèmes devant faire l'objet d'autres programmes organisés en fonction des lacunes ou « scotomes » observés.

2. **Un programme STEP à distance en e-learning réalisable sur le site :**

Trois programmes distincts de 45 à 60 « vignettes » sont actuellement disponibles. La formule en ligne bénéficie des commentaires des experts et de références bibliographiques consultables en ligne. Un travail personnel de recherche bibliographique est également demandé aux participants.

3. **Étapes « en ligne » de programmes DPC présentiels**

En complément de l'étape de formation cognitive. Eveille l'attention du participant sur ses lacunes et lui permet de préparer les questions à poser aux experts.

3. Approche intégrée à l'exercice professionnel

Exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel en réseaux.

Les réseaux de santé qui ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge, procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Chaque réseau met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels du réseau

L'organisation d'un réseau comporte une formation, des analyses critiques de dossiers et une évaluation permettant une amélioration des pratiques.

La Charte du réseau définit les référentiels de prise en charge

Le guide d'évaluation des réseaux de santé précise que celle-ci doit notamment porter sur l'impact du réseau sur les pratiques médicales.

Ainsi, un réseau de santé élabore par définition un programme de soins protocolé et soumis à évaluation et doit comporter des réunions de concertation. De ce fait, il répond aux critères requis pour le développement professionnel continu.

Les pédiatres sont bien engagés dans les réseaux :

- les réseaux obésité (RePOP) et

- les réseaux de suivi du nouveau-né à risques.
- Enfants asthmatiques
- Eczéma
- Enfant handicapé
- Enfant « dys »

Pour que la participation à un réseau puisse être validante pour le DPC il faut bien sûr avoir suffisamment de patients dans sa pratique inclus dans le réseau et suivis, et assister à aux formations et aux réunions de concertation.

Une charte doit être signée entre le réseau et l'organisme DPC.

Un programme DPC éventuellement pluriannuel doit être rédigé et inscrit par l'AFPA sur le site de l'OGDPC.

Pour envisager cette validation prendre contact avec le responsable DPC de l'AFPA : lilianecret@wanadoo.fr

4. Enseignement et recherche.

Maîtrise de stage.

Une place spéciale est faite par l'OGDPC pour la formation des praticiens ambulatoires à la maîtrise de stage.

Le maître de stage formé, concourt à son développement professionnel continu lorsqu'au cours d'un semestre ou plus il reçoit à son cabinet un Interne DES en stage de Pédiatrie.

Les documents de la HAS ne sont pas encore publiés sur le sujet, on peut néanmoins attendre une validation de cette méthode DPC pour 2014.

5. Simulation

Test de concordance de script TCS

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

Ces TCS utilisent des **vignettes courtes** (qui décrivent des situations cliniques posant problème et choisies en fonction du raisonnement que l'on veut évaluer chez le participant) (voir exemple ci-dessous). Ces vignettes sont suivies par des **propositions d'options ou d'hypothèses possibles**. Pour chacune d'elle, une nouvelle information est alors proposée, et

les professionnels doivent décider si elle augmente, diminue ou est sans conséquence sur la pertinence de cette option. Les réponses sont recueillies selon une échelle de Likert (de - 2 à + 2 par exemple). Les questions posées peuvent être du domaine diagnostique, pronostique ou thérapeutique. L'idée est de placer le professionnel devant une situation complexe, la plus proche possible de son activité réelle, et pour laquelle il existe une variabilité dans les réponses des experts.

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

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