



Développement professionnel continu: De quoi est-il question?

Colloque du CASSF le 5 mai 2010

Par l'ANFIC sf

Nicole MESNIL-GASPAROVIC

CASSF 2010, ANFIC sf



Le DPC: Définition dans la Loi HPST

- ❑ Evaluation des pratiques professionnelles;^{Art. L.4153-1}
- ❑ Perfectionnement des connaissances;
- ❑ Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins;
- ❑ Prise en compte des priorités de santé publique;
- ❑ Maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Définition du DPC



*La FMC est l'acquisition ou l'approfondissement de leurs connaissances ou de leurs compétences



Loi HPST: Le projet régional de santé

Accès aux soins pour tous

+

Permanence des soins

+

Efficience des structures de santé

+

Qualité et sécurité de la prise en charge

Les concepts liés au DPC (1)

- ❑ **La responsabilité** qui incombe aux sages-femmes de veiller à la maintenance, au développement et à l'élargissement systématique de leurs compétences (connaissances, procédures et attitudes) dans le but d'assurer la continuité de leur compétence de professionnel, tout au long de leur carrière. **Il s'agit d'une obligation.**
- ❑ Le DPC doit être géré par le professionnel de **manière active**
- ❑ Le DPC a déjà des **modèles** (en Europe, au Québec...)

Les concepts liés au DPC (2)

- Le DPC se place dans une dynamique moderne, regroupant la société dans son ensemble et individuellement, les professionnels qui soignent, les employeurs des établissements de soins, et les financeurs. **Il s'agit d'un contrat social**
- Le DPC **devrait bénéficier d'un service éducatif** qui entre autre proposerait des outils d'audit à la fois sur l'engagement personnel de chaque personnel, sur l'engagement des groupes de DPC collectifs mais aussi sur les organismes de DPC.
- Cf. Expériences présentes dans la littérature internationale

Contexte social du développement du DPC (1)

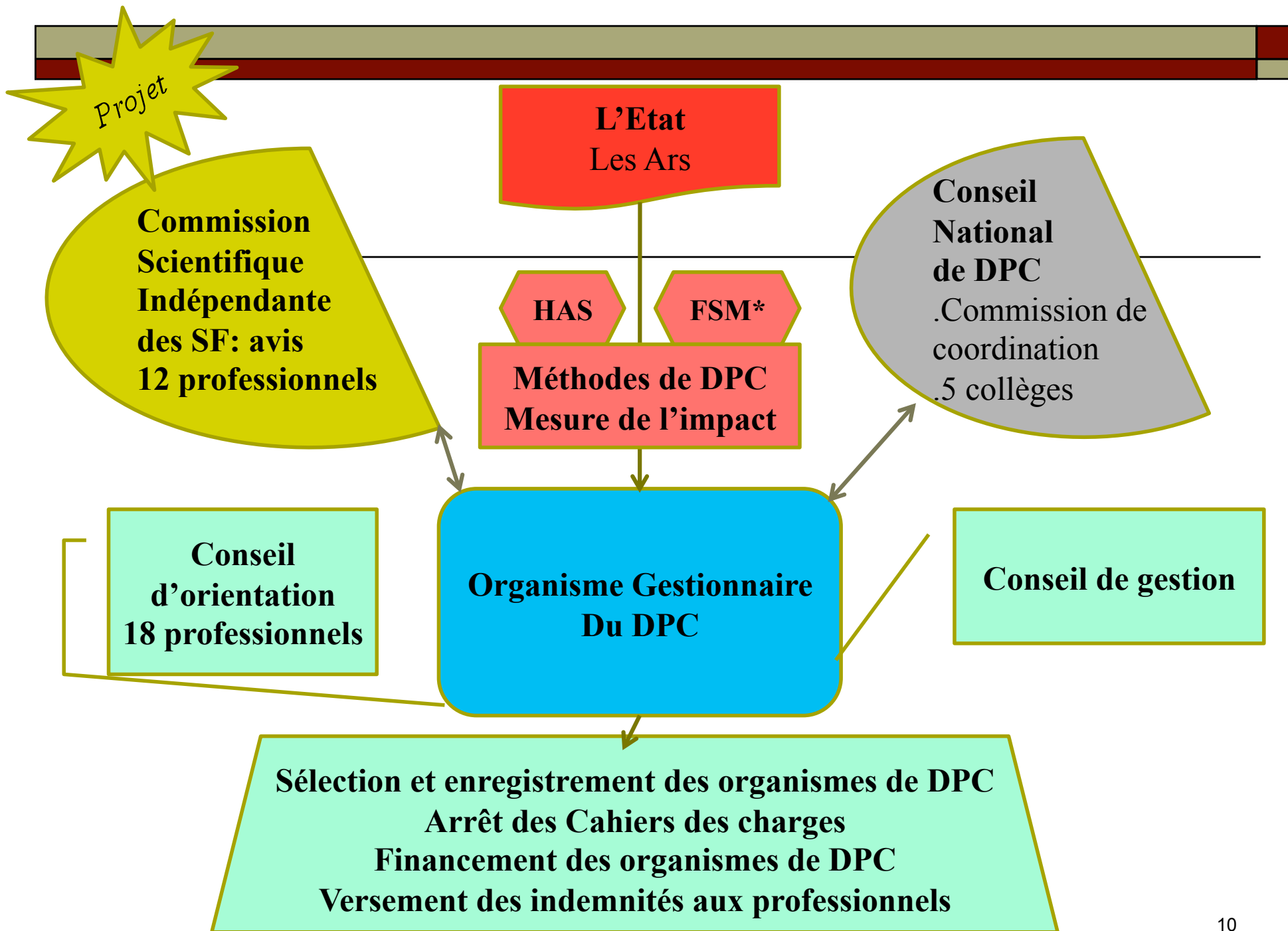
- La santé et la maladie sont des réalités quotidiennes qui concernent au premier chef les individus, mais avec lesquelles doit impérativement composer toute société. **La santé publique franchit les limites de la vie privée des citoyens et engage la responsabilité des gouvernants.**
- La santé n'est plus subjective, **elle est devenue prétendument objective.** Elle appartient à la technologie.

Contexte du développement du DPC (2)

- *Le clinicien doit développer son expertise clinique et sa réflexivité pour être efficace; la formation inclue alors:*
 - le développement du jugement clinique,
 - la réflexion,
 - la capacité à la réflexivité, et la pratique des données probantes,
 - selon des conduites d'autorégulation, d'autoévaluation et d'autocontrôle

Le DPC et la loi

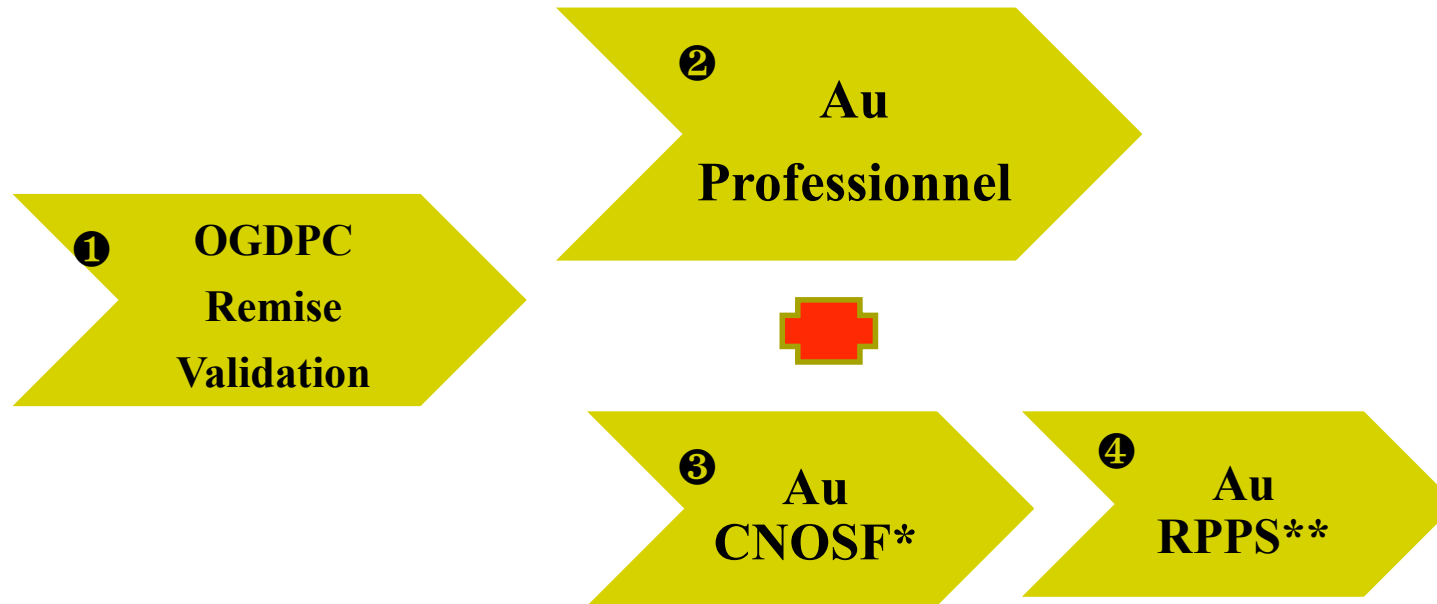
Mise en place de trois instances, parution des décrets prévue pour juin 2010, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Un « ordonnateur » : la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) reconnue d'utilité politique.



** Fédération des spécialités médicales: rôle interprofessionnel?*

Projet

VALIDATION ANNUELLE DES FORMATIONS SUIVIES



*CNOSF: Conseil National de l'ordre des sf (ou à la direction centrale du service de santé aux armées).

**RPPS: Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

Les professionnels auront jusqu'à 2012 pour justifier de leurs première démarche de DPC

La coopération professionnelle:

Les conditions de l'interprofessionnalisme



La coopération professionnelle

- Nous développons ce point en explicitant l'interprofessionnalisme, car les textes français dans leur forme actuelle (mai 2010) privilégient les actions de DPC collectifs en imposant des méthodes pédagogiques via l'HAS.
- Un nouvel acteur: la Fédération de Spécialités médicales aurait un rôle de « coordonnateur » pour les actions de formation interprofessionnelles.
- Nous présentons quelques spécificités dans la littérature

La coopération: interprofessionnalisme (1)

- La pratique collaborative est au cœur des pratiques cliniques, à laquelle les formations doivent s'adapter
- Le processus de DPC en situation d'exercice, soutient la recherche d'information clinique spécifique par le professionnel, en souhaitant favoriser les échanges avec les pairs et la communauté de pratique
- **Les formats pédagogiques à déployer ne sont pas simples**, ils doivent permettre le transfert des connaissances et faciliter le processus décisionnel en lien avec les situations cliniques

La coopération: interprofessionnalisme (2)

- A remettre dans un contexte d'une démarche structurée de réflexion recentrant **la formation sur l'apprentissage** et non sur la transmission de l'information
- « *Réfléchir ensemble sur une problématique particulière, échanger, partager connaissances et expertises constituent une démarche de maturité professionnelle significative* » Thivierge R.L. 2006

Les formats pédagogiques —*Littérature*-(1)

- **Analyse des pratiques (besoins)** afin d'adapter la formation au stade de maturation de l'équipe: *les professionnels de l'équipe partagent-ils efficacement leurs rôles et leurs responsabilités? Exercent-ils leur leadership professionnel? Participent-ils à la prévention/résolution des conflits au sein de l'équipe? Elaborent-ils des plans d'intervention interdisciplinaires centrés sur le patient et ses proches? Contribuent-ils à l'évaluation du fonctionnement de l'équipe?*
- **Organiser une co-animation harmonieuse** (Comité organisateur scientifique multiprofessionnel et usagers?)
- Une partie de la formation pouvant être uni-professionnelle (approfondissement)



Les formats pédagogiques (2):

Apprendre de différentes façons, quelques exemples:

- Résolution de problèmes cliniques en sous-groupes professionnels (experts commentant les travaux des équipes); jeux de rôles, enregistrements vidéos et commentaires...
- Groupes d'analyse de pratique
- E-learning (Université virtuelle de médecine francophone),
- Des techniques de simulation



Les formats pédagogiques (3):

- ❑ Evaluer l'impact des actions de formation
- ❑ Sous forme par exemple d'une session d'approche réflexive (formation du formateur)
- ❑ Assurer le suivi des transformations de pratique



Une première difficulté: Fonction publique: DPC et cumul avec la loi sur la FTPLV? Viabilité du système?

- ❑ **Loi du 4 mai 2004** sur la réforme du droit de la formation
- ❑ Protocole d'accord signé le 19 octobre 2006
- ❑ **Loi du 2 février 2007 concernant la réforme sur la formation dans la fonction publique**
- ❑ Décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière (FPTLV)

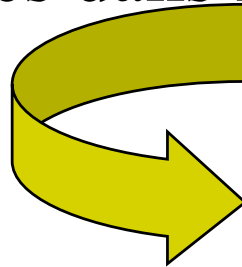
Une deuxième difficulté

En France, un contexte social global dont il faut tenir compte :

Valorisation des circuits de formation diplômante

≠

Valorisation de l'expérience et du maintien des compétences dans les pays anglo-saxons



VAE encore balbutiante

(permet plutôt de s'inscrire dans une nouvelle formation diplômante)

Conclusion: le DPC, nos questions

- Un dispositif prioritaire, mais complexe
- Vers la professionnalisation, au plus proche des besoins des patients
- Un système contraignant?
- Un système applicable (financièrement)?
- Nécessité d'une phase de préparation, d'information et d'appropriation par les professionnels
- Nécessité de formateurs aguerris