

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

DPC : habits neufs pour vieux concepts

Pratiques réflexives : « réflexes » ou « réflexion » ?

Jean-Pierre Vallée, Eric Drahi, Yves Le Noc, pour le groupe de travail de la SFDRMG

JPV / 25/6/10

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Contexte

- HPST, Article L. 4133-1 : « *Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins* ».

Déclaration d'intérêts : Je suis rédacteur en chef de *Médecine*, co-rédacteur de *Bibliomed*, rédacteur d'un certain nombre d'argumentaires de RPC

Conflits d'intérêts financiers : néant.

JPV / 25/6/10

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Questions préalables

1. Faut-il attendre les décrets d'application de la loi ?
2. Peut-on affirmer « collectivement », en tant que professionnels des soins primaires, notre défiance vis-à-vis d'un dispositif si simple à limiter au « tout quantitatif », voire « tout comptable » à l'instar du paiement à la performance ?
3. Mais aussi anticiper sur un futur DPC à partir de ce qui constitue nos propres valeurs et méthodes ?
4. Donc écrire un projet réellement professionnel « mobilisateur », même s'il est « décalé » par rapport à des décrets à venir ?
5. Peut-on – comment - inscrire cette démarche dans une démarche globale concernant les contenus-métier en soins primaires, au-delà de toutes nos différences ?

JPV / 25/6/10

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Méthode

- Réalisation de deux séminaires de deux jours sur le sujet (2 x 14 participants) ;
- Mise à plat des représentations sur le DPC à la lumière de la littérature internationale
- Relecture de 8 « actions » réalisées (7 FPC, 1 sur le parcours du patient au sein du cabinet)
- Elaboration d'un cahier des charges du DPC

JPV / 25/6/10

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Résultats (1) : acteurs

Elle est implicite dans la loi HPSRT :

- L'obligation s'impose au *professionnel de santé*
- Sous le regard (le contrôle ?) *institutionnel*
- pour la qualité (la sécurité) des soins : le DPC (du médecin) est donc *centré sur le patient*
- avec pour priorités des objectifs de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé (*assurance maladie*, sans doute d'autres partenaires financiers...)
- On retrouve donc très logiquement les acteurs de la FMC et de l'EPP

JPV / 25/6/10

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Résultats (2) : concepts

1. La lettre **P** du DPC doit nécessairement avoir, selon notre groupe, la double signification de *professionnel*, mais aussi de *personnel* (ou personnalisé).
2. Il doit favoriser une « pratique réflexive » (DA Schön : réflexion et savoir professionnel ne vont pas l'un sans l'autre)
3. Le DPC obéit à une « logique de programme »

JPV / 25/6/10

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Résultats (3) : outils

1. Instruments d'**investigation et d'analyse** (Ex : statistiques en soins primaires, retours des services hospitaliers et de l'assurance maladie, définition d'indicateurs, résultats de « bilans de compétence » de toute nature...)
2. **Réflexion collective** de toutes origines ou appellations
3. **Programmation** sur le moyen et long terme, ce qui pose la question du recueil des résultats de cette programmation...
4. **Valorisation** : intégration au temps de travail (problèmes de rémunération, idée de « profil de carrière »...)

JPV / 25/6/10

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Tableau 1 : critères du champ « DPC » dans chacun des 4 projets

Critères définis pour chaque projet	Mieux tenir compte de nos erreurs	Prise en charge de la femme obèse	Intégration personnes âgées	Parcours du patient au sein du cabinet
Préalables à l'action				
Identification des besoins – Observer ce que l'on fait	✓	✓	✓	✓
Outil de recueil commun	✓	✓	✓	✓
Appui sur les constituants métier (formation – évaluation)	✓	✓	✓	✓
Promotion – Motivation des professionnels	✓	✓	✓	✓
Durant l'action				
Mise en commun – partage d'expérience	✓	✓	✓	✓
Appui sur les données scientifiques actualisées	✓	✓	✓	?
Médecine centrée sur le patient	✓	✓	✓	✓
Prise en compte de l'environnement du professionnel, aspects collaboratifs avec d'autres professionnels	✓	✓	✓	✓
Intégration au temps de travail	✓	✓	✓	✓
Respect du professionnel (anonymisation)	✓	✓	✓	✓
Après l'action				
Retour – Évaluation du processus envisagée	✓	✓	✓	✓
Méthode de suivi envisagée	✓	✓	✓	✓
Continuité du processus possible	✓	✓	✓	✓
Champ de recherche spécifique aux soins primaires	✓	✓	✓	✓

✓ = Cité pour le projet
 ✓ = A définir

JPV / 25/6/10

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Discussion (1) : Les « invariants » du DPC dans la littérature

- De la FMI à toute la vie professionnelle
- Ensemble des champs de la pratique
- Cohérence entre besoins individuels des médecins et besoins sociétaux.
- Modalités souples
- Pratique réflexive
- Epanouissement personnel du professionnel
- Autogestion d'un plan personnel
- Outil de suivi personnel (portefeuille)

JPV / 25/6/10

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Discussion (2) : Le « professionnalisme médical »

3 principes fondamentaux

1. Primauté du bien-être du patient
2. Respect de son autonomie
3. Principe de justice sociale

10 responsabilités professionnelles

1. Compétence professionnelle
2. Devoir d'information
3. Devoir de confidentialité
4. Respect de la vulnérabilité du malade
5. Démarche de qualité des soins
6. Équité d'accès aux soins
7. Juste répartition de ressources limitées
8. Utilisation des données actuelles de la science
9. Gestion des conflits d'intérêts
10. Participation à l'évaluation des pratiques

JPV / 25/6/10

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Certification	Accréditation en continu	Rémunération	Réponses aux attentes des patients et de la collectivité	Démarche de qualité volontaire
---------------	--------------------------	--------------	--	--------------------------------

↓

Professionnalisme médical

↓

	Pratique clinique	Aspects concrets de l'exercice	Ethique et responsabilité professionnelle	
Stratégies de formation efficaces →	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience du médecin, - informatique médicale (aide à la décision), - jugement clinique. 	<ul style="list-style-type: none"> - communication, - informatique (pratique), - gestion du cabinet, - gestion personnelle et introspection. 	<ul style="list-style-type: none"> - prise de responsabilité et relationnel ; - équité et capacité de médiation ; - éducation*. 	← Démarche de qualité et de sécurité professionnelle

L'amélioration des pratiques se fait par l'intermédiaire d'actions de DPC répondant à des besoins identifiés.
* Le terme anglais « education » du texte original englobe les activités de FMC, d'enseignement et de recherche...

JPV / 25/6/10

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Discussion (3) : propositions du VUC

- Le DPC est une **démarche continue d'approfondissement et d'acquisition** des compétences et d'amélioration des pratiques professionnelles individuelles et collectives, intégrée à la pratique.
- Il vise la **valorisation personnelle et professionnelle** et contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Il concerne **l'ensemble des champs de la pratique** médicale et l'organisation du professionnel dans son contexte local et dans le système de santé.
- C'est un **processus collectif et transparent** qui traduit l'engagement et la responsabilité de la profession devant les patients, la société et les financeurs.
- Les axes du DPC sont définis en **réponse aux besoins des patients**, des professionnels et du système de santé. Les **méthodes, outils, et indicateurs sont définis par la profession**.
- Le DPC repose sur une analyse des pratiques dans une **démarche réflexive**.
- Ce développement personnel continu est **intégré dans le temps de travail et indemnisé**
- La mise en oeuvre du DPC est sous la **responsabilité de chaque médecin** qui assure la gestion d'un plan personnel de DPC selon des modalités adaptées à son exercice.
- Chaque médecin doit pouvoir attester de son DPC en utilisant un **outil de suivi**.

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Conclusion : 7 points-clés pour un cahier des charges. 1/ Pourquoi ?

1. Un programme de DPC porte sur les aspects essentiels de la pratique (cf ci-dessus...)
2. Il nécessite une identification systématisée (outils objectifs) des besoins des professionnels
3. Il se décline en thèmes (pertinents cliniquement, faisables, gratifiants...)
4. Il peut être utilisé pour la recherche, l'enseignement, l'éducation thérapeutique du patient, y compris la mise en oeuvre de pratiques interdisciplinaires dans tous les cas où elles sont nécessaires au patient.

JPV / 25/6/10

CMGF 4^e CONGRÈS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010

SFDRMG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Conclusion : 7 points-clés pour un cahier des charges. 2/ Comment ?

5. Le DPC s'appuie sur les **données actuelles de la science**, une médecine réellement **centrée sur le patient**, la **spécificité**, donc l'**expertise** en soins primaires, la **transversalité** entre professionnels (de santé ou au-delà) intervenant autour du patient.
6. Le DPC n'a aucun objectif de sanction ou de culpabilisation : « développement », pas « contrôle ».
7. Le DPC associe temps de travail **individuels** et temps de mise en commun pour **partages d'expérience**.

JPV / 25/6/10