

# L'actualité du DPC : quoi de neuf depuis février 2013 ?

## Des précisions techniques.

**D**es précisions techniques apparaissent enfin tant à l'ANFH qu'à l'OGDPC. Les délégations régionales de l'ANFH peuvent désormais saisir les dossiers DPC médical et régler les factures. La convention entre l'OGDPC et l'ANFH a été signée en mars et permettra aux établissements de bénéficier de la taxe de l'industrie pharmaceutique par le biais de l'ANFH ; cette dernière pourra s'interfacer avec la plateforme de l'OGDPC, sur laquelle seront enregistrés les organismes DPC et les programmes. Le Conseil du DPC Médical Hospitalier (CDPCMH), instance créée au sein de l'ANFH, a précisé certains points lors de sa séance du 27 mars dernier.

### FINANCEMENT DU DPC MÉDICAL

#### Fixation du forfait :

Le montant du forfait issu de l'industrie pharmaceutique, par médecin, a été fixé à 750 €, cette somme permettant de financer un programme de DPC pour 50 % des médecins éligibles au dispositif, à l'exclusion des pharmaciens et des odontologistes. Une aide sera accordée aux petits établissements dont l'effectif est inférieur à 10 médecins ; il s'agira d'un doublement de la cotisation grâce à un apport complémentaire de fonds mutualisés cumulé au forfait par médecin ayant suivi un programme DPC ; une enveloppe de continuité territoriale pour les DOM et un financement spécifique pour les PADHUE (Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne) ont été envisagés.

#### Modalités de versement de la contribution spécifique de l'industrie pharmaceutique :

Un forfait déclenché de 750 € alimentera l'enveloppe prévisionnelle à l'inscription du médecin. À la présentation de l'attestation de réalisation du programme de DPC, fournie par l'OGDPC, le forfait deviendra acquis et alimentera l'enveloppe financière de l'établissement. Chaque établissement recevra l'information de son plafond. Ce plafond est indicatif et sera modifié en septembre 2013 en fonction des inscriptions des médecins à un programme DPC. Une fois le plafond atteint, il n'y aura plus de déclenchement de forfait. En septembre, le CDPCMH décidera du réajustement nécessaire en fonction des besoins réels des établissements.

#### Enveloppe des établissements :

Elle est composée de 95 % de la cotisation versée

(0,5 % de la masse salariale pour les CHU et 0,75% pour les CH non U) et des forfaits de 750 € par médecin ayant suivi un programme DPC.

Chaque délégation régionale de l'ANFH indiquera le montant estimé des cotisations et le plafond indicatif des forfaits aux établissements.

Au total, on peut estimer que le financement du DPC des praticiens est évalué entre 1200 et 1500 € par praticien, sur une estimation de 50 % des PH ayant demandé une formation au titre du DPC.

### MISSION DE L'EMPLOYEUR DANS LE DISPOSITIF

L'employeur doit informer les salariés et les praticiens concernés par la mise en œuvre du DPC de leur obligation annuelle de DPC. Il est également tenu de mettre à leur disposition les moyens nécessaires permettant de satisfaire leur obligation annuelle de DPC (moyens financiers, mise à disposition des outils tels que la liste des programmes DPC, notamment interne à l'établissement, permettre aux salariés de remplir leur obligation annuelle sur leur temps de travail) et enfin l'employeur de contrôler le respect par les salariés de leur obligation annuelle de DPC (art.4382-10 du code de la santé publique).

L'établissement de santé peut se constituer organisme de DPC et/ou faire appel à un organisme extérieur. En se constituant organisme de DPC, l'établissement permet aux salariés concernés de valider leur obligation annuelle de DPC en suivant des formations internes à moindre coût et à la collaboration interprofessionnelle, au sein de l'établissement, de se développer et de s'améliorer.

En faisant appel à un organisme extérieur, l'établissement peut construire un programme DPC sur mesure pour la formation interne, répondant aux besoins de la structure et des personnels salariés ainsi que ceux de la formation externe ; le coût est fixé par l'organisme concerné selon les méthodes et modalités de l'HAS, le type de programme etc.

## LE PARCOURS DPC

Un programme DPC doit répondre à une orientation nationale ou régionale, utiliser une ou plusieurs méthodes HAS et être réalisé et évalué par un organisme enregistré. Si l'organisme n'est pas enregistré, aucun programme ne peut être saisi par la délégation régionale de l'ANFH.

Le parcours DPC des personnels salariés, médecins y compris, obéit à cinq étapes :

- inscription au programme,
- suivi et évaluation du programme par le praticien,
- attestation de validation du programme,
- prise en charge : employeur, ANFH,
- contrôle de l'obligation de DPC (employeur et instances ordinaires).

La prise en charge des programmes DPC s'établit comme suit :

– **les congrès** : les congrès ne représentent que la partie cognitive du DPC et doivent être complétés par la partie, Analyse de Pratique Professionnelle (APP). Durant la période transitoire ( jusqu'au 30 juin 2013), le thème de l'APP peut ne pas être en rapport avec le congrès. Les congrès peuvent être pris en charge durant la période transitoire sur la partie cognitive, sous réserve qu'ils soient déposés sur la plateforme de l'OGDPC.

– **les DU** : ceux qui ne figureront pas dans la liste des DU établie par les commissions scientifiques indépendantes comme équivalent DPC ne permettront pas au praticien de remplir son obligation annuelle de DPC ; ils pourront cependant être une étape d'un programme DPC. Si le DU dure deux ans, l'obligation annuelle de DPC sera validée l'année de l'obtention du DU. Le DU ne représente que la partie cognitive et doit être complété par la partie APP. Là aussi, au cours de la période transitoire, l'APP peut être différente du thème du DU.

L'APP est prise en charge à condition d'être complétée par une partie cognitive et intégrée dans un programme DPC. Pendant la période transitoire, les programmes qui ne comportent que la partie APP seront pris en charge sous réserve de leur enregistrement sur la plateforme de l'OGDPC.



– **d'autres équivalents DPC sont à l'étude** : master en santé publique, diplôme permettant de changer de branche, validation des acquis...

L'ANFH propose aux établissements adhérents de gérer, à l'aide de GESFORM, tout le processus de la formation continue : plans de formation, gestion financière, tableaux de bords, statistiques...

Ce logiciel est en cours de modification pour intégrer le DPC médical.

Par ailleurs, la période transitoire serait prolongée jusqu'à la fin de l'année 2013.

## EN CONCLUSION

Malgré ces précisions, il n'y a toujours pas de lisibilité sur la liste des formations validant le programme DPC sur la plateforme. Même si près de 2000 organismes proposent 4600 programmes de DPC, dont 2400 pour les médecins, les organismes professionnels tels les collèges ou les CNP ne sont pas tous enregistrés. Sur la plateforme de l'OGDPC, on retrouve beaucoup de centres hospitaliers comme l'ODPC, mais à l'heure actuelle, il reste difficile pour un praticien d'établir son portefeuille DPC. Le dispositif reste encore difficile à appréhender sur le terrain.

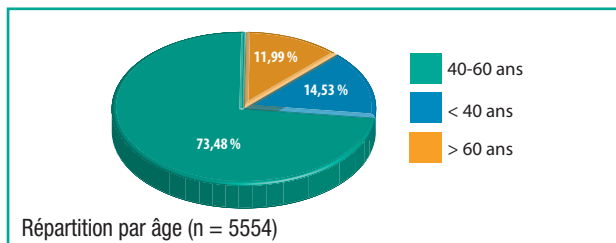
Devant la complexité du dispositif, les établissements et les commissions gérant le DPC dans chaque établissement attendent les outils pour avancer et pour répondre aux attentes des praticiens : logiciel Gesform, interface entre ANFH et OGDPC afin d'intégrer les organismes et les programmes enregistrés sur la plateforme OGDPC.

*Nathalie Cros -Terraux, administrateur du SNPHAR-E*

# DPC : une enquête qui fera date sur les attentes des PH face à leur formation continue

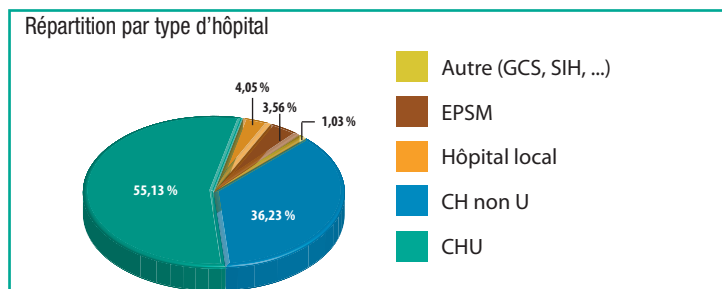
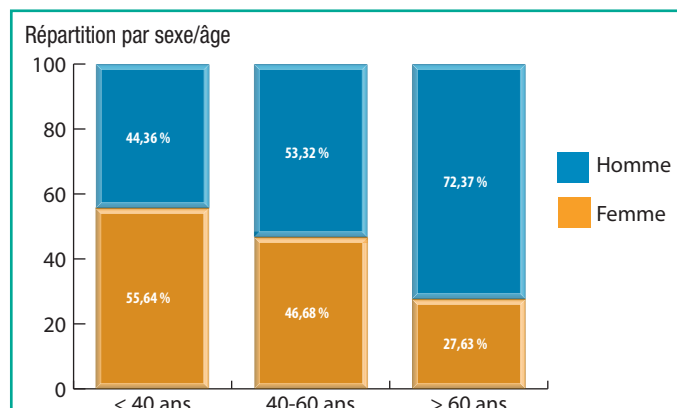
Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, le DPC (Développement Professionnel Continu) est en place et inclut une obligation réglementaire individuelle pour chaque médecin à se former, (des sanctions étant prévues en cas de non satisfaction de cette obligation), et une organisation nationale pour tous les médecins, libéraux et hospitaliers. Les différentes instances se sont mises en place et face à un processus d'une complexité rare, les structures pouvant être amenées à participer au DPC cherchent leur place, quitte à jouer des coudes dans un dispositif concurrentiel. Nous vous communiquons les résultats de l'enquête réalisée par Avenir Hospitalier et la Confédération des PH.

Face à ces tactiques bien éloignées de notre quotidien, il a paru nécessaire de faire le point, en mettant en place une grande enquête syndicale sur les attentes des PH face à leur besoin de formation continue et sur la manière dont celle-ci a été satisfaite jusqu'à ce jour. En effet, le nouveau dispositif s'est construit sans que jamais ce bilan concernant les attentes de PH ne soit fait. Cette enquête a été diligentée par les deux intersyndicales Avenir Hospitalier et la CPH. Le sujet de la formation continue intéresse beaucoup les PH : en deux semaines et avec trois appels à 35 000 PH, nous avons obtenu 5 555 réponses, ce qui constitue un nombre suffisant pour tirer des conclusions statistiquement fortes et témoigner d'un fort intérêt des PH. Le panel ainsi constitué est un excellent reflet, d'une part de toutes les spécialités, d'autre part de la courbe des âges. 94 % des réponses viennent des PH titulaires, qui constituent le cœur de la *mailing list* ayant permis la diffusion de l'enquête. À noter une forte représentation de PH investis dans la vie de leur établissement (chefs de pôles, de services, de structures internes, membres de CME et syndiqués).



## QUELLE FMC POUR LES ANNÉES 2010-2011 ?

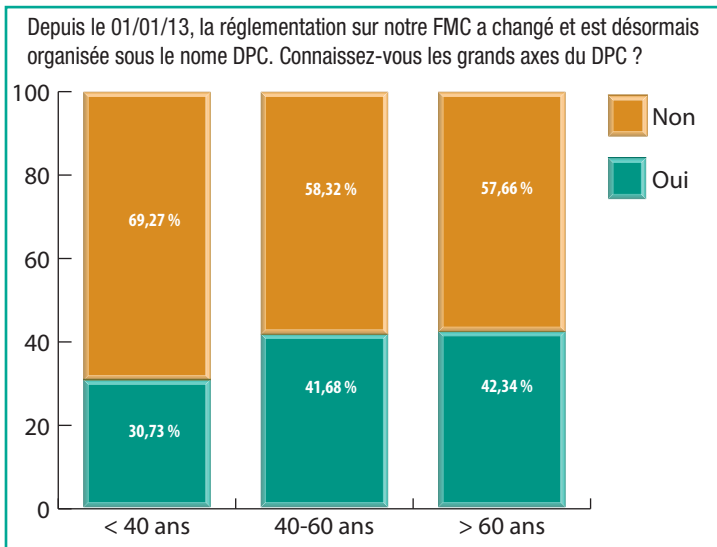
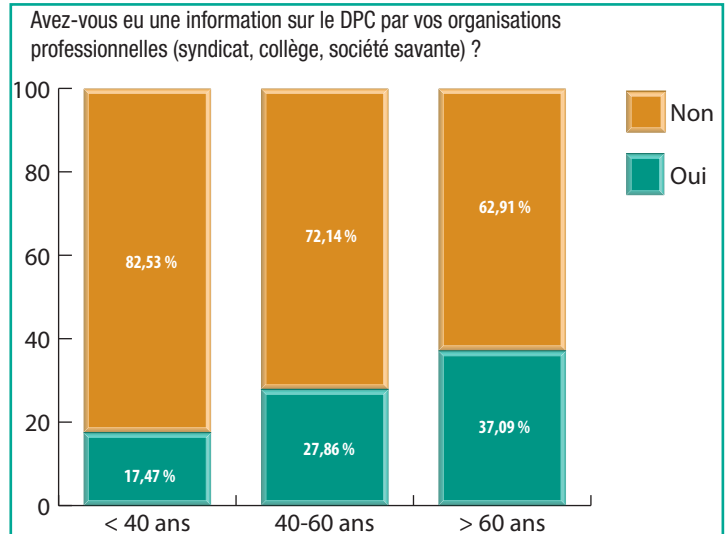
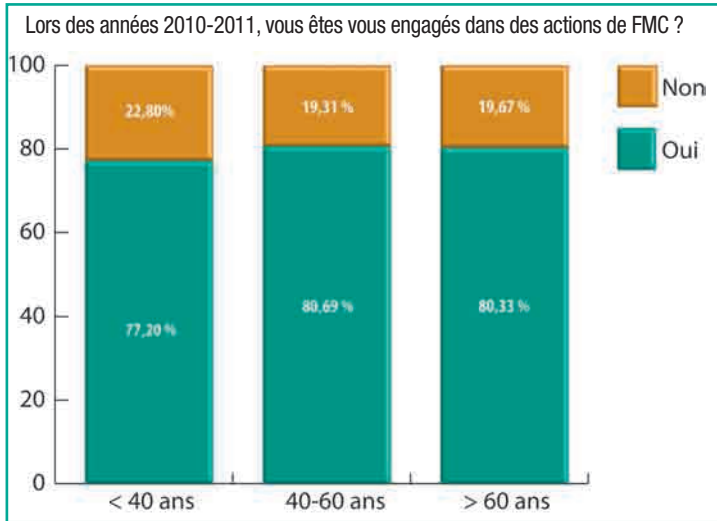
**Les pouvoirs publics ont pris des décisions pour le DPC 2013, notamment en terme budgétaire, faisant le pari que moins de la moitié des PH se formeraient avec un budget de 750 € par médecin et par an. Il nous a semblé primordial de montrer la vraie vie, à**



## savoir comment les PH avaient assuré leur FMC au cours des années 2010-2011.

Quatre-vingt pour cent des PH ont participé à des actions de FMC, 71 % en participant à un congrès en France, 21 % à congrès à l'étranger. Vingt-sept pour cent des PH ont participé à des actions de formation organisées par l'industrie pharmaceutique et 39 % ont participé à des actions d'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles).

En moyenne, la somme consacrée à la FMC était évaluée à 2360 € par an, tout compris, avec une forte variation de  $\pm 2\ 400$  €. Le financement était le plus souvent mixte. Il reposait exclusivement sur un financement provenant de hôpital ou de l'industrie dans moins de 10 %



ces dernières années : moins de 5 jours pour 16 %, de 5 à 10 jours pour 36 %, de 10 à 15 jours pour 20 % ; enfin, 22 % n'ont pas pu se former en raison des problèmes d'effectifs.

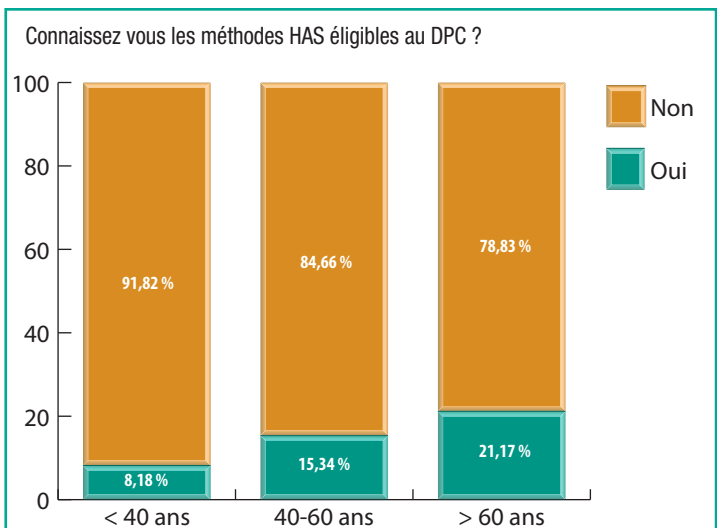
### QUELLES CONNAISSANCES DU NOUVEAU DISPOSITIF DPC ?

**Alors que celui-ci est obligatoire et que les diverses instances professionnelles s'échinent à décortiquer le dispositif, qui ne semble d'ailleurs encore pas vraiment figé, qu'en savent et qu'en pensent les PH ?**

Soixante pour cent des PH ignorent tout du dispositif, 72 % disent ne pas avoir été informés par leurs organisations professionnelles, 70 % disent ne pas avoir été informés par leur établissement. Cela ne reflète pourtant pas la réalité. Nous sommes en effet bien placés pour affirmer que, nous concernant, l'information a circulé, soit dans cette revue, soit par le biais de plusieurs newsletters. Au total soit les informations ne sont pas lues, soit elles ne sont pas claires, soit le dispositif est trop complexe !

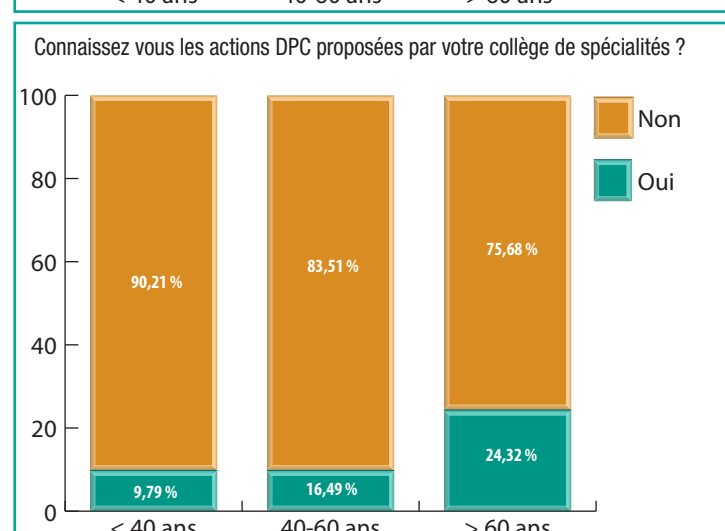
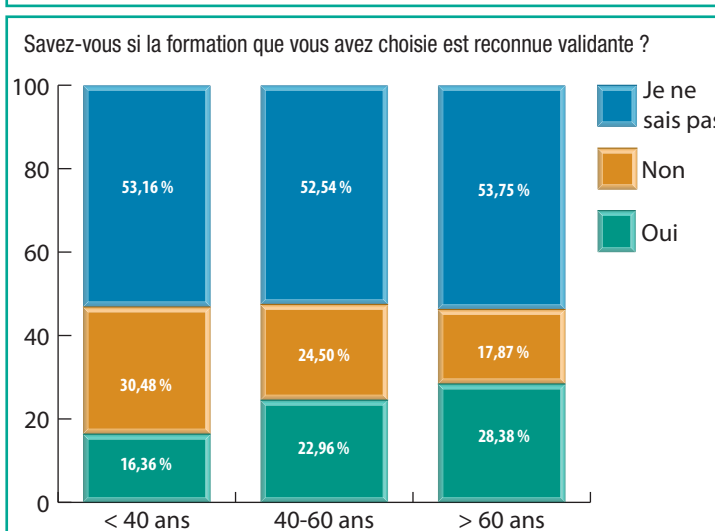
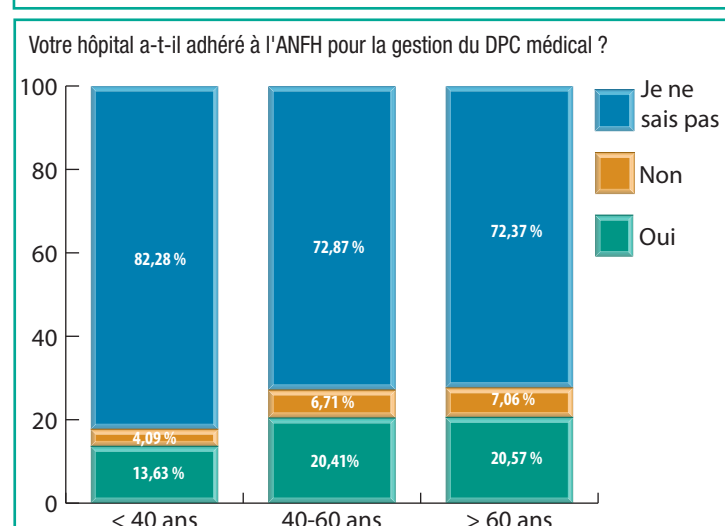
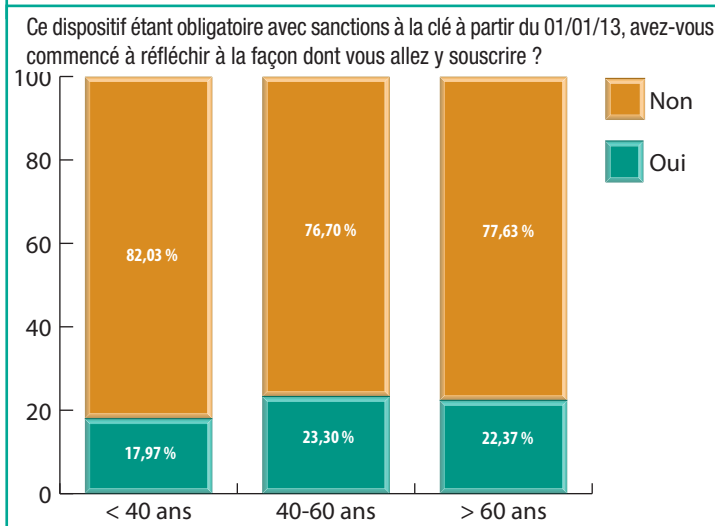
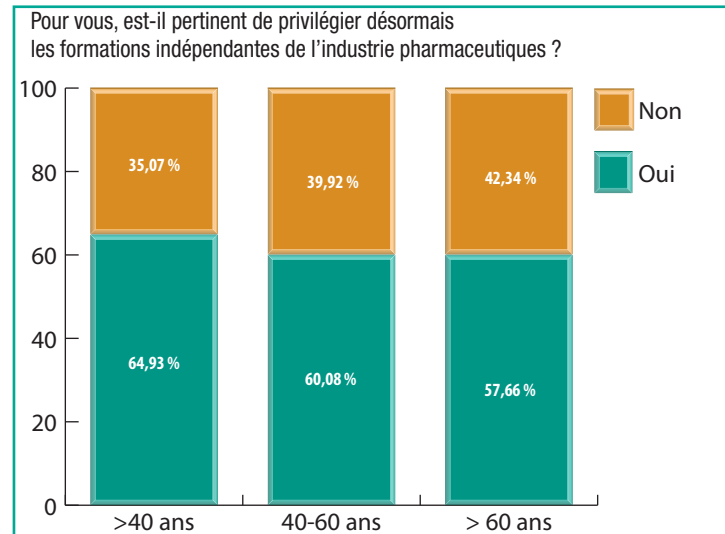
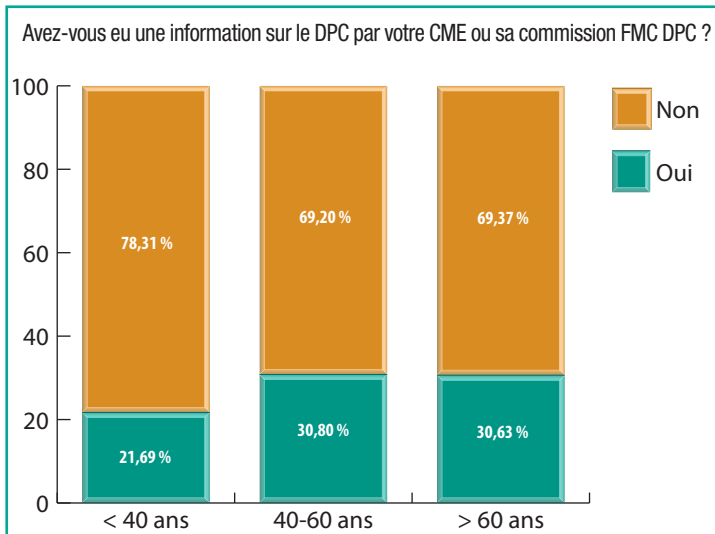
La moitié des personnes interrogées pense que le forfait national par PH consacré au DPC sera de moins de 500 € 18 % de 750 €, 20 % de 1000 € ; on est donc bien loin des 2360 € consacrés en moyenne les années précédentes. On peut mesurer là l'absence de confiance globale dans l'accompagnement national financier de ce dispositif.

Quand on va plus loin dans les positionnements individuels face à ce nouveau processus, les résultats sont là aussi inquiétants : 77 % n'ont pas réfléchi à leur DPC, 71 % ne savent pas si leur formation sera validante, 66 % ne savent pas si leur établissement est agréé pour le DPC, 74 % ne savent pas s'ils ont adhéré à l'ANFH, sans connaître les conséquences de cette adhésion ou non adhésion, et 84 % n'ont pas connaissance des



des cas ou encore exclusivement sur des fonds personnels dans 5 % des cas. Mais en général, une association de financements de l'hôpital (46 %), de l'industrie (33 %), des caisses de service (12 %) et de fonds personnels (48%) .

Le temps consacré à la FMC était variable au cours de



recommandations HAS sur le DPC. On relève aussi que 60 % ne savent pas si leur collège de spécialité propose des actions validantes et que 85 % ne les connaissent pas.

Quant à la place que va prendre désormais la CME au sein du dispositif DPC, les réponses sont intéressantes sur la confiance globale des PH dans cette institution censée les représenter : 31 % auraient préféré l'échelle

du pôle comme organisateur, 36 % auraient préféré que ce soient les collèges (plus que) et non pas la CME qui soit au cœur du dispositif, 23 % craignent qu'on les oblige à des actions éloignées de leur spécialité, 25 % pensent qu'on les contraint à des actions dirigées vers la baisse des coûts de la santé, 28 % pensent que leurs projets personnels ne sont pas en adéquation avec les objectifs de l'établissement. 71 % quant à eux espèrent pou-



voir continuer une FMC intéressante plutôt qu'un « DPC Maison » et seulement 43 % jugent que l'EPP est intéressante au titre de la FMC ! Enfin, 21 % ne craignent pas les sanctions, du fait de la démographie de leur spécialité.

### IL EST ÉGALEMENT INTÉRESSANT DE SE DEMANDER SI DES PROFILS DIFFÉRENTS ÉMERGENT EN FONCTION DE CERTAINS REGROUPEMENTS.

#### Effet âge ?

Les moins de 40 ans (15 % dont 55 % de femmes) ont des habitudes de FMC très différentes que les plus de 40 ans : 43 % versus 20% ont fait des DU ou des DIU, moins de congrès, moins de formations par l'industrie pharmaceutique et moins d'EPP. Ils ont consacré moins d'argent (2100 € au lieu de 2400) et sont dramatiquement moins informés sur le DPC que les plus de 40 ans : 69 % versus 58 % ne sont pas informés, 91 % versus 84 % ne connaissent pas les recommandations HAS DPC, 78 % versus 69 % ne se sentent pas informés par leur CME, 82 % versus 72 % par leurs organisations professionnelles, et 82 % versus 76% n'ont pas réfléchi à l'avenir de leur formation continue.

#### Effet type d'établissement ?

Le profil est également très différent selon le type d'établissement, CHU ou CH non U. 63% des réponses à cette enquête viennent de CH non U.

Globalement, les PH de CH non U se forment plus qu'en CHU (82 % versus 78 %), vont moins en congrès à l'étranger (17 % versus 30 %), ont moins de dépenses (2220 € versus 2620), et tout cela pour un nombre de jours consacré similaire. Les établissements non universitaires participent davantage financièrement à la FMC que les CHU, qui eux en revanche profitent plus des subsides de l'industrie pharmaceutique, directement ou via les caisses de service.

Les CHU sont bien moins informés que les CH non U (44 % versus 33 %), mais ils sont mieux informés d'une part par leurs organisations professionnelles (29 % versus 24 %) et d'autre part par leurs CME (37 % versus 16 %). Les CHU ont davantage réfléchi à leur DPC individuel, sont mieux informés sur la place de l'ANFH et ont plus confiance dans leur CME en CH non U, alors que les CHU, eux, plébiscitent davantage les collègues de spécialités (43 % versus 32 %).

Il est normal qu'en CH non U, dont la taille permet à plus de PH de participer à la vie de leur établissement via la CME, que celle-ci les ait davantage informés ; ce qui devrait inciter les CHU à réfléchir à des actions spécifiques, « circulation de l'information » et « opération transparence DPC », notamment envers les moins de 40 ans. Mais cela ne doit

pas empêcher de penser que les CH non U sont en mesure de faire mieux encore, au vu justement de la taille de leur établissement, car les résultats, même si moins alarmants qu'en CHU, restent inquiétants !

#### Effet spécialité ?

Pour l'anesthésie-réanimation : les PHAR participent davantage que la moyenne à un congrès annuel en France, moins à un congrès à l'étranger. La somme moyenne consacrée est inférieure (1835 €). Ils semblent mieux informés que la moyenne par leurs organisations professionnelles (33 % versus 28 %), mais moins bien par leur CME ; d'autre part, ils savent mieux que la moyenne le rôle à jouer par leur collègue (28 % versus 16 %).

Pour la médecine d'urgence : le profil est spécifique, puisque 48% se sont formés *via* des DU ou DIU (versus 21 %), aux dépens du congrès national (60 % au lieu de 71 %). 76 % versus 72 % disent ne pas avoir été informés par leurs organisations professionnelles. 45% pensent continuer dans la voie de formation choisie même si celle-ci n'est pas validante (versus 40 %), et ils sont plus nombreux à penser que les actions d'EPP sont intéressantes au titre de la formation continue (55 % versus 43 %).

Les profils des psychiatres, des chirurgiens, des gynécologues obstétriciens, des biologistes, des radiologues, des gériatres et des spécialités médicales confondues sont similaires au profil moyen des réponses, avec notamment la même méconnaissance du dispositif. Les pédiatres dépensent peu (1900 €), les cardiologues dépensent beaucoup (3682 €, avec un fort engagement de l'industrie pharmaceutique, 35 % en totalité), et les pharmaciens sont plutôt bien informés par leurs organisations professionnelles (45 % versus 28 %).

Nicole Smolski, Présidente d'Avenir Hospitalier

La conclusion de cette analyse globale est la sous-information terrible sur ce dispositif obligatoire : dans un contexte de défiance globale vis-à-vis de l'institution, et notamment de la CME, chez des collègues qui semblent pourtant impliqués dans la vie de leur établissement, il y a urgence à simplifier rapidement le processus afin de le rendre plus compréhensible et transparent. Nous qui le connaissons en l'état savons qu'en aucun cas il ne pourra répondre aux habitudes de formations, telles que montrées dans cette enquête : le forfait consacré par PH, de 750 € aux dernières nouvelles, ne pourra pas satisfaire le coût des formations jugées utiles par 80 % des PH et estimé à plus de 2360 €. En effet, si chacun demande sa prise en charge au titre du DPC, les fonds nationaux ne seront pas suffisants. Qui va arbitrer ?

Cette sous-information peut sembler étonnante, au vu des communications multiples des organisations professionnelles diverses : et si la complexité de ce dispositif l'avait rendu incommunicable, et que chacun attendait de manière cynique ce qui va vraiment arriver, notamment en terme de sanction ?

Il faut aussi noter le faible taux d'adhésion à l'EPP comme moyen de formation continue : si ce type d'action semblait être la panacée, car non coûteuse, elle ne rencontre pourtant l'adhésion que de 43 % des PH !

# Le DPC : une préoccupation majeure du CFAR depuis 2009

**P**HAR-E a demandé au Pr Jacque Fusciardi, président du CFAR, de commenter les résultats de l'enquête Avenir Hospitalier et son opinion sur la problématique de l'organisation du DPC tel que définie à ce jour.

**PHAR-E : Que vous inspirent les résultats de cette enquête réalisée par Avenir Hospitalier et la CPH auprès de l'ensemble des PH, toutes spécialités confondues ?**

**J. Fusciardi :** Ces résultats confirment que l'adhésion au DPC est largement partagée par les PH. Ces derniers ont une éthique professionnelle telle, qu'ils savent que la formation est indispensable tout au long de leur carrière.

Il y a eu 5 550 réponses à l'enquête, ce qui est un nombre important, mais qui correspond aux praticiens investis dans le fonctionnement de leur hôpital. Il ne faut pas oublier ceux qui n'ont pas répondu, qui sont dans l'ignorance du DPC. J'ai tendance à penser que l'interrogation face au DPC est ce qui domine dans la communauté des PH. L'organisation du DPC est d'une rare complexité ; alors que l'idée originelle est bonne et simple, mettre en regard de la formation l'évaluation de la pratique. La complexification administrative du processus DPC a malheureusement amoindri son

l'évaluation des pratiques professionnelles, qui n'est pas proposée systématiquement ? Les organisateurs de congrès ont tendance à vouloir se porter ODPC, alors que certains n'ont pas encore la possibilité aujourd'hui d'offrir la partie évaluation des pratiques professionnelles.

Par ailleurs, la structure statutaire d'un ODPC répond à une représentativité précise définie par les instances et ne peut prétendre à aide financière de l'industrie.

**Concernant l'anesthésie-réanimation, le CFAR est aujourd'hui capable d'offrir un programme de DPC complet puisqu'il a mis en place tous les processus d'évaluation et qu'il est en lien avec la SFAR pour l'aspect formation. Ces programmes sont consultables sur son site web et sur le site de l'OG-DPC**

Au total, le financement du DPC de chaque professionnel hospitalier peut se faire soit directement par l'hôpital via l'OG-DPC lorsque l'hôpital n'a pas passé convention avec l'ANFH, soit par le circuit de l'ANFH pour les hôpitaux ayant passé convention. Pour les médecins libéraux, le financement est directement demandé au niveau de l'OG-DPC. Les médecins, qu'ils soient salariés ou libéraux, doivent nécessairement indiquer sur le site de l'OG-DPC ([www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr)) leur inscription au programme de leur choix

## Une complexité d'origine double :

- d'une part, il existe un système différent pour les médecins libéraux et pour les médecins hospitaliers, alors que la communication officielle est la même.
- d'autre part, un problème majeur réside dans le financement de ce DPC. Les organisateurs de DPC qui seront agréés très prochainement devront souvent fonctionner sans avance de trésorerie.

attrait aux yeux de certains praticiens. Cela pose un problème en particulier à toutes les sociétés savantes organisatrices de congrès et on peut se demander si elles pourront maintenir leur congrès annuel. En effet, l'ANFH, organisme collecteur de fonds, n'avancera pas la trésorerie aux organismes de DPC. De plus, pour que l'ANFH finance une formation, il faut que celle-ci fasse partie d'un programme de DPC. Tous les congrès assurent certes la partie formation, mais quid de

**PHAR-E : La somme annoncée de 750 € par médecin et par an semble bien en deçà de la réalité. Pouvez-vous nous préciser ce qu'il en est ?**

**J. Fusciardi :** L'enquête montre que la somme de 750 € par médecin et par an est inadéquate étant donné les sommes dépensées par chaque médecin les années précédentes. Cependant, il faut savoir que le financement du DPC a deux origines pour le médecin hospitalier, comme cela est indiqué dans l'article (page 8). La somme par médecin sera donc au total comprise entre 1200 et 1500 € pour les médecins dont l'hôpital est adhérent à l'ANFH, ce qui se rapproche plus de la réalité et permet d'assurer le financement d'une à deux



Le CFAR émet deux fois par an une lettre d'information distribuée aux adhérents du collège.

La lettre n°35 ne sortira qu'après le 1<sup>er</sup> juillet afin de fournir aux adhérents les dernières actualités concernant le DPC, notamment les informations sur les dépôts administratifs.

actions de DPC. En revanche, lorsque l'hôpital n'est pas adhérent à l'ANFH, la somme allouée tombe effectivement en deçà des 750 € (400 à 500 €/an) et ne pourra permettre qu'une action de DPC/an. Bien sûr, un financement personnel est toujours possible !

On peut déplorer que les démarches de financement hors ANFH soient plus simples. Il suffit d'aller sur le site de l'OGDPC pour préciser le programme choisi et d'en demander à la CME le finan-

cement dans sa globalité ou partiellement. En revanche, lorsque l'ANFH est impliquée, le circuit est plus long et le délai de financement ne paraît pas encore stabilisé.

**PHAR-E : D'après les résultats de l'enquête, le CFAR peut s'enorgueillir que l'anesthésie-réanimation soit la spécialité la mieux informée : quelles en sont les raisons et comment ?**

**J. Fusciardi :** Le CFAR se préoccupe du DPC depuis 2009. C'est un organisme fédérant tous les modes d'exercice, tous les statuts et les grands syndicats de la discipline. Tous ces représentants participent à la gouvernance du collège et ont donc une information régulière à la faveur des réunions du collège.

Le CFAR diffuse les informations relatives aux évolutions du DPC sur son site web et une lettre d'information est diffusée à ses adhérents deux fois par an. Enfin, grâce aux syndicats, l'information arrive au niveau de la base.

*Propos recueillis par le Dr C. Mura*

## AGENDA DU CA

### AVRIL 2013

- 12 Avril** Colloque du CNG
- 19 Avril** Directoire du CFAR
- 23 Avril** Rendez-vous avec Denis Morin, Directeur de cabinet, « Pacte de Confiance »
- 24 Avril** Rendez-vous au cabinet du Ministère de la Santé, « Création d'un DES de réanimation »

### MAI 2013

- 10-11 Mai** Assemblée générale de la FEMS
- 15 Mai** Rendez-vous DGOS « Pacte de Confiance »
- 22 Mai** Rendez-vous DGOS « Pacte de Confiance »

### JUIN 2013

- 5-7 Juin** Permanence SNPHAR-E au congrès de la SFMU
- 10 Juin** Rendez-vous DGOS « Pacte de Confiance »
- 19 Juin** Rendez-vous Emmanuel Loeb, ISNI
- 19 Juin** Rendez-vous DGOS « Féminisation »

### JUILLET 2013

- 1<sup>er</sup> Juillet** Rendez-vous DGOS « Astreintes et temps de travail »
- 2 Juillet** Séminaire HAS : « Qualité de vie au travail : qualité des soins »
- 3 Juillet** Rendez-vous avec le député Olivier VERAN « Intérim médical »

### SEPTEMBRE 2013

- 25 Septembre** Observateur à l'ANFH au CDPCMH
- 18-21 Septembre** Permanence des administrateurs du SNPHAR-E sur le stand professionnel au congrès de la SFAR

RETROUVEZ-NOUS TOUS LES JOURS, 24/24 SUR FACEBOOK ET TWITTER



# Le DPC, un outil pour améliorer la qualité des soins

Pour le Dr Sylvia Benzaken, Vice-présidente de la CME du CHU de Nice, le DPC est un dispositif national obligatoire, dont les modalités doivent être personnalisées en fonction des différentes spécialités et adaptées aux besoins de chaque mode d'exercice et de chaque professionnel avec comme objectif l'amélioration de la qualité des soins.

**PHAR-E : Que vous inspirent les résultats de cette enquête réalisée par Avenir Hospitalier et la CPH auprès de l'ensemble des PH, toutes spécialités confondues ?**

**S. Benzaken :** Ces résultats reflètent la complexité du dispositif et la difficulté à communiquer auprès de nos collègues. L'information est certes diffusée, mais il me semble que celle-ci devrait être plus personnalisée.

Ce dispositif a été mis en place pour l'ensemble des professionnels de santé et, concernant le personnel médical, pour tous les secteurs d'activité. Ainsi, la communication cible à la fois les médecins libéraux et les médecins hospitaliers avec des messages trop globaux qui ne parlent pas à tous, ou plutôt à chaque individu selon son exercice ou son activité.

La diffusion de l'information existe, mais le mode de communication idéal n'a pas été trouvé.

**PHAR-E : Il ressort de cette enquête une déficience en termes d'informations relatives au DPC, alors que les organisations professionnelles communiquent régulièrement sur cette thématique. Quelles solutions les CME peuvent-elles apporter pour une meilleure connaissance du DPC ?**

**S. Benzaken :** La communication et l'accession à la connaissance « administrative » est difficile auprès des professions médicales représentées dans les CME. Parmi les praticiens, on peut dire qu'il y en a un tiers qui sont intéressés par le sujet, un tiers réfractaires à toute nouveauté et un tiers qui ne s'en préoccupent pas.

Les CME peuvent proposer de diffuser les informations, accompagner les praticiens et leur expliquer le DPC avec des messages personnalisés en fonction des spécialités, mais également en fonction du secteur public ou libéral.

Le DPC n'est pas une révolution, mais n'est qu'un dispositif individuel participant au processus d'amélioration de la qualité des soins. Il fait appel à des outils connus des professionnels puisqu'ils ont déjà été utilisés dans le passé (formation « passive » de la

FMC, analyse des pratiques sur le terrain ...).

Par rapport aux anciens dispositifs de FMC et EPP, on doit aujourd'hui partir des besoins des professionnels en se posant la question de l'amélioration de la qualité des soins souhaitée ou souhaitable. La mesure de l'impact sur les pratiques de soins doit pouvoir se mesurer pour tous les programmes de DPC.

L'idée de départ consiste à considérer les CHU comme des organismes officiels de DPC. Les CME, associées aux directions des affaires médicales ou de ressources humaines, impulsent la transition entre FMC et DPC et, avec les responsables de la qualité, entre EPP et DPC. Le dialogue entre tous les responsables arbitré par la CME et son Président assurera le succès du dispositif ou au moins sa diffusion et sa lisibilité.

**PHAR-E : Comment expliquez-vous les différences observées entre les CHU et les CH-non U ?**

**S. Benzaken :** En premier, la taille des établissements n'est pas la même entre un CHU et un CH non-U ce qui peut expliquer en partie ces différences.

Les missions et l'historique des établissements sont différents. Les missions d'enseignement et de recherche, notamment clinique, des CHU offrent des circuits de formation facilités. Le discours officiel d'harmonisation entre tous les professionnels a pu faire craindre des exigences à la baisse pour bon nombre de professionnels des CHU.... D'où l'importance du rôle « pédagogique » des représentants des professionnels médicaux, les CME.

Le but du DPC est d'amener à cette démarche les praticiens qui ne se sentaient pas concernés dans la FMC, ni l'évaluation des pratiques.

*Propos recueillis par le Dr C. Mura*