

Le Développement Professionnel Continu tout au long de la vie

Note du Collège de la Médecine Générale - 27 janvier 2015

Le contexte

Comment faire avancer le dossier et la concertation dans le bon sens, alors que nous sommes inquiets de l'issue de la concertation, telle qu'elle a débuté ?

Nous ne voulons pas de modifications qui ressemblent à un « replâtrage » sans résoudre les problèmes de fond. Les médecins ont une antériorité (depuis 1995) et surtout une expérience des différents modèles de dispositif, de ce qui a bien ou mal fonctionné.

La situation actuelle, conséquence de la loi HPST est la pire dans tous les registres (politiques, qualitatif, organisationnel) et aboutit progressivement à la destruction de tout ce qui était positif et qui commençait à donner des résultats positifs en terme de qualité. Conséquence : un manque complet d'efficacité et un désenchantement des professionnels.

De fait, la loi HPST s'avère structurellement délétère.

Le constat qui est fait aujourd'hui, notamment par l'IGAS et tous les observateurs, résulte de la volonté de l'État et des services qui ont installé au forceps ce dispositif inadapté, contre l'avis de la profession et en particulier des généralistes (cf. dossier du CMG et communiqués des syndicats et des organismes depuis 2010).

Les médecins refusent d'assumer ce désastre, dont les professionnels sont les premières victimes.

Nous ne laisserons pas continuer cela sans des prises de position claires et publiques.

C'est le sens de nos propositions qui doivent être inscrites dans la loi, avec abrogation du chapitre DPC de la loi HPST.

Le dossier DPC doit être un des outils d'accompagnement des professionnels.

Stratégie

Il est impossible de partir du tout universel (tous les professionnels de santé, toutes les disciplines, tous les modes d'exercice, quel que soit les expériences, les histoires et les problématiques différentes) pour aboutir à chacune des professions.

C'est l'inverse qui doit être réalisé : Il faut élaborer un modèle pour une discipline/métier et voir ensuite les moyens de la coordination, de l'harmonisation et de la cohérence.

L'État, comme l'OGDPC (culturellement une banque) ne peuvent prétendre gérer un dispositif de formation dans tous ses aspects.

Il faut donc revenir sur la loi de manière significative : finalité et objectifs du DPC, nature de l'obligation, gouvernance, aspects qualitatifs, objet du financement public.

Une bonne façon de se sortir de la contrainte financière est peut-être de dissocier l'obligation et son financement.

Des mesures transitoires doivent être mis en place pour préserver l'année 2015.

Proposition du Collège de la Médecine Générale pour les médecins généralistes
Les points essentiels

Le collège de la Médecine Générale, CNP de la discipline et de la profession, considère que les points ci-dessous sont incontournables et à prendre en compte pour une évolution du dispositif qui ne soit pas qu'un replâtrage inefficace. Le modèle ci-dessous est reproductible pour l'ensemble des professions de santé libérales conventionnées.

1. La finalité du Développement Professionnel Continu est la mise à jour et le maintien des compétences professionnelles, au service de la qualité des soins. La compétence est un « savoir agir en situation dans son contexte d'exercice ».

Le DPC est une démarche continue basée sur l'analyse de sa pratique. Il revient à chaque professionnel de la mettre en œuvre, et de construire son plan de DPC, en utilisant différentes briques complémentaires.

Le concept de DPC est un tout, et ne PEUT/DOIT être résumé à une de ses parties, et à une des briques qui le composent. Ces briques sont forcément diverses et polythématiques, et adaptées aux besoins de chaque discipline/métier.

Maintenir la confusion entre la finalité (le Développement Professionnel Continu tout au long de la vie) et la ou les briques qui le composent est une erreur conceptuelle de base qui entraîne la confusion et de mauvaises décisions.

Il n'est donc pas pertinent d'appeler DPC, le DPC like, ou EPP like, à savoir la seule démarche avec analyse des pratiques : nous demandons une redénomination, peut être programme d'amélioration des pratiques (PAP).

Il est indispensable de préciser que le DPC contient l'ensemble du schéma de référence de votre présentation.

Le volume nécessaire de DPC pour un médecin peut être estimé sur la base européenne à 40 heures annuelles.

2. L'obligation déontologique/légale de compétence, au regard du service rendu au patient doit être rappelée dans la loi, l'État en est le garant légitime.

L'État en est le garant, et l'obligation ne peut se réduire à une forme minimale et réductrice, définie sur ce qui est finançable sur fonds publics, a fortiori sur la réalisation d'un programme, en contradiction avec le concept même de Développement Professionnel Continu.

La loi doit rappeler les enjeux, et le cadre général, mais doit déléguer l'organisation à la profession et aux instances paritaires.

Nos options sont celles-ci :

- Rappel dans la loi de l'obligation déontologique, qui devient une obligation légale de DPC. Référence à un texte réglementaire pour le périmètre, qui peut évoluer.
- Affirmation du « droit à une FPC/PAP financée » des médecins conventionnés (schéma transposable à d'autres professions de santé conventionnées selon leur champ d'intervention et besoins).
- Le respect de l'obligation n'a pas vocation à être financé dans son intégralité par les fonds publics.
- Les fonds publics doivent être fléchés sur des objectifs partagés conventionnels ou autres, et sur cahier des charges définis paritairement par profession.

3. La spécificité de la formation des médecins généralistes et plus généralement de tous les médecins libéraux conventionnés doit être prise en compte.

- a) Un DPC ouvert et varié, tant dans les thèmes que dans les méthodes, conséquence logique de la diversité des situations de l'exercice.
Pour les généralistes, nécessité d'un DPC polythématique, lié à la polyvalence des situations rencontrées et des missions de la médecine générale (estimation à 40 heures annuelles sur base des normes européennes)
Toute formation professionnelle doit être réfléchie au cœur de l'exercice avec une partie d'analyse des pratiques.
- b) Une partie du DPC doit être constitué par un Programme d'Amélioration des Pratiques (PAP), dont la fréquence est à déterminer, selon définition validée (cœur de métier, méthodes HAS, contenus validés, orientations)
Pour autant, de nombreux exemples d'actions courtes et ciblées ont fait la preuve de leur efficacité, en termes sanitaire et économique (ex. campagne antibiotique)
- c) C'est la pertinence qui doit déterminer le DPC du médecin, et le fléchage des fonds, et non un a priori sur le fait que le PAP soit supérieur ou plus qualitatif !
- d) Le DPC doit être intégré dans le temps de travail en indemnisant le temps passé, correspondant à une perte d'activité pour les libéraux.
- e) La Haute Autorité de Santé doit publier des recommandations de bonnes pratiques de DPC, en les inscrivant dans une finalité, des objectifs et une pratique professionnelle. Les méthodes NE PEUVENT PAS à elle seules définir le DPC.

4. La formation /DPC doit être cogérée par la profession concernée (discipline/métier) avec :

- Un pilotage politique paritaire profession/chacun des décideurs ou financeurs potentiels : État, partenaires conventionnels.
- Une gestion financière et administrative paritaire : État via OGDPC, OPCA via FAF PM; ces organismes seront recentrés sur leur rôle de banque, et garant de la bonne gestion, de la transparence s'agissant de fonds publics. Les partenaires conventionnels peuvent décider de déléguer cette tâche à l'OGDPC, ou au FAF PM, sur le modèle de ce qui se faisait pour la formation conventionnelle.
- Un pilotage scientifique :
 - par CNP pour les médecins généralistes (le Collège de la Médecine Générale), sur les bases des concepts de la discipline, du référentiel métier et de contenus validés : besoins, formats, fléchage des priorités, méthodes, types de programme, etc.
 - par les CSI garantissant la qualité scientifique et pédagogique des programmes proposés par les Organismes Agréés (déclaration des programmes, contrôles aléatoires des programmes déposés et des réalisations).

5. La nécessité de financements publics (caisses, État), fléchés sur des objectifs partagés

Pour 3 raisons :

- a) Parce que les honoraires des médecins libéraux conventionnés sont strictement encadrés, et on ne peut pas leur demander d'assurer le financement de leur DPC. Les médecins généralistes sont majoritairement en secteur 1, et dans un contrat conventionnel.
- b) Parce que l'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique est nécessaire sur des thèmes à forts enjeux sanitaires et économiques.
- c) Parce qu'un accompagnement professionnel est nécessaire dans les périodes de mutation.

Il concerne divers financeurs potentiels :

- l'État pour les thèmes définis paritairement avec chaque profession,
- la profession via le FAF PM,
- les partenaires conventionnels sur des programmes fléchés, avantages conventionnels via le niveau des honoraires ou au sein du ROSP.

Il s'applique à :

- la prise en charge pédagogique incontournable,
- l'indemnisation pour les formations présentielle,
- des points de ROSP si participation à un minimum de formations sur enjeu de santé publique

Des appels d'offres fléchés permettent d'atteindre un grand nombre de professionnels avec possibilité de formats variés,

Une enveloppe annuelle par individu, cumulable en 3 à 5 ans, peut permettre le choix entre un parcours pluriannuel et /ou une ou plusieurs unités d'œuvre.

Montant théorique maximum (exemples pour les médecins généralistes)

PAP : 1,5j par an = 1 200 € x 55 000 : 66M

FPC : 4j par an = 3 600 € x 55 000 : 198 M

6. Le professionnel constitue un dossier (portfolio) avec toutes les actions réalisées, constituant son DPC, sur les bases de recommandations faites par les CNP et le collège des CNP.

Le cas échéant, tous les « X » années, il doit fournir à l'Ordre des médecins un dossier de ce qui a été réalisé.

Contrôles possibles, aléatoires ou en cas de problèmes.

Proposition d'organisation générale du dispositif

Gouvernance scientifique

- Un CNP par discipline et pour chaque profession de santé
- Un Conseil des CNP pour coordination et harmonisation, sur le modèle des CNFMC, reprenant les travaux antérieurs sur les barèmes, la constitution du portfolio
- Une CSI en charge de la validation scientifique et pédagogique, avec contrôle a priori et a posteriori :

Gouvernance Politique paritaire

Un Comité paritaire par métier et par financeur, décisionnaire dans son domaine de compétence : un Comité paritaire au sein de l'OGDPC avec autonomie de décision, un Comité paritaire conventionnel
Fléchage des fonds, validation des cahiers des charges des appels d'offres ou à projets : organismes et programmes.

Gestion administrative et financière

L'OGDPC doit retrouver sa fonction gestionnaire et administrative. Il est en charge de la validation administrative des organismes.

Il a son équivalent au FAF PM sous forme d'un conseil de gestion.

Gestion de l'obligation

L'obligation d'amélioration et d'actualisation des compétences est légale et déontologique. Elle participe à la qualité des soins et du service rendu au patient.

L'État en est le garant, mais l'obligation ne peut se réduire à une obligation minimale et réductrice, définie sur ce qui est finançable sur fonds publics, a fortiori sur la réalisation d'un programme, en contradiction avec le concept même de Développement Professionnel Continu.

Le DPC est un des moyens de la compétence

Le DPC appartient à chaque professionnel

Les CNP définissent des recommandations permettant aux professionnels de gérer cette « obligation de compétence à travers le DPC » : objectifs, contenus, moyens, bonnes pratiques, inscription dans la réalité de l'exercice professionnel.

On abandonne ainsi les contraintes qui rendent le système inopérant :

- 1) Le financement d'une obligation a minima pour tous qui n'a aucun sens.
- 2) Une gestion administrative et contrôlée de cette obligation.

On consacre les fonds publics (État, caisses, contribution de l'industrie) au financement des priorités et objectifs définis paritairement avec chacune des professions, et validés par les Ministres de tutelles.

L'Ordre des médecins est garant du respect de cette obligation (et plus largement tous les ordres pour les autres professions de santé)

Chaque professionnel doit constituer un dossier (portefeuille) avec les éléments constituant son DPC, témoignant de son engagement dans une démarche pérenne (attestations d'actions réalisées dans le cadre de la formation ou du PAP, validations des organismes, etc.), sur les bases des recommandations.

Ce dossier (ou un extrait) peut être fourni à l'Ordre des médecins :

- selon fréquence à définir (3 ou 5 ans)
- sur demande aléatoire
- en cas de problèmes médico-légal

Il est opposable. L'intérêt ou pas des sanctions reste à discuter.

ANNEXE

Rappel des concepts (extrait du document « DPC : 19 réponses courtes à des questions simples », Collège de la Médecine Générale- 2011)

Le DPC est une démarche continue d'approfondissement et de maintien de la compétence professionnelle.

Il concerne tous les champs de la pratique professionnelle.

Il associe des démarches de questionnements sur sa pratique réelle et des choix de formation en vue de s'améliorer. On parle de « pratiques réflexives ». Cela repose sur le développement de l'autonomie du médecin à construire son plan de DPC, tenant compte des problématiques de santé de la population qu'il soigne, et des principes et fonctions de sa discipline.

Le DPC doit permettre le maintien de la compétence et l'amélioration des pratiques ; il est aussi un outil de valorisation et d'épanouissement professionnel. Le médecin est au cœur de la démarche, puisque le DPC est centré sur sa pratique réflexive.

Le médecin devra conduire sa démarche de DPC tout au long de sa vie professionnelle. Le DPC appartient à chaque médecin, il devra faire la preuve selon des modalités à définir (dossier, portfolio...)

Le médecin doit définir son plan de DPC, avec différentes actions et/ou programmes, en fonction de ses besoins. Il fait partie de son temps de travail.

Les actions et programmes constituent des briques complémentaires qui participent au plan de DPC du médecin.

Les organismes mettent à disposition des médecins des programmes et outils qui vont permettre au médecin de construire et mener à bien son plan de DPC

Les appels d'offres tels qu'ils existent (par définition limités dans le temps et dans un cadre précis) permettent au médecin de mettre en œuvre des actions de DPC mais ces actions ne résument pas le DPC du médecin.

