

A photograph of a street in a historic town, likely in France, featuring several half-timbered buildings with dark wood frames and brick infill. The buildings have multiple stories and gabled roofs. In the foreground, there are outdoor cafe seating areas with white umbrellas and a blue awning. The scene is bright and sunny, with green leaves visible in the upper left corner.

# De la RMM au DPC

*Professeur Jacques Fusciardi  
Pôle Anesthésie-Réanimation - SAMU 37  
Université François Rabelais - Tours  
Conflit d'intérêt ?*



**RMM**



**DPC**

- Forme d'EPP (obligation Décret 14/04/2005)
- Certification V 2010 des ES (obligation pour l'Anesthésie-Réa, la Chirurgie, la Cancérologie)

- Amélioration + FMC de Pratique (obligation individuelle au 02/01/2012 par Décret 30/12/2011)

# RMM au SAR II

---

- 2009
- Anesthésie : 2 à 3 fois par an
- Réanimation : 2 fois par an
- SAMU-SMUR : 4 fois par an

# RMM : La Rx P non vue (1)

---

## 1. RMM octobre 2009

### – Histoire :

- 2009 : ADK pulmonaire → pneumonectomie → récurrence + métastases → DC
- A eu une Rx P préop. (endoprothèse d'AAA) en 2008 : ADK pulmonaire immanquable, non signalé

### – Faits :

- Retard Dg car Rx P demandée (CPA), faite, non vue (VPA)

### – Analyse :

- Défaillance individus, équipe : CPA, VPA
- Défaillance organisation : demande non tracée, résultat non tracé

### – Correction :

- CPA : fiche de demande : à faire, fait, **vu** : ex à voir lors de l'hospitalisation et VPA
- VPA : compléter la rubrique

# RMM : La Rx P non vue (2)

---

## 2. Suivi : évaluation oct 2010

- 36 dossiers consécutifs de chir. Vasculaire
  - RxP demandées : 19 ( 53 % )
  - Réalisées : 19
  - Vues : 17 ( 89 % ) ; non vues : 2 (pas de CR tracé)
- Consolider les mesures prises
- 2011 : RFE Ex complémentaires pré-interventionnels + référentiel EPP 2011

## 3. Suivi : évaluation 15/07 au 15/08/2012

\* critère 6 : Ex. consultés avant l'intervention ?

- 62 dossiers consécutifs
  - RxP demandées : 16 ( 26 % )
  - Réalisées : 16
  - Vues : 12 ( 75 % ) ; non vues : 4

# RMM : La Rx P non vue (3)

---

## 3. Quelles indications à la Rx P ?

\* critère 7 : particularités justifiant l'examen demandé.

Oui, si intervention, co-morbidité, ATCD ou thérapeutique

\* critère 9 : Rx P si pathologie cardio-pulmonaire évolutive

- Bloc cervical profond pour carotide (n = 10) : critère 7
- Insuffisance cardiaque (n = 3) : critère 7 (n = 1)  
critère 9 (n = 2)
- BPCO + Aortobifémoral (n = 1) : critère 7 (n = 1)
- BPCO + Chir Mb Inf. (n = 2) : critère 7 ?

# Finalemment

---

**RMM** → Audit continu de pratique par suivi de 2 indicateurs.

+

Confrontation partielle à un référentiel de Bonnes Pratiques

Cela valide-t-il une action DPC pour 1 an au Docteur DT ?

# Fondamentaux du DPC

---

---

## Objectifs

- Analyse des pratiques professionnelles
- Perfectionnement des connaissances
- Qualité et Sécurité des soins

Maîtrise médicalisée  
des dépenses de santé

## Démarche

- A chacun sa « maison qualité »
- « brique » formation
  - « brique » évaluation

## Actions

- **FMC + A (E)PP**
  - DU (dont EPP)
  - Remise à niveau
  - Contrat de pratique prof. + programme DPC
-



# FMC passive (présentielles, lecture, internet)

---

- Impacte la connaissance : mise à niveau, élargissement
- Mais peu d'impact sur les pratiques professionnelles et les organisations (Amélioration Qualité ; sécurité des pratiques et/ ou organisations des soins).

*Griwshaw JM et al : Med Care 2001; 39 (S2) :112-45*

*Freemantle N et al : Cochrane Syst Rev 2005*

*Mansouri M, Lockyer J : J Cont Educ Health Prof 2007*

*Marinopoulos SS et al : Evid Rep Technol Assess 2007*

*Forsetlund L et al : Cochrane Data base Syst Rev 2009*

*Farmer AP et al : Cochrane syst Rev 2011*

# Quelle FMC pour améliorer les pratiques ?

---

- Privilégier l'engagement actif dans la FMC
  - Participation et interactivité
  - Auto-apprentissage relevant pour sa pratique quotidienne

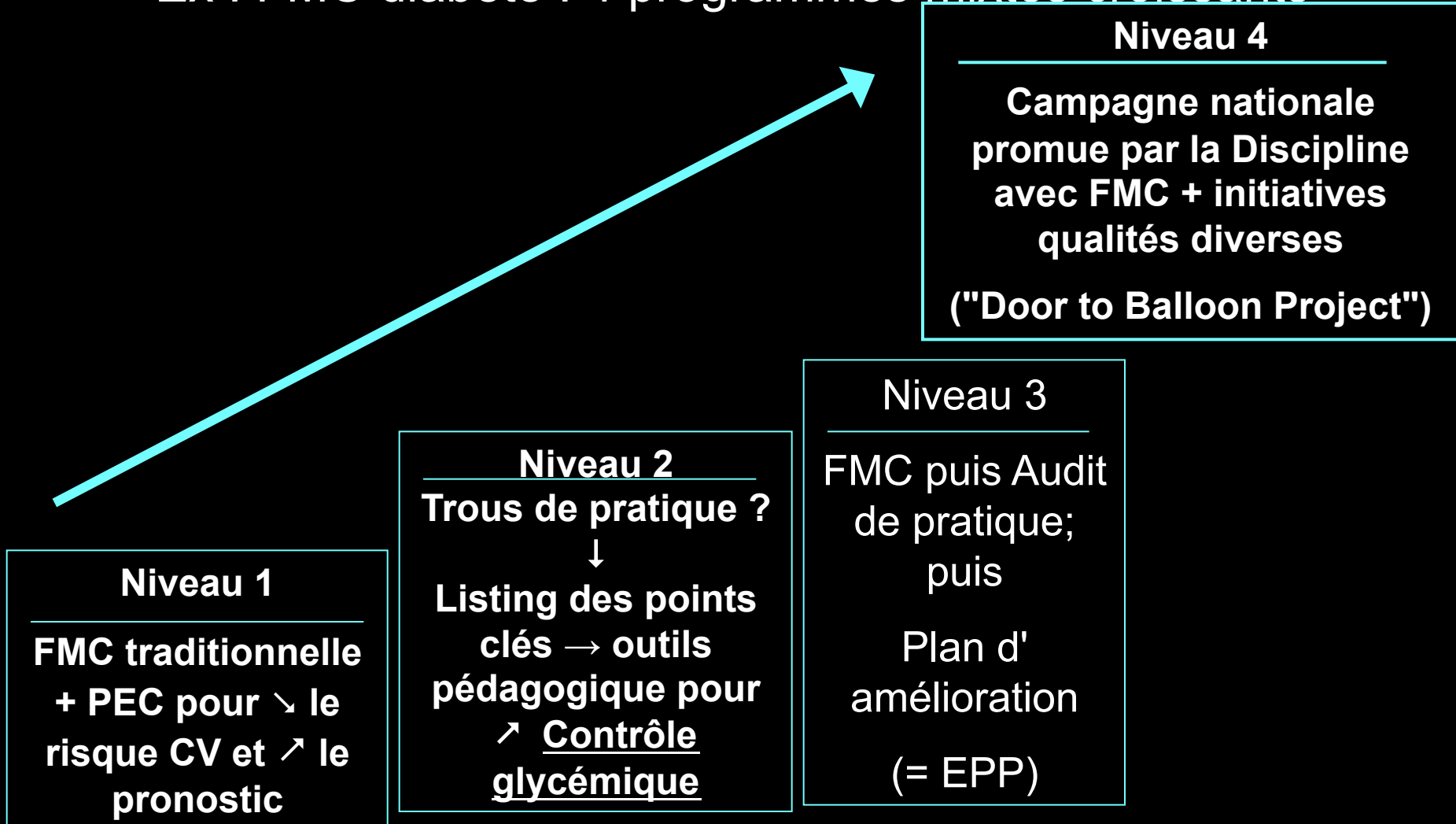
*(Campbell C et al Med \*Teach 2010 ; 32 : 657-62)*
  
- Unifier dans la FMC progression de la connaissance et de la performance

*(Shojania KG et al. Ann Int Med 2012 : 156 : 305-08)*

# Promouvoir la Qualité par la Connaissance

*(KG Shojania et al. Ann Int Med 2012)*

Ex : FMC diabète : 4 programmes mixtes croissants



# L'E(A)PP : quel impact sur l' « outcome » ?

## (1)

Ex. du Bredford Teaching Hospital UK : mortalité hospitalière  
(Wright J et al. J R Soc Med 2006)

### 2002 : **Audit † hospitalière**

N = 411 † consécutifs → indicateurs →

- Soins infra optimaux 61 %
- Infections acquises 23 %
- Erreur médicament. 11 %
- † ds les 24 h d'hospit. 24 %
- † ds les 2 semaines 27 %

### Mesures correctrices

- Référentiels
- 6 Actions
- Ref AVK
- Allergies
- Informatisation
- Soins palliatifs préop.

### 2005 : Feed-Back ré-évaluation

† 2005: - 17%  
VS † 2002

**Soit ...**  
**905 décès évités**

# L'E(A)PP : quel impact sur l'outcome ? (2)

## Ex : Check list interspécialités

\* Haynes AB et al. N Engl J Med 2009 ; 360 : 491-9

	total (n = 8)	Pays industrialisés
Mortalité (%)	1.5 → 0.8 (p = 3.10 <sup>-3</sup> )	0.9 → 0.6 (p = 0.18)
Morbidité (%)	11 → 7 (p < 10 <sup>-3</sup> )	10.3 → 7.1 (p < 10 <sup>-3</sup> )

## \* Enquête HAS 2010 sur la mise en œuvre : Passer d'une bonne idée à un standard de soins ...

Délégation à un autre professionnel	Participation personnelle		
	oui	non	
Toujours	<b>73 %</b>	54 %	43 %
Parfois	19 %	81 %	15 %
Jamais	7 %	91 %	6 %
Total	n = 1827	61 %	<b>35 %</b>

**Le suivi d'indicateur qualité : faire passer les référentiels dans les pratiques, voire influencer sur l'outcome**  
*(D'après De Vos M et al. Int J Qual Health 2009)*

**Revue systématique → 21 études contrôlées → 6 outcomes**

<b>Auteurs</b>	<b>Contexte</b>	<b>Méthode</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Outcome</b>
<b>Moscucci 2006</b>	<b>Cardio</b>	<b>F. Back+QI + formation</b>	<b>n = 6</b>	<b>↗ 4/6 (I.rénale, CABG, stroke, †)</b>
<b>Beek 2005</b>	<b>Cardio</b>	<b>F. Back</b>	<b>n = 12</b>	<b>↔</b>
<b>Horbar 2004</b>	<b>ARDS Préma</b>	<b>F. Back + formation</b>	<b>Délai surfactant</b>	<b>↔</b>
<b>Chu 2003</b>	<b>Pneumonie</b>	<b>F.Back + QI + training</b>	<b>Délais AV, HC</b>	<b>↔</b>
<b>Scott 2001</b>	<b>Cardio</b>	<b>F. Back + formation</b>	<b>mortalité</b>	<b>†↘</b>
<b>Marciniak 1998</b>	<b>Cardio</b>	<b>F.Back + QI</b>	<b>n = 7</b>	<b>↗ 3/7 (aspirine, β<sub>0</sub>, smoking ↑)</b>

# L'Audit Qualité améliore la Qualité des Soins (1)

---

- **Pénétration des référentiels dans les pratiques ↗**

Revue systématique de 20 études contrôlées (*De Vos M et al. Int J Qual Health 2009 ; 21 : 119-29*) : amélioration constante des indicateurs de bonne pratique

- **Intensité de l'impact sur les pratiques : modéré, variable**

- Audit + Feed back vs contrôle : amélioration relative 16 % (*Jamtnest G et al. Qual Saf Health Care 2006 ; 15 : 433-36*)
- Méta-analyse de 19 études : effet  $\oplus$  avec OR = 0.40 (*Hysong SG et al. Med Care 2009 ; 47 : 356*).

# Privilégier Audit qualité + Feed-back et QI + Formation

*(Adapté d'après De Vos M et al 2009)*

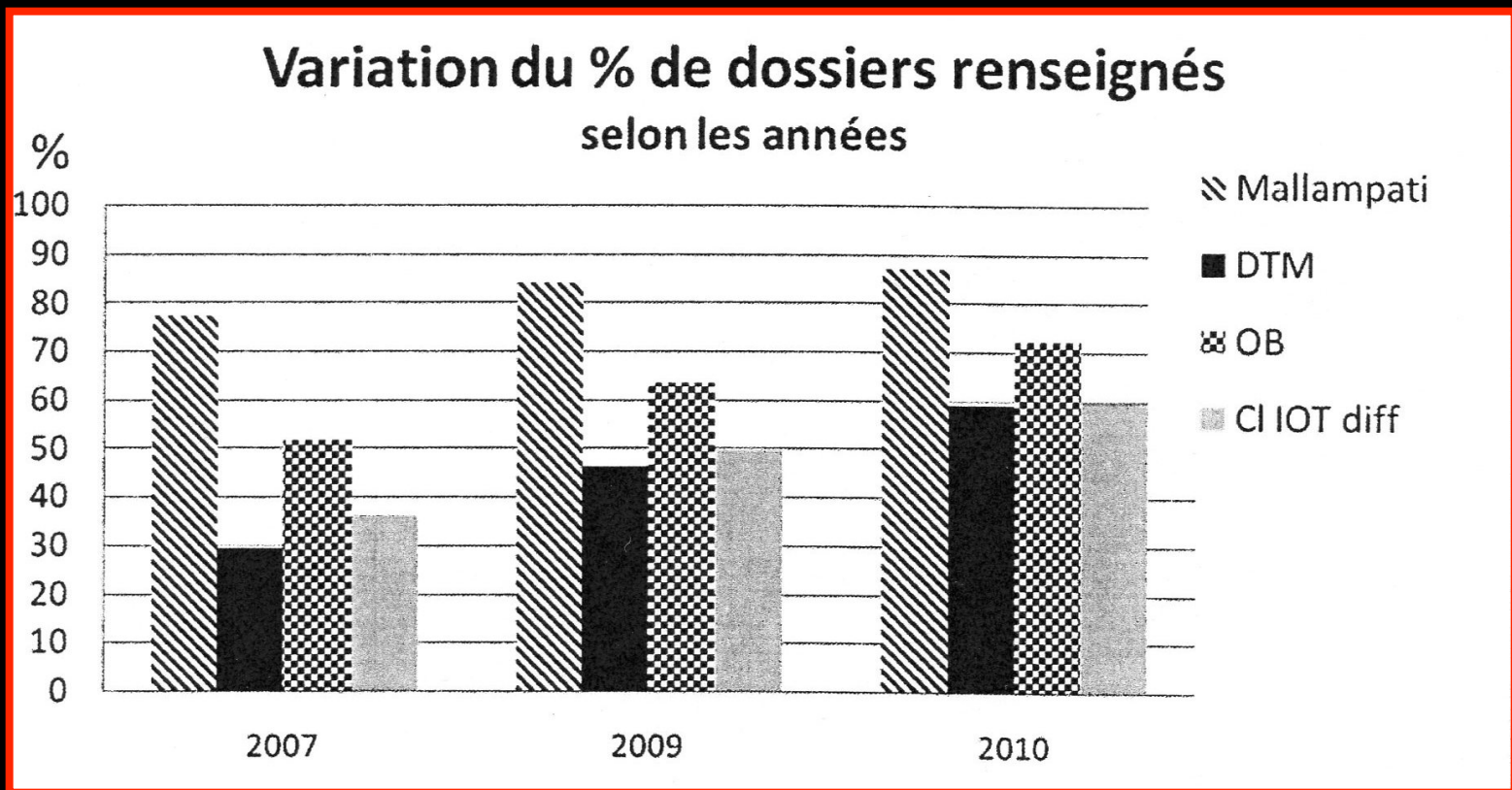
Stratégie Audit	Résultat sur Qualité des Soins		
	Efficace	Partiel	Inefficace
Pas de Feed-back	1	2	6
Avec Feed-back	0	1	2
Avec Feed-back + QI ± FMC	4	4	1



# L'Audit continu de pratique + Feed-back améliore la qualité

Ex : Audit national annuel IPAQSS-DAN

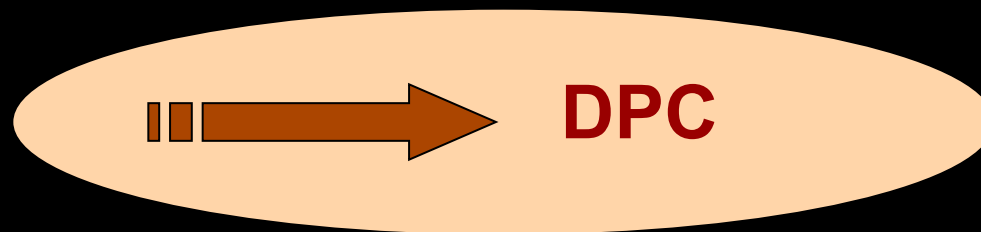
Suivi de l'indicateur (4 critères) d'après Y. Auroy et coll,  
MAPAR 2012



# En résumé

---

- L'EPP peut influencer sur l'évolution
- L'EPP améliore les pratiques médicales et les organisations d'autant que :
  - Feed-back, mesures correctrices, Réévaluation.
  - Formation associées
- Intérêt de la FMC avec engagement actif ou objectif qualité pour améliorer les pratiques

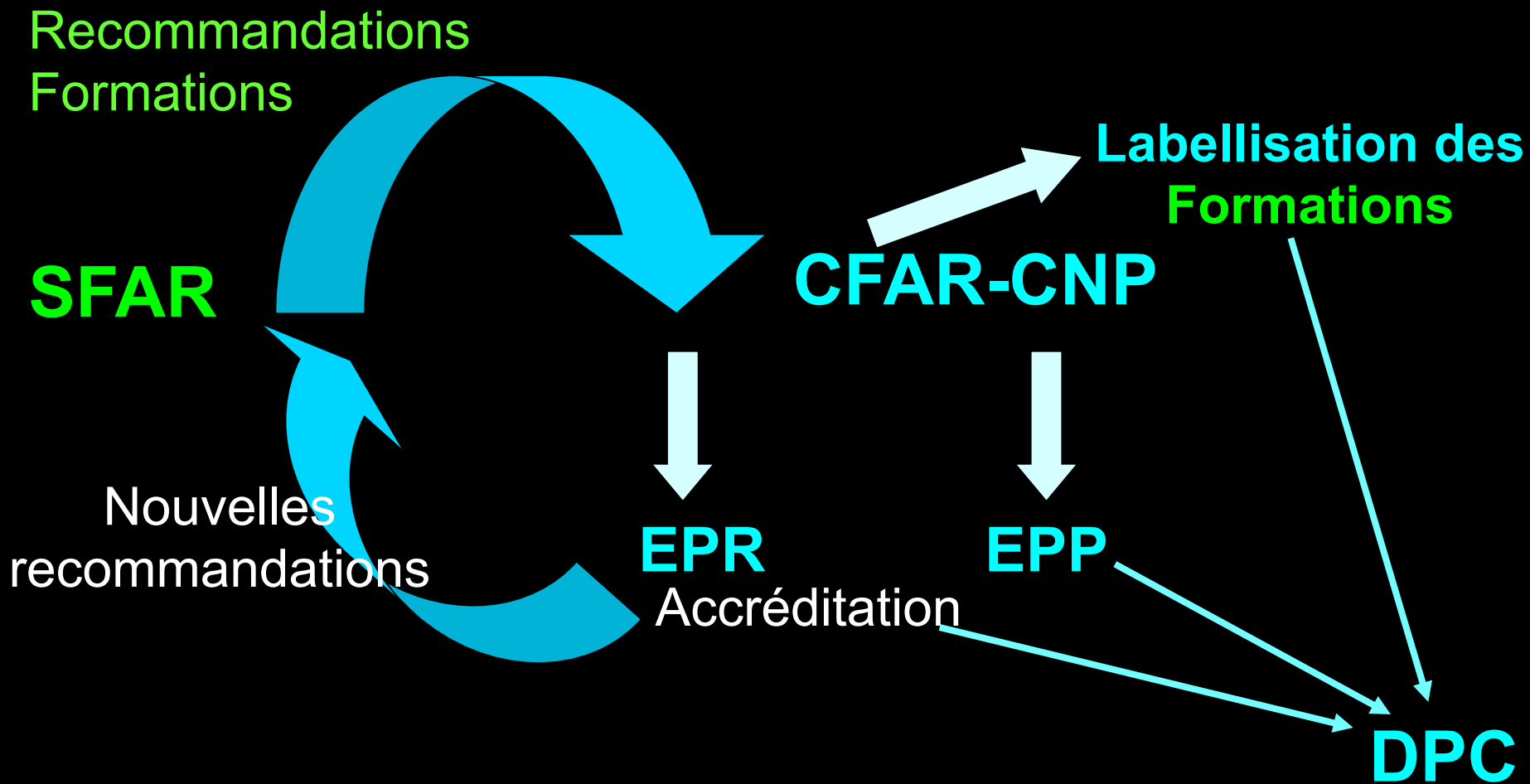


# Les protagonistes cliniques du DPC



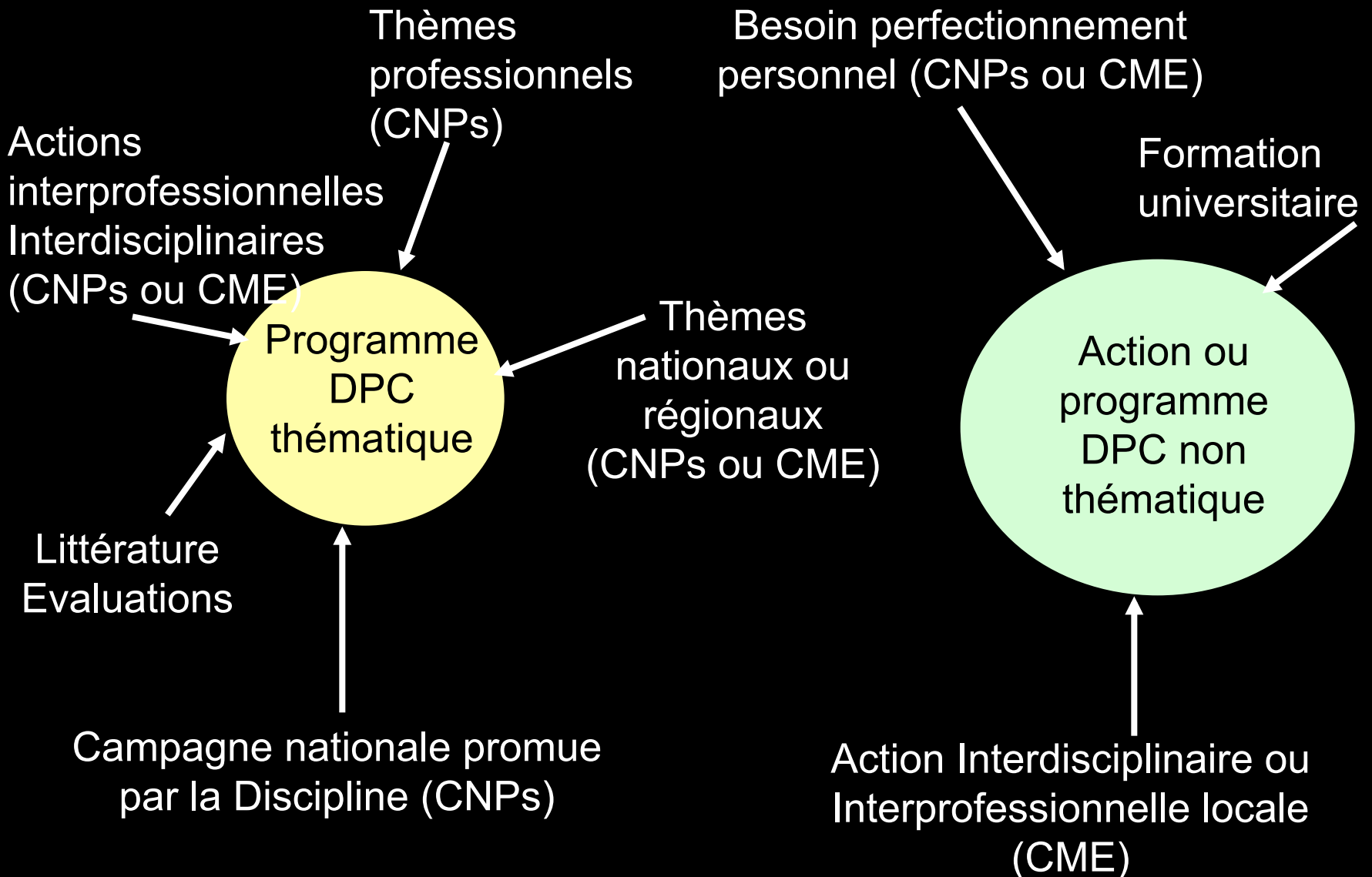
# DPC en AR: Roue de la qualité

---



# DPC thématique, DPC non-thématique

---



# Programme DPC à Thème (1)

---

## Evaluation + Formation sur thème unique

- FMC présentielle tracée + EPP thématique
- Action nationale type Programme AVK (21/09 amphi Bleu !)
  - FMC interactive tracée + Registre AVK 5 cas
  - Ou QCM apprenants site Web CFAR + Registre AVK 5 cas
- S'approprier un référentiel SFAR
  - Séminaire interactif ou Lecture et QCM validantes
  - + EPP sur le thème (lien sites Web SFAR - CFAR)

# Programme DPC à Thème (2)

---

- DPC sur le thème gestion des risques = **Accréditation**  
EPR + EPP + FMC risque
- **Accréditation d'équipe ?**
  - EPR individuel + Amélioration + FMC risque  
Collective Individuelle;  
de pratiques collective?
- **Article FMC AFAR** + QCM validantes CFAR + EPP  
thématique

# Programmes non thématiques

---

- FMC présentes + Action EPP personnelle  
X demi-J par an ? Ou collective
- "Je valide un Congrès FMC en Amérique et je participe à la RMM régulière de mon service ou de mon ES"
  - ⇒ Equilibrer les obligations entre les différents programmes : temps, niveau d'investissement
    - survaloriser les Actions thématiques
    - survaloriser l'Accréditation



# POUR RÉSUMER :

- Les "briques" du DPC : le CFAR les possède.
- Il les assemble pour vous construire des programmes,
  - En lien avec les pilotes HAS et FSM.
- Continuez vos formations, vos EPP, votre Accréditation, elles vous seront utiles.

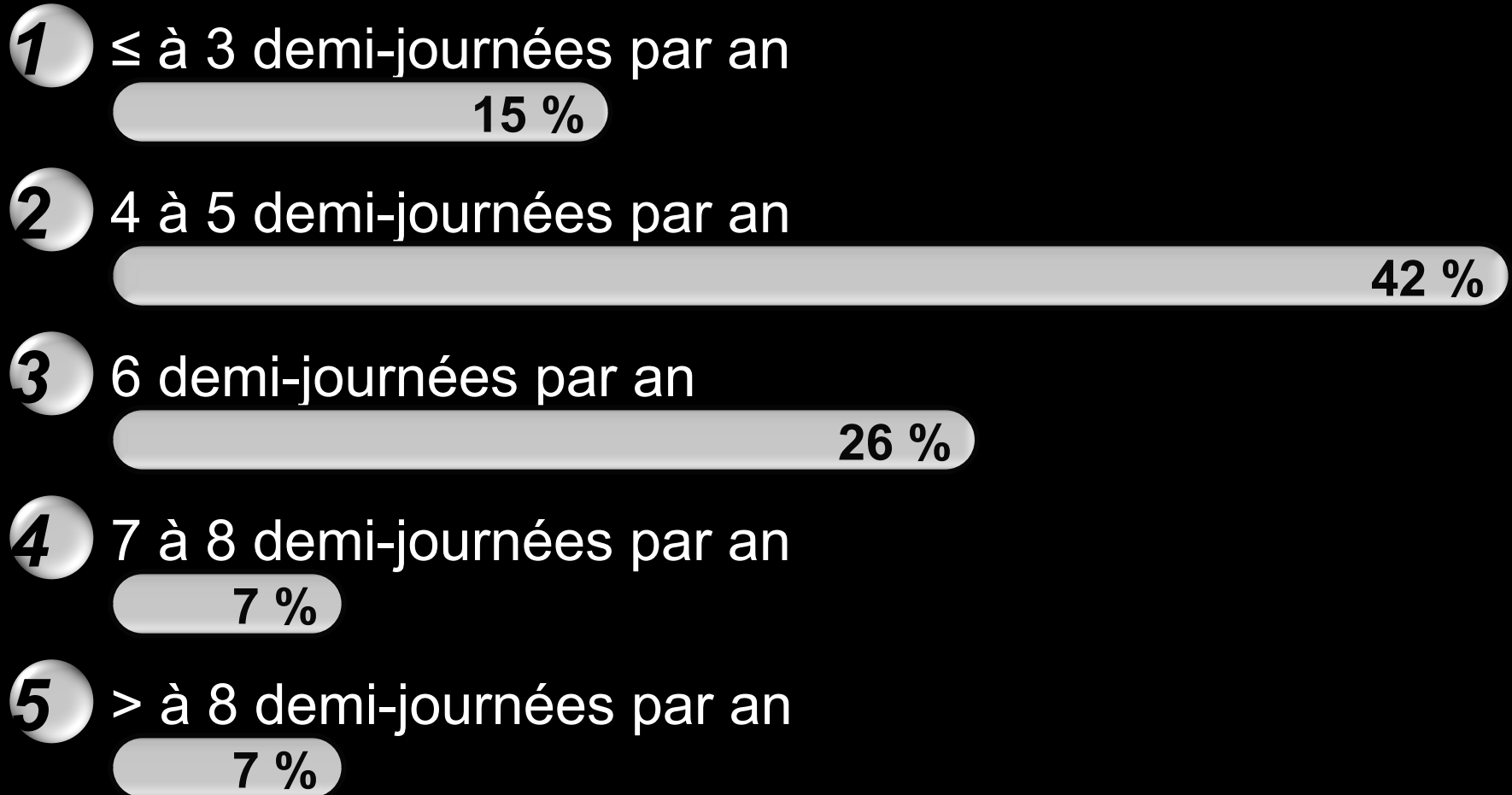
**NOTRE OBJECTIF :**  
une affaire de spécialité,  
simple et utile !

# CONCLUSION

---

- Le DPC thématique doit être privilégié car :
  - Pénétration des référentiels qualité dans les pratiques et QI ( cf la littérature )
  - Adapté aux campagnes nationales des spécialités
- Mais l'initiative et le besoin personnel doivent être respectés : DPC non thématique
- *Le Docteur D.T. a-t-elle validé son DPC annuel ?*

# Quelle est la valeur de X ?



# CME ou CNP ?

---

- Actions EPP déjà réalisées dans les ES
  - RMM et certification V 2010
  - Audit annuel IPAQSS - DAN
  - Actions interdisciplinaires : check-lists
- CME : organisateur de FMC interdisciplinaire ?
  - OUI sur thèmes Santé Publique
- **Thèmes médicaux** ou perfectionnement professionnel spécifiques = CNPs → **programmes DPC thématiques**
- **Orientation nationale** : proposition à la CSI par les CNPs

# Quelles conditions pour un programme DPC ?

---

1. Conforme à une orientation nationale ou régionale
2. Méthodes et Modalités validées par la HAS après avis de la CSI
3. Mise en œuvre par un organisme de DPC
  - Évalué favorablement par la CSI
    - Qualité pédagogique
    - Indépendance financière
  - Enregistré auprès de l'OG-DPC

# Rôle du CFAR dans le dispositif DPC

---

- Aide aux AR
  - Créer des Programmes DPC et Enregistrer les réalisations
    - Améliorations de pratiques + Formations
    - Thèmes à orientations nationales : ↔ SFAR ; opérateurs ; paramédicaux
  - Poursuite de l'Accréditation des AR ; ... d'équipe
- Modalités et Méthodes de DPC ↔ HAS
- Priorités de la Discipline → CSI
- Participation à la CSI