Labellisation d'une action de Développement Professionnel Continu par le Collège Français de Médecine d'Urgence

Le Collège Français de Médecine d'urgence (CFMU) a été créé pour **promouvoir les bonnes pratiques professionnelles en médecine d'urgence**. C'est une structure qui réunit toutes les composantes de la médecine d'urgence : la société savante, les universitaires, les collèges régionaux, les syndicats de médecine d'urgence.

Il a pour objectif de veiller à la qualité de la formation postuniversitaire et à l'évaluation de la pratique professionnelle des médecins urgentistes en France afin de garantir et d'améliorer la qualité des soins dans le domaine de la médecine d'urgence.

De façon plus spécifique, les missions du CFMU sont de :

- Définir les objectifs et les modalités de la formation médicale continue (FMC).
- Coordonner les actions de formation postuniversitaire,
- Elaborer et proposer les modalités d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des médecins urgentistes.

Dans ce cadre, le CFMU propose aux organismes souhaitant assurer des actions entrant dans le champ du Développement Professionnel Continu (FMC, EPP) au bénéfice des médecins urgentistes de les aider si nécessaire à élaborer leurs projets d'action, d'évaluer ces projets et, lorsqu'ils répondent aux critères de qualité du Collège, de leur délivrer un label qui atteste de cette qualité.

Le Collège met en ligne sur son site Internet la liste des actions de DPC en Médecine d'Urgence labellisés par le CFMU.

C'est dans cette optique que le présent dossier de demande de labellisation a été établi et validé par le directoire du Collège le 30 septembre 2010.[1]

[1] A valider of course !

Vous souhaitez soumettre au CFMU une demande de labellisation d'une action de Développement Professionnel Continu (DPC) que vous organisez …

… que faire ?

1. Votre organisme de formation doit remplir un engagement vis-à-vis du CFMU (annexe 1). Une fois validé, cet engagement est valable pour un an.
2. Déposer un dossier de demande de labellisation pour l'action de DPC concerné ; ce dossier doit comprendre :
   a. La déclaration de conflit d'intérêt de l'organisateur de l'action, *(annexe 4)*
   b. Une présentation synthétique de l'action, précisant :
      - ✓ les thématiques traitées
      - ✓ les objectifs pédagogiques
      - ✓ les méthodes et les moyens pédagogiques utilisés,
      - ✓ les références professionnelles des intervenants
      - ✓ les références documentaires utilisées
      - ✓ les modalités de financement.
   c. Un programme détaillé de la formation *(horaires, type et thèmes des différentes séquences)*
   d. Le bulletin d'inscription pour les participants
   e. Une fiche précisant les objectifs pédagogiques
   f. Le règlement, par chèque libellé à l'ordre du CFMU, des frais de dossier calculé, en fonction du nombre de médecins attendus, selon le barème ci-dessous :
      I. Pour les actions avec inscription payante :
         - ✓ Moins de 10 participants : 50 euros
         - ✓ Entre 10 et 50 = 100 euros
         - ✓ Entre 51 et 100 = 200 euros
         - ✓ Entre 101 et 250 = 300 euros
         - ✓ Plus de 250 participants = 500 euros

      II. Pour les actions « gratuites » : 50 euros

Le dossier complet doit être adressé au siège du CFMU uniquement par courrier électronique à l'adresse suivante : **contact@cfmu.fr** au moins 2 mois avant la date prévue de l'action. Cette demande de labellisation sera adressée par le CFMU pour évaluation à un jury composé de membres représentatif des composantes de la discipline.

Quels sont les critères d'appréciation?

Afin de labelliser votre action, le CFMU vérifiera, sur la base du dossier que vous aurez adressé, que votre action de formation remplit ***les critères suivants*** :

- ✓ Elle concerne les médecins urgentistes ;
- ✓ Elle se décline en un programme cohérent où la pluralité de la médecine d'urgence se trouve prise en compte ;
- ✓ Elle témoigne d'une réelle volonté pédagogique. Pour cela, les objectifs pédagogiques doivent être définis de façon précise ;
- ✓ Elle a le souci de la rémanence de l'information en fournissant soit un document pédagogique, soit un accès aux supports de l'action ;
- ✓ Elle garantit une information scientifique indépendante : le pluri partenariat industriel doit être favorisé et les conflits d'intérêts des organisateurs et des formateurs doivent être annoncés.
- ✓ Elle fait l'objet d'une évaluation par les participants dont la synthèse est adressée au CFMU.

L'ensemble du dossier est composé :

- Du dossier de demande proprement dit
- Cinq annexes :
  1. Formulaire d'affiliation au CFMU
  2. Fiche intervenant (objectifs pédagogiques)
  3. Déclaration de conflit d'intérêt des orateurs (à conserver par l'organisateur)
  4. Déclaration de conflit d'intérêt de l'organisateur (à adresser au CFMU)
  5. Modèle de fiche d'évaluation

CFMU
Paris le 30.09.10.

DOSSIER DE DEMANDE DE LABELLISATION D'UNE ACTION DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU –DPC-

PAR LE COLLEGE FRANÇAIS DE MEDECINE D'URGENCE – CFMU-

1. Organisme de DPC et Organisateur

Nom de l'organisme : Sigle :
Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Télécopie :

e-mail :

Forme juridique (ex : société, association 1901,…) :
Date de sa création :
Date d'inscription sur la liste d'agrément de l'organisme gestionnaire du DPC :[2]

Nom du Président de l'organisme :

Adresse :

Tél : Fax : E-mail :

Médecin Responsable de l'action de DPC (si différent du précédent) [3]***:***

Adresse :

Tél : Fax : E-mail :

---

[2] *Applicable après promulgation des décrets DPC*

[3] *Merci de remplir le formulaire de déclaration d'intérêt (annexe 4 de ce dossier) et nous le retourner avec ce dossier*

2. Identification de l'action de DPC

Intitulé de l'action de DPC :

Type d'action de DPC : **FMC** □ **EPP** □

Internationale □ Nationale : □ Régionale : □ Locale : □

Congrès □ Stage pratique □ Séminaire-Club □ Réunion EPU : □

Conférence de consensus □ Autres : □ préciser : ……

3. Dates, lieu et durée de l'action de DPC

Dates :

Lieu :

Durée (en h) :

4. Nombre de participants prévus par session :

Médecins : Non médecins :

5. Mots clés de l'action de DPC

5.1 Mots clés primaires :

Accueil Urgences □ Régulation □ SMUR □

Autre □ préciser : ……

5.2 Mots clés secondaires :

	A cocher		A cocher
Biologie d'urgence	□	Urgences cardiologiques	□
Catastrophe /gestion de crises	□	Urgences gériatriques	□
Démarche qualité, évaluation	□	Urgences gynéco obstétricales	□
Douleur	□	Urgences infectieuses	□
Hémodynamique	□	Urgences neurologiques	□
Hémostase, Thrombose	□	Urgences pédiatriques	□
Imagerie	□	Urgences circonstancielles	□
Intubation	□	Urgences psychiatriques	□
Médico-légal	□	Urgences traumatologiques	□
Organisation des soins	□	Urgences toxicologiques	□
Pharmacologie	□	Urgences vitales	□
Techniques de soins	□		
Ventilation	□	Si autre, préciser : ……	
Vie professionnelle	□		
Vigilance	□		

5.3 Action inscrite dans une orientation nationale prioritaire :

Non □ Oui □ préciser : ……

DOSSIER SCIENTIFIQUE ET PEDAGOGIQUE

A cocher si Oui

6.1 Identification des besoins de formation

- Enquête préalable auprès des médecins urgentistes □
- Décision d'un comité scientifique □
- Décision de l'organisme formateur (bureau, conseil) □
- Demande institutionnelle □
- Autre : précisez □

6.2 Existe-t-il un comité scientifique pour cette action ?

Non □ Oui □[4]

6.3 Programme et moyens pédagogiques [5]

Adresse Internet où figurent les renseignements et le programme de l'action de DPC :

http ://www. ……

Nombre d'intervenants :

Moins de 10 : □ Moins de 50 □ Plus de 50 □

Modes pédagogiques à cocher si Oui

- Exposés □
- Temps de discussions prévus dans le programme □
- Atelier ou stage pratique □
- Présentation de cas cliniques □
- Confrontation (pour/contre) □
- Autres, précisez : …….. □

Supports pédagogiques à cocher si Oui

- Film et/ou animation vidéo □
- Télétransmission □
- Simulateur de médecine d'urgence □
- Utilisation de mannequins □
- Internet □
- Autres □
- Précisez : ……..

6.4 Un document pédagogique est-il remis aux participants ?

oui □ non □ avant □ pendant □ après l'action de DPC □

Quelle en est la forme ?

Livre	□	Texte	□
CD	□	Clé USB	□
Résumé du conférencier	□	Photocopies diapositives	□
Liens Internet	□	Bibliographie	□

Est-il validé par le comité scientifique de l'action de DPC ? oui □ non □

---

[4] *Veuillez fournir la liste des membres du comité scientifique*

[5] *Veuillez joindre le programme définitif comportant les horaires des séances ou l'envoyer secondairement mais avant la date de la manifestation.* Les objectifs pédagogiques sont à renseigner à l'aide de l'annexe 2.

7. Evaluation pédagogique de l'action de DPC

Des participants	à cocher si Oui
• Autoévaluation insérée dans le document pédagogique	□
• Autoévaluation en fin de réunion	□
• Autre, précisez :	□

Le modèle d'évaluation est à joindre

Des prestations des intervenants	à cocher si Oui
• Questionnaire réalisé par l'organisateur *(à joindre)*	□
• Fiche d'évaluation proposée par le CFMU [6]	□
• Autre, précisez : ……	

8. Indépendance de l'information scientifique

8.1 Ressources *Joindre le budget prévisionnel*

	Oui	Non
• Partenariat industrie (à lister ci-dessous) Nombre de partenaires : /_ _ _/	□	□
• Subventions	□	□
• Autres	□	□

Liste des partenaires *(si 'zéro' passez à la question 8.2 ; si > à 5, faire une annexe)*

1. .
2. .
3. .
4. .
5. .

8.2 Engagement à n'utiliser que la Dénomination Commune Internationale (DCI) des médicaments (art. 3, Décret n° 2003-1077 du 14 novembre 2003, JO du 16/11/03)

□ Oui □ Non

8.3 Avez-vous demandé aux conférenciers à cette action de formation les déclarations de conflits d'intérêts relatives à leur intervention ? □ Oui [7] □ Non

8.4 Est-il prévu que les conférenciers communiquent leurs déclarations de conflits d'intérêts aux participants ? □ Oui □ Non

CFMU
30.09.2010

[6] *Elle est en annexe 5 de ce dossier*
[7] *Remplir annexe 3*

ANNEXE 1

Engagement du représentant de l'organisme de formation auprès du Collège Français de Médecine d'Urgence

(Cette demande est à remplir une seule fois par le représentant de l'organisme de l'action de DPC et est à retourner au CFMU)

Je soussigné(e), …….

représentant de l'organisme ……..
……

m'engage à fournir en vue de la labellisation de la (des) action(s) de DPC qu'il organise les documents suivants :

- programme de la (les) action(s) et objectifs pédagogiques
- dossier de demande de labellisation dûment complété
- résultats de l'évaluation réalisée à l'issue de chaque action

Il s'engage à demander les déclarations de conflits d'intérêt des intervenants, relatives à leur intervention à chaque action.

L'organisme que je représente a bien pris en compte que le non respect de ces engagements peut amener au retrait de la labellisation de son ou ses actions de DPC.

Fait à

Le

Signature

A adresser au

CFMU
88, bd de la Villette,
75019 PARIS

CFMU
30.09.2010

ANNEXE 2

Fiche Intervenant – Objectifs Pédagogiques

à ne pas remplir si les objectifs sont mentionnés dans le programme joint ;
autrement 1 fiche par intervenant ;
à retourner au CFMU par l'organisateur

Nom de l'intervenant: **Prénom :**

Titre/Fonction :

PU-PH	□	**MCU-PH**	□
PH	□	**PHC**	□
Médecin Libéral	□	**Autre, précisez :** ……	

Adresse professionnelle :

INTITULÉ DE L'ACTION DE DPC :

Titre de l'intervention (conférence, atelier, …) :

Durée prévue (en h) :

Objectif(s) pédagogique(s) de l'intervention (à l'issue de l'action de DPC, ce que le participant doit connaître et/ou savoir faire) :

- ……
- ……
- ……

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _
Signature :

CFMU
30.09.2010

ANNEXE 3

Déclaration de conflit d'intérêt des orateurs et modérateurs

(1 par orateur et/ou modérateur ; à conserver par l'organisateur)

Tout orateur ou modérateur doit déclarer les conflits d'intérêts potentiels qui pourraient affecter l'objectivité de sa (ses) présentation(s) ou de sa modération de session(s).

Cette déclaration comprend, mais n'est pas limitée à, des relations financières, une position dans un groupe de conseil (Advisory Board), des honoraires personnels ou des subventions pour une institution, ***durant les trois dernières années***. Comme l'importance de ces liens est difficile à définir, il est proposé que l'ensemble des conflits d'intérêts ayant trait au sujet traité soit déclaré, y compris ceux incluant les subventions aux services ou à des fonds de recherche. La déclaration de conflit d'intérêts doit être retournée à l'organisateur de la formation.

Le but de la déclaration de conflit d'intérêts est de faire connaître à l'avance à l'auditoire les affiliations ou intérêts financiers possibles. Ces faits étant connus ouvertement, les participants seront plus à même de développer leur propre jugement sur le contenu de la présentation ou de la modération.

§ § § § § §

NOM : ***Prénom :***

Sujet(s) traité(s) :

1. .
2. .

J'ai des liens avec un ou des organismes, une ou des firmes pharmaceutiques concerné(e)s par le(s) sujet(s) traité(s) : □ Oui □ Non

Si Oui

- ✓ *J'ai reçu des honoraires en tant qu'expert, ou mon institution/service a reçu une (des) subvention(s) de la part de firmes concernées par le sujet traité :* □ Oui □ Non
- ✓ *J'ai reçu, ou mon institution/service a reçu des subvention(s) de firme(s) pour des investigations en rapport avec le (les) sujet(s) traité(s) dans ma (mes) conférence(s) ou la (les) session(s) que je modère :* □ Oui □ Non
- ✓ *J'ai d'autres liens (actions/liens familiaux) avec une ou des firmes pharmaceutiques en rapport avec le (les) sujet(s) traités :* □ Oui □ Non

Nom de la ou des firmes pharmaceutiques :

1. .
2. .

Date : ***Signature :***

CFMU
30.09.2010

ANNEXE 4

Déclaration de conflit d'intérêt du responsable de l'action de DPC

L'engagement auprès du CFMU pour bénéficier de la labellisation des actions de DPC suppose que l'organisateur ait déclaré ses conflits d'intérêt. Les organisateurs sont invités à adresser une déclaration d'intérêts mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence du CFMU. Afin de faciliter cette déclaration d'intérêts, le CFMU propose le présent formulaire.

Je, soussigné(e),

organisateur de l'action de DPC intitulée :

……..
.....

reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien direct ou indirect avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence du CFMU ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs.

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (PORTANT SUR LES 3 DERNIERES ANNEES)

1.1. Activité professionnelle principale (préciser les établissements de santé au sein desquels vous exercez et/ou avez exercé) :
.....
.....
.....

1.2. Fonctions auprès d'organismes publics (par exemple : Ministère de la Santé, HAS, Afssaps, …)
.....
.....
.....
.....

2. INTERETS A DECLARER (PORTANT SUR LES 3 DERNIERES ANNEES)

Je déclare les intérêts suivants, dans les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence du CFMU, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs :

2.1 Participation financière dans le capital d'une entreprise

Firme, société, organisme	Nature de la participation financière
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2.2 Activité(s) donnant lieu à une rémunération personnelle

2.2.1 Fonctions de direction

Firme, société, organisme	Nature de la fonction
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2.2.2 Lien(s) durable(s) ou permanent(s) (contrat de travail, rémunération régulière, consultant)

Firme, société, organisme	Nature du lien durable ou permanent
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2.2.3 Interventions ponctuelles : essais cliniques et travaux scientifiques

Firme, société, organisme	Nature des essais ou des travaux scientifiques
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2.2.4 Intervention(s) ponctuelle(s) : rapports d'expertise

Firme, société, organisme

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2.2.5 Intervention(s) ponctuelle(s) : activités de conseil

Firme, société, organisme

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2.2.6 Intervention(s) ponctuelle(s) : conférences, colloques, actions de formation

Firme, société, organisme	Sujet des conférences, colloques ou actions de formation *(Précisez SVP : intervenant ou invité)*
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2.2.7 Autres

Firme, société, organisme	Nature de l'activité
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2.3 Activité(s) donnant lieu à un versement au budget d'une institution (i.e. établissement de santé, université, association) dont dépend le déclarant ou dont il est responsable

Firme, société, organisme	Institution bénéficiaire du versement
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	
_____	
_____	
_____	

2.4 Autre(s) lien(s) sans rémunération

2.4.1 Lien de parenté avec les entreprises visées ci-dessus

Firme, société, organisme	Lien de parenté : conjoint, parent, enfant, frère, sœur.
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2.4.2 Autres

_____
_____
_____

3. PAS D'INTERET A DECLARER

Je ne suis pas en situation d'intérêt particulier

Je, soussigné(e), …….. déclare par la présente que tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'indépendance dont je dois faire preuve en qualité d'organisateur d'une action de DPC dont l'organisme demande la labellisation au CFMU sont énumérés ci - dessus.

Je m'engage, en outre, si je devais acquérir ou détenir des intérêts autres que ceux mentionnés ci-dessus, à les déclarer.

Fait à le Signature

CFMU
30.09.2010

ANNEXE 5

Modèle de fiche d'évaluation

(proposition CFMU)

EVALUATION IMMÉDIATE

L'évaluation est anonyme. Son seul objet est de nous aider à cerner les attentes des participants.

Nous vous remercions de bien vouloir donner votre opinion.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MÉDECIN EN FORMATION

Etes-vous membre de la Société Française de Médecine d'Urgence : oui □ non □

Exercez-vous en : CLINIQUE □ CHU □ CHG □ PSPH □ Militaire □
Autre □ : .....

Quelle est votre activité principale : Accueil Urgences □ SAMU □ SMUR □
Autre □ .....

IDENTIFICATION DE L'ACTION DE DPC

Nom et prénom de l'intervenant (conférencier,) : .....

Titre de l'action de DPC : .....

.....

Date : / /

Lieu : .....

Quelle est votre pratique médicale sur le sujet ? *(cerclez la réponse)*
Aucune □ Rare □ Fréquente □ en projet □

Quelle est votre connaissance du sujet ? (cerclez) : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP
(1 : la plus faible ; 10 : maximale)

EVALUATION PEDAGOGIQUE

L'échelle d'évaluation proposée va de l'appréciation la plus faible : 1, à la plus favorable : 10. Si vous estimez ne pas pouvoir (ou vouloir) répondre, cerclez NSP (ne se prononce pas). Pour répondre cerclez le chiffre correspondant à votre opinion.

PRESTATIONS ASSUREES PAR LE FORMATEUR [cerclez la valeur choisie]

Avez-vous acquis des données nouvelles ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP

Les objectifs étaient-ils traités en accord avec les objectifs annoncés ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP

Quelle était la qualité du document pédagogique fourni par l'intervenant ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP

Quelle était la qualité des moyens pédagogiques lors de la présentation ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP

Quel est le niveau d'intérêt que vous donnez au sujet traité ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP

Envisagez-vous de modifier votre pratique médicale ? OUI □ NON □

PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ORGANISATEUR

Comment évaluez-vous l'organisation matérielle de cette action de DPC (Information, lieu, accueil, durée et horaires, etc.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP

Après cette action de DPC, ressentez-vous le besoin d'une action complémentaire sur ce thème ?

- ✓ *Théorique* *OUI* □ *NON* □
- ✓ *Pratique* *OUI* □ *NON* □

Donnez le questionnaire à la sortie.

Les résultats seront communiqués au formateur.

Merci.

CFMU
30.09.2010