



Le Développement Professionnel Continu : un outil d'amélioration des pratiques des professionnels de santé : étude de cas au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble

Anne-Marie Prud'Homme

► To cite this version:

Anne-Marie Prud'Homme. Le Développement Professionnel Continu : un outil d'amélioration des pratiques des professionnels de santé : étude de cas au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble. Science politique. 2014. dumas-01119675

HAL Id: dumas-01119675

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01119675>

Submitted on 23 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

UNIVERSITE DE GRENOBLE
INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES



Anne-Marie Prud'Homme

**Le Développement Professionnel Continu : un outil
d'amélioration des pratiques des professionnels de santé**

Étude de cas au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble

Pour l'obtention du Master 2 « Politiques Publiques et Changement Social, spécialité
Politiques Publiques de santé »

Directrice de mémoire : Mme H. Revil, chercheur associée à PACTE et chargée de
recherche à la Structure Fédérative de Recherche « Santé-Société »

Année 2013-2014

UNIVERSITE DE GRENOBLE
INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES



Anne-Marie Prud'Homme

**Le Développement Professionnel Continu : un outil
d'amélioration des pratiques des professionnels de santé**

Étude de cas au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble

Pour l'obtention du Master 2 « Politiques Publiques et Changement Social, spécialité
Politiques Publiques de santé »

Directrice de mémoire : Mme H. Revil, chercheur associée à PACTE et chargée de
recherche à la Structure Fédérative de Recherche « Santé-Société »

Année 2013-2014

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à mon directeur de mémoire, Mme Hélène Revil, pour son accompagnement méthodologique et ses précieux conseils durant tout ce travail, ils ont permis la réalisation de ce mémoire.

J'adresse également mes chaleureux remerciements à Mme Brigitte Biguenet pour sa disponibilité.

Je remercie Mme Monika Steffen, Directeur du Master Politiques Publiques de santé, pour son enthousiasme, ses encouragements. En espérant que cette dernière année passée à Sciences Po Grenoble soit la plus belle.

Merci à Marion pour son accompagnement durant le travail de rédaction.

Merci à Sylvie, mon amie, pour ses relectures.

Un grand merci à toutes les personnes qui m'ont accordé un entretien, malgré un emploi du temps bien rempli.

Mes remerciements les plus forts vont vers mon mari, ma famille pour leur soutien sans faille durant toute cette année universitaire.

« Si l'erreur est humaine, le propre de l'homme est aussi de trouver des solutions »

D. Richardson

Sommaire

Liste des sigles et acronymes.....	5
Introduction.....	7
1.De la formation continue au Développement Professionnel Continu.....	18
1.1 La qualité des soins et la gestion du risque médical en milieu hospitalier.....	18
1.1.1 La qualité des soins	18
1.1.2 La gestion du risque médical.....	22
1.1.3 L'évaluation des établissements de santé.....	26
1.2 La formation continue des professionnels de santé.....	29
1.2.1 L'accès à la formation continue pour les professionnels de santé.....	29
1.2.2 La Formation Médicale Continue (FMC).....	34
1.2.3 Le dispositif d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).....	35
1.3 L'instauration d'un devoir de Développement Professionnel Continu (DPC).....	36
1.3.1 L'émergence du DPC	36
1.3.2 Les organismes et institutions en lien avec le DPC.....	39
1.3.3 Les caractéristiques du DPC.....	42
2 . Le DPC comme outil d'amélioration de la qualité des soins en milieu hospitalier.....	46
2.1 Le déploiement du DPC au sein d'un CHU.....	46
2.1.1 Présentation de la gouvernance hospitalière.....	47
2.1.2 Mise en place et communication autour du dispositif DPC.....	50
2.1.3 Appropriation du dispositif par les professionnels de santé.....	56
2.2 Le DPC comme outil pour améliorer la qualité des soins.....	62
2.2.1 Vers une systématisation du maintien des connaissances et l'évaluation des pratiques professionnelles.....	62
2.2.2 Vers la valorisation des pratiques déjà mises en œuvre en milieu hospitalier.....	68
2.2.3 Vers une approche décloisonnée de la santé.....	73
2.3 Les limites du DPC.....	78
2.3.1 Une résistance face au changement et à l'évaluation des pratiques.....	79
2.3.2 Un projet inapproprié à la réalité du terrain.....	83
2.3.3 Les vices de conception et les dysfonctionnements du dispositif.....	88
Conclusion et discussion.....	97
Bibliographie.....	107
Annexes.....	116

Liste des sigles et acronymes

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANAP	Agence Nationale d'Aide à la Performance
ANFH	Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier
APP	Analyse des Pratiques Professionnelles
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CFP	Contribution à la Formation Professionnelle
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CNFMC	Conseil National de Formation Médicale Continue
CNOM	Conseil National des Ordres des Médecins
CRFMC	Conseils Régionaux de Formation Médicale Continue
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge
CSI	Commissions Scientifiques Indépendantes
CSP	Code de la Santé Publique
DGF	Dotation Globale de Financement
DIF	Droit Individuel à la Formation
DPC	Développement Professionnel Continu
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EAE	Entretien Annuel d'Evaluation
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EIAS	Evénements Indésirables Associés aux Soins
EIG	Evénements Indésirables Graves
FAF	Fond d'Assurance Formation
FIF	Fond Interprofessionnel de Formation

FMC	Formation Médicale Continue
FPC	Formation Professionnelle Conventionnelle
FPTLV ou FTLV	Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie
GHM	Groupes Homogènes de Malades
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MIGAC	Missions d'Intérêts Générales et d'Aide à la Contractualisation
NMP	New Management Public
ODPC	Organisme du Développement Professionnel Continu
OGDPC	Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
PAQSS	Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PEP	Pratiques Exigibles Prioritaires
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations
PRDGR	Programme Régional De Gestion du Risque
RMM	Revue de Mortalité Morbidité
RMO	Référentiel Médical Opposable
T2A	Tarifification à l'activité
UMAGRIS	Unité Médico Administrative de Gestion du Risque Sanitaire
URCAM	Unions Régionales de Caisses d'Assurance Maladie
URML	Unions Régionales des Médecins Libéraux

Introduction

En France, le système de santé repose sur des décisions politiques et des choix institutionnels anciens : universalité de la couverture sociale ; solidarité de financement (assuré par les cotisations des travailleurs et par les impôts) ; liberté du patient de choisir le médecin et l'établissement dans lequel il veut être traité ; globalité du système de protection sociale (tous les aléas de la vie sont couverts : santé, maternité, vieillesse, invalidité, accidents du travail, etc.).

Toutes ces caractéristiques font du système de santé français « *le meilleur système de santé dans le monde* » selon une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2000¹. Le système de soins français représente donc un secteur puissant et symboliquement fort mais aussi fragile par son mode de financement et la maîtrise peu efficiente du budget gouvernemental alloué à la santé.

Le vieillissement de la population, l'influence démographique et les progrès techniques sont autant de facteurs qui font que les dépenses de santé augmentent naturellement et inéluctablement chaque année. A l'heure actuelle, le déficit de l'assurance-maladie est considérable et la maîtrise des budgets dédiés à la santé est devenue une préoccupation nationale majeure.

Lors d'un discours le 22 avril 2014², la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Madame Marisol Touraine a demandé un « *effort sans précédent* » et des dispositions drastiques pour effectuer 2,9 milliards d'euros d'économies sur le système de santé en 2015 et jusqu'à 10 milliards d'euros d'ici 2017. C'est précisément l'objectif assigné à l'assurance-maladie qui vient de soumettre son rapport annuel intitulé "charges et produits" présentant au Gouvernement des propositions relatives aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre financier prévu pour l'année 2015. En ligne de mire sont accusés : des actes inutiles ou redondants, une mauvaise gestion des hôpitaux, le prix des médicaments, le cloisonnement ville-hôpital et l'abus de prescriptions.

Pour permettre à la Sécurité Sociale d'économiser les 10 milliards d'euros préconisés par la ministre, le taux de progression de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) fixé par le programme de stabilité devrait se limiter à moins de 2 % par an dès 2015. Ce chiffre représente le taux de progression le plus bas jamais atteint depuis 1997 (avec 3 % en moyenne depuis 2008). Il reste très inférieur à la croissance naturelle du budget de la Sécurité Sociale, évaluée à plus de 3,7 %

1 Organisation Mondiale pour la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2000 - Pour un système de santé plus performant*, Genève, 2000.

2 Discours disponible sur <http://www.lesechos.fr/24/04/2014/lesechos.fr/020346>

et de loin à la croissance économique française.

Les mesures d'économies engagées ne doivent toutefois en rien compromettre la qualité des soins dispensés. « *Les réformes que j'engage n'aboutiront pas à un système de santé "low cost" mais, au contraire, à préserver l'excellence de notre modèle, son excellence médicale, mais aussi son excellence sociale* » a déclaré Madame Marisol Touraine dans ce même discours.

La volonté du gouvernement de ne pas modifier le système de remboursement, mais d'inciter le système de santé à gagner en efficacité, afin de réduire son coût, a été validé par le Conseil de la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie (CNAM). Dans un rapport publié le 22 mars 2012, le Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) précise que « *c'est autour de l'amélioration de la qualité des parcours de soins [...] que se situe aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé [...] C'est donc sur ce terrain que l'on peut, aujourd'hui, le mieux œuvrer à la défense des principes fondateurs de l'assurance maladie* »³.

L'analyse du fonctionnement des systèmes de santé d'autres pays développés montre que l'augmentation des dépenses de santé n'est pas inéluctable et que les concepts d'égalité d'accès aux soins, de qualité des prestations et de contrôle du niveau des finances publiques ne sont pas incompatibles.

Pour mieux comprendre le fonctionnement de notre système de santé, il nous semble opportun de revenir sur les moments clés de son évolution. La création de notre système de Sécurité Sociale s'est faite au lendemain de la seconde guerre mondiale, avec les ordonnances n°45-10 du 4 et 19 octobre 1945 relatives à l'organisation de la sécurité sociale. Elle est créée selon le modèle allemand bismarckien qui consiste en une gestion par les partenaires sociaux, avec un financement par des cotisations patronales et salariales. Le Préambule de la Constitution de la IV^{ème} République précise : « *La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, au vieux travailleur la protection de la santé, de la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique se trouve dans l'incapacité de travail a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».

Nous comprenons qu'à partir de ce moment-là, le droit pour tous à « *vivre dans une société plus juste et plus solidaire* »⁴ est instauré. Notre système actuel repose toujours sur le principe de solidarité nationale. La sécurité sociale représente une place majeure dans le paysage social

3 Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM*, 22 mars 2012, 123 p.

4 Rayssiguier Y., Jégu J., Laforcade M., *Politiques sociales et de santé : comprendre et agir*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2012, p 25

français, alors qu'elle s'inscrit dans le champ plus vaste de la protection sociale, laquelle constitue le socle des politiques sociales en rapport avec la couverture des risques de la vie.

En France, depuis l'ordonnance du 21 août 1967, le Code de la sécurité sociale distingue cinq branches autonomes : la branche Maladie (maladie, maternité, invalidité et décès), la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, la branche Vieillesse et veuvage (retraite), la branche Famille (handicap, logement, etc.) et la branche Recouvrement des cotisations sociales.

L'Assurance Maladie est constituée de trois principaux régimes (auxquels s'ajoutent d'autres régimes particuliers) : le régime général, le régime social des indépendants et le régime agricole. Le régime général concerne les salariés du secteur privé (mais aussi les étudiants, les personnes en recherche d'emploi et les agents contractuels de l'État), ce qui représente quatre personnes sur cinq. Les sources de financement de l'Assurance Maladie proviennent des cotisations sociales (58,4 % des recettes du régime général en 2012)⁵, de la contribution sociale généralisée (20,4 % des recettes du régime général en 2012), des impôts et taxes (13 % des recettes du régime général en 2012) et d'autres sources de financements (6,3 % des recettes du régime général en 2012). Le financement de la Sécurité Sociale est assuré grâce au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) voté chaque année par le Parlement. Ce projet de loi a également pour mission de fixer l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). C'est donc la branche Assurance Maladie qui finance le secteur sanitaire.

Par conséquent, la santé devient un enjeu collectif de société et l'Etat prend en charge le financement et la gestion administrative des hôpitaux. En 1958, sont créés les Centres Hospitaliers Universitaires⁶ (CHU) qui associent les soins, l'enseignement et la recherche. La profession médicale est au centre de cette institution. La loi du 31 juillet 1970 crée le service public hospitalier et instaure la planification sanitaire par le biais de la carte sanitaire qui vise à adapter l'offre et la demande de soins, ainsi que les besoins et les moyens.

Les premières difficultés financières de l'assurance maladie apparaissent après 1973. « *Les dépenses augmentent plus vite que les recettes* »⁷. Cette augmentation est liée à un niveau de vie plus élevé, au vieillissement de la population qui accroît la demande de soins et au progrès technologique de la médecine, entre autre. Les pouvoirs publics réfléchissent alors à des mesures pour tenter de maîtriser au mieux les dépenses liées à la santé : c'est le début de la régulation du système de santé. Les plans de redressements mis en œuvre ont pour objectif d'agir sur les demandeurs de soins (les patients) et/ou les offreurs de soins (les médecins) qui représentent les

5 Selon <http://www.securite-sociale.fr/Les-sources-de-financement-de-la-Securite-sociale>

6 Maillard Ch., *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Paris, Bordas, 1986, p 25

7 Palier B., *La réforme des systèmes de santé*, Paris, PUF, 2012, p 55

principaux leviers de la maîtrise des dépenses de santé. Pour les seconds, les mesures s'attachent à encadrer les comportements des professionnels de santé détenant la liberté de prescription (Encadré 1).

Encadré 1

La régulation des dépenses de santé

Les pouvoirs publics ont tout d'abord agi sur la demande de soins, en souhaitant un changement de comportement des patients. L'objectif était d'éviter une surconsommation « *de biens et de soins médicaux* »⁸. Pour cela est mise en place une participation financière des demandeurs, appelée *ticket modérateur de 20%* qui correspond à un reste à charge à payer pour le patient⁹. Cette mesure est inscrite dans l'ordonnance du 19 octobre 1945 (Ordonnance n° 45-2250 portant organisation de la Sécurité sociale)¹⁰. Les mutuelles complémentaires peuvent prendre en charge ce ticket modérateur. Dans le secteur hospitalier, ce reste à charge est instauré en 1983, il s'appelle le *forfait hospitalier*. Les acteurs étatiques poursuivent leur volonté d'agir sur la demande de soins en remboursant beaucoup moins certains médicaments dits « de confort ».

Le second levier d'action des pouvoirs publics est d'agir sur l'offre de soins, c'est-à-dire, sur les professionnels de santé et notamment, les médecins libéraux, premiers prescripteurs de biens et soins médicaux. Encadrer les pratiques professionnelles que ce soit dans le secteur hospitalier ou des soins de ville devient un enjeu majeur pour les acteurs étatiques. Dès les années 60, des conventions sont signées entre les médecins libéraux et les CPAM pour fixer des tarifs et contrôler le prix des produits de santé. Ces mesures n'inversent cependant pas la courbe des dépenses de santé. Dans les années 80-90, d'autres mesures sont prises entre les pouvoirs publics et les CPAM en mettant en place des budgets annuels de dépenses pour les praticiens de la médecine ambulatoire. En parallèle, des contraintes comme le Numerus Clausus et des incitations comme le Référentiel Médical Opposable (RMO), des logiciels d'aide à la prescription font leur apparition. Un secteur 2, dit *d'honoraires libres* est créé par les pouvoirs publics permettant ainsi le dépassement des honoraires des praticiens libéraux.

Depuis 1970, plusieurs lois se succèdent pour tenter de répondre à la problématique de l'augmentation des dépenses de santé.

La loi n°83-25 du 19 janvier 1983, par exemple, propose diverses mesures relatives à la sécurité sociale et instaure la Dotation Globale de Financement des hôpitaux (DGF) (cette mesure vient

8 Revil H., thèse *Le « non-recours » à la Couverture maladie universelle. Émergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel*, janvier 2014, pp 183-185

9 Le taux du ticket modérateur ne cessera d'augmenter pour tenter de pallier le déficit de la branche maladie. Il se complexifiera au fil des années, selon que ce soient des soins de ville ou du secteur hospitalier.

10 Revil H., thèse *Le « non-recours » à la Couverture maladie universelle. Émergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel*, janvier 2014, pp 183-185

remplacer le paiement au prix de journée). Les établissements de santé reçoivent une dotation globale de financement annuelle, versée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), qui ne tient pas compte de l'activité hospitalière réelle. Ce sont alors les préfets des départements qui ont en charge le respect des dépenses hospitalières imposées par l'Etat. Les professionnels de santé, surtout les médecins, sont responsabilisés au problème financier des établissements de santé avec des outils de gestion de contrôle, comme le tableau prévisionnel d'activité et de moyens, pour amorcer un changement de pratique médicale¹¹. Mais ce mode de financement n'a pas permis de répondre positivement aux objectifs visés. Ce modèle s'est avéré déflationniste, puisque les hôpitaux n'avaient pas intérêt à avoir une activité médicale importante. Il était difficile de connaître l'activité médicale réelle. La France va alors s'inspirer du modèle américain des *Diagnosis related groups* dont l'objectif est de comprendre la production de soins en termes médicaux. En France, cette production se concrétise avec la mise en place de Groupes Homogènes de Malades (GHM)¹². Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) consiste alors en une « *mise en cohérence des budgets avec le volume exact et la nature réelle de l'activité médicale des établissements* »¹³. C'est à partir de ces GHM que l'établissement de santé est financé par la sécurité sociale. Le PMSI est devenu obligatoire conformément à la loi du 31 juillet 1991.

Les ordonnances du 24 avril 1996, dites ordonnances Juppé, vont tenter de répondre à la problématique de la régulation des dépenses de santé. Deux ordonnances d'urgence sont adoptées le 24 janvier 1996 : l'ordonnance n° 96-50 relative au remboursement de la dette sociale et l'ordonnance n° 96-51 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale. Trois autres ordonnances viennent les compléter : l'ordonnance n°96-344 relative à l'organisation de la sécurité sociale, l'ordonnance n°96-345 relative à la maîtrise des dépenses de soins et l'ordonnance n°96-346 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Toutes ces ordonnances forment le socle de la régionalisation du financement et de l'activité des établissements de santé avec les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Les pouvoirs sont transférés au Directeur des ARH. « *Rassemblant les services de l'Etat et de l'assurance maladie, les ARH sont alors les instances uniques de régulation de l'offre hospitalière publique et privée, chargées de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins*

11 Ce paragraphe s'inspire des cours de Mr F. Madelmont, *Gestion de pôle et filière de soins*, IEP Grenoble, les 16 et 17 janvier 2014

12 Il existe environ 2300 GHM qui servent aujourd'hui à mesurer la charge en soins et la lourdeur pathologique. Les GHM sont positionnés les uns par rapport aux autres, sur une échelle relative de lourdeur pathologique. Ce concept de lourdeur pathologique est appréhendé d'un point de vue économique. Il n'intègre pas les critères sociaux, les critères de qualité, les critères d'environnements, les critères d'investissements. C'est une logique de performance. Ce paragraphe s'inspire des cours de Mr P. Dubois, *Approches économiques du fonctionnement hospitalier*, IEP Grenoble, le 13 janvier 2014

13 Stingre D., *Le service public hospitalier*, Paris, PUF, 2010, p 114

hospitaliers, de coordonner et éventuellement de redéployer l'activité des établissements de santé publics et privés et d'attribuer leurs ressources »¹⁴. C'est donc pour la première fois depuis 1945 qu'un objectif de mutualisation de moyens au service de la santé se met en place. Ces mesures, qui prévoient une restructuration profonde du système de santé et un vote annuel d'une Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), provoquent des mouvements réfractaires et une mise en place difficile.

Suite à l'échec successif des différents modes de financement des hôpitaux et du déficit de la sécurité sociale, en 2004 un nouveau mode de financement, déjà utilisé dans d'autres pays est mis en place : *la tarification à l'activité médicale (T2A)*. C'est ce dernier mode qui est toujours en vigueur aujourd'hui. La T2A a une logique de financement à l'activité médicalisée. Selon la revue *Questions d'économie de la santé*¹⁵, « *la T2A permet de financer l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés afin d'améliorer l'efficacité des établissements de santé et du secteur hospitalier* ». La T2A a bien comme objectif le financement de l'activité médicale, de sa production de soins au juste coût. C'est la recherche de gains, d'efficacité, de performance, d'innovation à moindre coût. Les établissements de santé sont donc financés par la sécurité sociale, via l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (l'ONDAM).

La deuxième grande loi de santé publique définissant des objectifs prioritaires et des plans stratégiques pour les années à venir est promulguée le 9 août 2004 (loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique), suivie par la loi n°2004-810 relative à l'assurance-maladie du 13 août 2004, dite loi « Douste-Blazy ». C'est la première grande réorganisation du système de santé (avec l'introduction du médecin traitant et l'instauration du dossier médical personnel) qui s'accompagne de la création de nouvelles instances de gouvernance nationale avec, entre autre, la création d'une Haute Autorité de Santé (HAS).

Ces mesures, bien que nombreuses depuis 1991, restent peu efficaces. D'après le professeur Guy Vallancien, l'hôpital souffre « *d'incapacité chronique à se réformer [...] et il n'y a pas d'autre solution que de lui perfuser une très forte dose d'aide au changement, tout en révisant son organigramme de décision et d'action* »¹⁶. La conjoncture actuelle, guidée par la crise économique de ces dernières années et l'augmentation croissante des dépenses de santé ont imposé aux pouvoirs publics une nouvelle réforme et une révision profonde du système médical et des politiques publiques de santé. C'est dans ce contexte qu'a été introduite la loi du 21 juillet 2009, portant

14 Rayssiguier Y., Jégu J., Laforcade M., *Politiques sociales et de santé : comprendre et agir*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2012, p 353

15 IRDES, « *Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A* », *Questions d'économie de la santé*, Avril 2013, n° 186

16 Stingre D., *Le service public hospitalier*, Paris, PUF, 2010, p.3

réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST n°2009-879). Cette réforme est consacrée principalement à la restructuration de la gouvernance hospitalière, au respect des mesures de santé publique et à l'organisation territoriale du système de santé. La loi engendre notamment, en 2010, la création d'Agences Régionales de Santé (ARS) chargées de coordonner l'ensemble des politiques de santé à l'échelle territoriale.

Ces réformes du système de santé ont toutes pour objectif le souci du contrôle des dépenses publiques en améliorant l'efficacité du système de soins. L'efficacité d'une offre de soins peut être caractérisée par son rapport coût-qualité. La qualité des soins étant un objectif déontologique fondamental de la pratique médicale, une exigence sociale et un enjeu collectif, point de mire des politiques publiques de santé.

D'après la HAS : « *la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficaces que possible* »¹⁷. Cette définition suggère que des facteurs déterminants de la qualité et de l'efficacité du système de soins sont le renforcement de la cohérence organisationnelle et de l'encadrement pour l'amélioration des pratiques des professionnels de santé.

Aujourd'hui, les professionnels de santé ont la possibilité d'évaluer et d'améliorer leurs pratiques professionnelles à travers la participation à des dispositifs de formation continue. Les objectifs institutionnels de ces formations sont, entre autres, de développer des compétences et/ou connaissances, soutenir le développement d'une culture commune, faciliter l'adaptation à de nouvelles technologies et accélérer l'appropriation de nouvelles pratiques de travail.

Par l'application de l'article 59 de la loi HPST de 2009, les politiques publiques de santé ont fait le choix de réformer les dispositifs existants de formation continue des professionnels de santé pour instaurer un dispositif de Développement Professionnel Continu ou DPC (voir Annexe I : Article 59 de la loi HPST). Cette nouvelle mesure est originale par son caractère obligatoire et son application imposée à tous les professionnels de santé.

En France, plus d'un million de professionnels sont concernés par cette politique (voir Tableau 1). En 2013, on compte en effet, 353 034 professionnels médicaux ou pharmaceutiques et 790 310 auxiliaires médicaux. Les données du Tableau 2 montrent que, parmi les médecins, 109 981 (ou 50 %) exercent une activité libérale alors que 88 190 (ou 40 %) sont salariés (les autres ayant un statut « mixte »)¹⁸.

17 Haute Autorité de Santé, *Définir ensemble de nouveaux horizons de la qualité en santé*, décembre 2007.

18 Le statut "mixte" désigne les médecins exerçant une activité libérale mais étant également des médecins hospitaliers au titre d'une activité secondaire.

Nombre de professionnels de santé en 2013	
<i>Professions médicales et pharmaceutiques</i>	
Médecins	218 296
Chirurgiens-dentistes	40 833
Sages-femmes	20 235
Pharmaciens	73 670
Total	353 034
<i>Auxiliaires médicaux</i>	
Infirmiers diplômés d'État et autorisés	595 594
Masseurs-kinésithérapeutes	77 778
Pédicures-podologues	12 430
Orthophonistes	21 902
Orthoptistes	3 826
Opticiens-lunetiers	27 340
Psychomotriciens	8 891
Manipulateurs E.R.M	31 242
Ergothérapeutes	8 539
Audioprothésistes	2 768
Total	790 310

Tableau 1: *Nombre de professionnels de santé en France en 2013, d'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), estimations de population au 1er janvier 2012.*

Nombre de médecins selon leur statut en 2013	
Libéraux	109 981
Salariés	88 190
Mixte	20 896

Tableau 2: *Nombre de médecins selon leur statut, en France en 2013, d'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), estimations de population au 1er janvier 2012.*

En France, le DPC représente le premier dispositif rendu obligatoire pour tous les professionnels de santé, quel que soit leur métier (profession médicale ou paramédicale), leur statut (salarié ou libéral) et leur lieu d'exercice (établissement de santé public ou privé).

Dans le contexte actuel, cette nouvelle mesure interroge la pertinence de la mise en œuvre d'un nouveau dispositif de formation continue et son éventuelle contribution dans l'amélioration de la qualité du financement du système de soins français.

En tant que cadre de santé exerçant dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), je suis personnellement concernée par la mise en place du dispositif de DPC. Mon travail en tant qu'encadrant d'une équipe de soignants est de créer un programme DPC de service en lien avec le projet de pôle et de veiller au respect de cette nouvelle obligation.

Mes études à l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, en Master 2, Politiques Publiques de Santé m'ont permis d'appréhender davantage les politiques de santé en lien avec mon activité professionnelle et m'ont conduit à faire un travail de recherche sur la mise en œuvre du DPC en établissement de santé et plus particulièrement dans un CHU.

Mon travail de réflexion a débuté par un questionnement sur les caractéristiques de ce nouveau dispositif étatique : Quelle est l'utilité du DPC ? À qui s'adresse-t-il ? Comment le mettre en place dans un Centre Hospitalier Universitaire ? Les réponses que j'ai obtenues à ces questions ont ensuite soulevé une interrogation plus précise : Comment et en quoi le DPC peut-il améliorer la performance d'un Centre Hospitalier Universitaire ? Puisque l'application du DPC implique nécessairement un changement dans les pratiques des professionnels de santé, c'est autour de la question de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins que ma question de recherche s'est petit à petit construite. La problématique qui motivera le fil de cette étude sera finalement la suivante :

« Dans quelle mesure le Développement Professionnel Continu apporte-t-il un changement dans les pratiques des professionnels de santé, médecins et soignants, au sein des pôles d'activité de soins, pour améliorer la qualité et la sécurité des soins des patients ? ».

Une approche intuitive consiste à apprécier le DPC en tant que dispositif de formation continue obligatoire et donc comme un système d'acquisition et d'actualisation de connaissances et de compétences pour les professionnels de santé. La première hypothèse émise est donc celle consistant à considérer le DPC comme un outil d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Pour aller plus loin, il faut se poser la question des moyens d'action du DPC. La deuxième hypothèse émise est donc celle consistant à considérer le dispositif DPC comme un outil favorisant le décloisonnement professionnel et le travail de collaboration.

Pour tenter de répondre à notre question de recherche, j'ai choisi, dans un premier temps, d'effectuer une étude bibliographique. Les écrits concernant les politiques publiques de santé d'auteurs

reconnus comme Bruno Palier, Pierre Muller et Didier Stingre m'ont permis de contextualiser l'émergence du DPC. Pour mieux comprendre les enjeux de pouvoir des différents acteurs j'ai consulté des ouvrages de sociologie des organisations écrits, entre autres, par Michel Crozier et Paul Watzlawick. Le sujet étant particulièrement récent, les données gouvernementales relatives au dispositif de DPC restent peu nombreuses. La majorité des informations recueillies dans ce mémoire sont issues du guide méthodologique intitulé « méthodes et modalités de DPC » publié par la Haute Autorité de Santé.

Dans un deuxième temps, j'ai fait le choix de confronter la théorie de cette disposition étatique à son application effective sur le terrain. Pour cela, j'ai mené une enquête auprès des acteurs responsables de la mise en place du DPC dans un CHU et réalisé onze entretiens semi-directifs. J'ai procédé à un appel à volontaires par messages électroniques, en me présentant comme étudiante en Master 2 de « Politiques Publiques de Santé » réalisant une étude sur la mise en œuvre du DPC au sein d'un CHU.

Les entretiens, qui se sont déroulés du 26 mai au 29 juillet 2014, sont axés sur une liste d'une dizaine de questions semi-ouvertes (voir Annexe II : Guides des entretiens réalisés). Ils ont duré en moyenne 50 minutes et se sont tenus dans les bureaux respectifs des professionnels interrogés. Avec l'accord de ces derniers, ils ont été enregistrés¹⁹, anonymisés et entièrement retranscrits.

Le choix des modalités d'interaction a été guidé par la volonté de permettre une libre expression des personnes interrogées et de recueillir des avis affranchis sur ce sujet sensible qu'est l'instauration d'un dispositif de DPC *obligatoire* et contrôlé pour tous les professionnels de santé. Les caractéristiques des entretiens réalisés sont décrites dans l'Annexe III (voir Annexe III : Tableau récapitulatif des entretiens).

Parmi les personnes sollicitées, un responsable de l'application des politiques publiques de santé nationale en région (membre de l'ARS délégation départementale de l'Isère) et huit professionnels de santé du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble ont accepté de répondre à mes questions.

Au sein d'un établissement comme le CHU de Grenoble, les dispositifs tels que le DPC font partie du projet médical proposé par la Commission Médicale d'Etablissement (CME). Pour cette raison, j'ai choisi d'inclure dans le corpus des interviewés un médecin, vice-président de la CME et chargé de la mise en place du DPC pour le personnel médical de l'établissement.

J'ai également interrogé les responsables de l'implémentation du DPC dans quatre pôles d'activité du CHU de Grenoble à travers, pour chaque pôle, un entretien individuel avec le médecin chef de

¹⁹ Concernant les modalités d'enregistrement : 8 entretiens ont été enregistrés dans des fichiers au format audio, 2 entretiens ont été effectués uniquement par écrit (par e-mails) et un entretien a été uniquement transcrit à l'écrit par la personne interrogée.

pôle et son cadre supérieur. Le DPC faisant partie intégrante de la formation continue du personnel d'un établissement, j'ai également recueilli les propos de la cadre supérieure de la formation continue, responsable des actions de DPC.

Pour compléter ma recherche, j'ai effectué des observations participatives aux présentations du DPC faites par la cadre supérieure de la Formation Continue du CHU de Grenoble à des équipes de professionnels paramédicaux volontaires, à la demande du cadre de santé de proximité. Cela m'a permis d'observer les dispositions et procédés mis en place pour introduire le DPC sur le terrain directement auprès des agents ainsi que leurs réactions face à ce nouveau dispositif.

Dans un premier temps, ce mémoire introduira les éléments fondamentaux nécessaires à la compréhension de notre objet de recherche : le DPC (chapitre 1). La problématique du sujet conduit à étudier les concepts de l'appréciation de la qualité des soins en milieu hospitalier et les dispositifs de gestion du risque (partie 1.1). Nous présenterons ensuite la formation continue des professionnels de santé en vigueur avant la loi HPST de 2009 (partie 1.2) avant de discuter de l'émergence du dispositif de Développement Professionnel Continu et de ses décrets d'application (partie 1.3).

L'étude de l'implémentation du DPC comme outil pour améliorer la qualité des soins en milieu hospitalier fera l'objet d'une seconde partie (chapitre 2). Nous verrons alors comment ce nouveau dispositif est mis en place au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (partie 2.1) puis nous nous intéresserons au potentiel du DPC en tant qu'outil pour augmenter la qualité des soins apportés aux patients (partie 2.2). Les limites actuelles inhérentes à la mesure et à sa mise en œuvre ainsi que les résistances constatées face à ce nouvel outil seront étudiées dans une dernière partie (partie 2.3) avant de conclure par une discussion sur les concepts ayant émergé de la problématique et les perspectives qu'elle nous conduit à envisager.

Il est à noter que l'analyse proposée dans ce rapport est basée par les propos recueillis lors des entretiens des responsables de l'application du DPC au sein de l'ARS et du CHU de Grenoble.

1. De la formation continue au Développement Professionnel Continu

La maîtrise du budget alloué aux dépenses de santé est aujourd'hui une préoccupation gouvernementale prioritaire. En France, le gouvernement réagit à l'augmentation des dépenses de santé et au déficit croissant de l'assurance-maladie par des mesures de maîtrise des dépenses relatives aux soins. Ces réformes sur le système de santé français ont pour objectif prioritaire de maintenir la qualité du système tout en luttant contre les surcoûts. Dans ce cadre, la formation continue des professionnels de santé peut s'avérer un outil précieux. Dans cette première partie, nous introduirons les notions relatives à la qualité des soins portés aux patients, la gestion du risque médical et l'évaluation des établissements hospitaliers. Nous étudierons ensuite l'accès et les offres de formation continue des professionnels de santé en vigueur avant la loi HPST. Puis, nous présenterons l'émergence de la nécessité du Développement Professionnel Continu et ses caractéristiques, les professionnels et les organismes concernés ainsi que les institutions en lien avec la loi.

1.1 La qualité des soins et la gestion du risque médical en milieu hospitalier

La gouvernance de tout système de santé doit s'assigner un objectif prioritaire de performance. La performance du système en place repose sur la qualité des soins dispensés aux patients sur la gestion des risques liés à la pratique médicale et sur la qualité de l'établissement de santé.

1.1.1 La qualité des soins

La définition du concept de qualité a évolué depuis une vingtaine d'années : nous passons de la

notion de bénéfice individuel de l'amélioration de la qualité à un bénéfice collectif qui passe lui, par la prise en compte de l'aspect économique de la santé.

Dans les années 80, A. Donabedian²⁰ propose de définir des soins de qualité comme ceux qui « maximisent une situation (mesurée) de bien-être du patient, après une prise en compte dans toutes les dimensions des processus de soins »²¹. En 1984, L'Association Médicale Américaine (AMA) propose une toute autre définition qui vient s'opposer à celle d'A. Donabedian, en mettant en exergue le caractère collectif de la qualité et en intégrant la notion d'efficience, composante incontournable de la qualité : « la qualité contribue durablement à l'amélioration ou au maintien de la qualité et de la vie de la population »²².

En France, au fil des années, cette définition s'est précisée et s'est complétée pour s'adapter à la conjoncture économique (volonté de maîtriser les dépenses de santé) et pour répondre aux problématiques du soin individualisé et de l'efficience. L'HAS complète la définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé en disant : « garantir la qualité des soins est un objectif ambitieux. La complexité des processus des soins, la diversité de l'offre de soin, la variabilité des pratiques constatée, la mise à jour continue des connaissances des pratiques et l'amélioration des technologies médicales, la nécessité de maîtriser les risques des pratiques et enfin la dimension économique des soins permettent de comprendre pourquoi la qualité des soins est difficile à atteindre et pourquoi l'atteinte de cet objectif rend indispensable une démarche structurée d'évaluation et d'amélioration »²³. Dans son projet stratégique 2013-2016, intitulé « Contribuer à la régulation par la qualité et l'efficience », rendu public le 25 septembre 2013, l'HAS précise ses cinq grands axes d'action pour 2014 ²⁴:

- recentrer le programme de travail sur les principaux enjeux de santé et développer de nouvelles modalités d'évaluation ;
- développer la dimension comparative dans l'évaluation des produits et technologies de santé pour définir la qualité et l'efficience ;
- renforcer l'impact des productions de la HAS auprès de ses différentes cibles ;
- organiser les soins en parcours et savoir les évaluer ;
- développer des approches centrées sur le patient pour renforcer sa sécurité et la qualité des soins qu'il reçoit.

Dans ce dernier point, les objectifs affichés sont :

20 A. Donabédian (1919-2000) était un médecin et fondateur de l'étude de la qualité des soins médicaux.

21 Haut Conseil de la Santé Publique, « définition de la qualité ». Revue *ADSP*, juin 2011, n° 35, p 24

22 Haut Conseil de la Santé Publique, « définition de la qualité ». Revue *ADSP*, juin 2011, n° 35, p 24

23 www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/recommandations/HAS/2005/guide_EPP.pdf, consulté le 8 juillet 2014

24 HAS, *Projet stratégique 2013-2016, Contribuer à la régulation par la qualité et l'efficience*, synthèse.

- rendre le patient davantage acteur de sa prise en charge ;
- améliorer la sensibilité des professionnels et des personnes soignées quant aux événements indésirables associés aux soins récurrents ;
- développer des approches centrées sur les patients ;
- renforcer la sécurité du patient.

L'importance accordée à la notion de qualité montre la volonté affichée des pouvoirs publics de la nécessité d'une régulation du système de santé.

Cette exigence de qualité des soins et donc de qualité du système de santé a renforcé le rôle du patient dans son implication à la prise en charge de ses soins. Les textes de loi du 31 juillet 1991 et l'ordonnance du 24 avril 1996, entre autres, participent à instaurer une reconnaissance de plus en plus affirmée du droit des patients et du devoir d'efficience du système de soin. La place du patient dans le système de santé est renforcée par l'apparition du concept de démocratie sanitaire. La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, légalise ce concept et marque une avancée supplémentaire en définissant le patient comme un « consommateur de soins ». Elle insiste sur l'obligation pour les professionnels de santé de tout faire pour assurer une prise en charge efficace des malades sur la base de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et rétabli les notions de faute médicale et de prévention des risques. En cas de faute ou d'accident médical, il est prévu que les erreurs issues de ce manquement soient recherchées au sein des établissements de santé mais aussi individuellement, dans la pratique des professionnels. Au sein des institutions hospitalières, la reconnaissance d'un droit des malades implique une représentation des usagers dans la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge (CRUQPC). Dans le respect de cette obligation, le CHU de Grenoble implique le représentant de la CRUQPC, monsieur Raymond Merle, dans les décisions de l'institution telles que les orientations stratégiques présentées par la Direction, la politique financière ou la politique « qualité et sécurité des soins ».

Il est important de souligner que les différentes crises sanitaires auxquelles la France a dû faire face, comme la crise de la vache folle, le sang contaminé, et dernièrement, l'affaire du Médiateur, ont suscité de nombreux questionnements de la part des usagers et le besoin de leur redonner confiance s'est affirmé par la nécessité d'impliquer le patient dans le système de santé.

La qualité des soins est un concept réaffirmé par les membres de l'ARS de la région Rhône-Alpes, tutelle du CHU de Grenoble (voir Encadré 2). Dans son rapport du 3 mai 2011, intitulé *La politique régionale d'amélioration de la performance hospitalière en Rhône-Alpes*, l'Agence Régionale de Santé réaffirme sa volonté politique d'améliorer la performance hospitalière par la qualité et la gestion des risques médicaux²⁵. En effet, à l'heure où les réductions des dépenses de santé font la Une des actualités, tous les moyens, tous les outils permettant de contribuer aux économies du système de santé sont de rigueur. Tous les établissements de santé sont donc concernés par leur performance à moindre coût. L'ARS Rhône-Alpes écrit « *qu'un établissement est performant lorsqu'il propose une prise en charge de qualité, au moindre coût, apportant satisfaction aux patients ainsi qu'aux professionnels* ». Ces propos sont confortés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui précise que « *la performance est la recherche des meilleurs résultats avec les mêmes ressources* ».

Encadré 2

Deux grandes missions assurées par l'ARS²⁶

Les Agences Régionales de Santé ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées. Elles garantissent une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire et permettent une plus grande fluidité du parcours de soin, pour répondre aux besoins des patients.

Le pilotage de la politique de santé publique en région comprend trois champs d'intervention :

- la veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé ;
- la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé ;
- l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

La régulation de l'offre de santé en région vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé.

Elle porte sur les secteurs ambulatoire (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées) et hospitalier. Elle comporte une dimension territoriale - pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire - et une dimension économique

25 Nous étudierons la notion de gestion des risques médicaux dans le chapitre suivant.

26 Cet encadré est extrait de la présentation générale de l'ARS et de ses missions. Le lecteur peut retrouver plus de détails sur le site www.ars.fr: présentation générale

- pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé.

La régulation est mise en place dans les différents domaines de responsabilité de l'agence, la loi mettant à la disposition du Directeur Général de l'ARS divers leviers, notamment :

- 1) l'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources ;
- 2) la définition et la mise en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (CNSA), des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région ;
- 3) l'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels.

1.1.2 La gestion du risque médical

La notion de « gestion du risque » a été introduite dans le Code de la Sécurité Sociale avec l'Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996. Initialement, cette approche était destinée à une vision contrôle médico-administratif de l'assurance maladie. Puis, cette notion s'est élargie au sein de l'Assurance Maladie, avec une circulaire inter-régime n° 5/ 99 du 24 mars 1999 sur la coordination de la gestion du risque par les Unions Régionales de Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

Le contexte financier dégradé de l'Assurance Maladie va nécessiter une réforme en profondeur de celle-ci. Cette réforme a été promulguée par la loi n°2004-810 du 13 avril 2004. Elle comprend à la fois des mesures de rétablissement financier, mais aussi des mesures dites « structurelles » dont l'objet est de modifier l'organisation du système de soins et le comportement des acteurs dans le sens d'une prise en charge de meilleure qualité et plus économe des deniers publics. Pour atteindre cet objectif, la réforme se donne pour priorité de mieux responsabiliser l'ensemble des acteurs : État, gestionnaires de l'assurance maladie, professionnels de santé et patients. L'objectif étant de sauvegarder le régime en renforçant ses trois axes principaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. Cette réforme de 2004 a fait de la gestion du risque une priorité pour l'Assurance Maladie.

Le rapport de l'IGAS sur la Mission de gestion du risque²⁷ publié en décembre 2010 reconnaît que cette approche a fortement inspiré les pouvoirs publics pour intégrer cette notion dans la loi HPST de juillet 2009. En effet, cette loi fait de la gestion du risque un domaine partagé entre l'Etat et l'Assurance Maladie et entre le niveau régional et le niveau national, par l'élaboration des ARS,

²⁷ IGAS, *Mission sur la gestion du risque*, décembre 2010, rapport n°RM2010-163P

d'un Programme Régional de Gestion Du Risque (PRGDR) pluriannuel. Sur le plan juridique, l'Assurance Maladie mène les actions de gestion du risque dans le secteur de l'ambulatoire. Et les pouvoirs publics sont responsables du développement de la gestion du risque dans le secteur hospitalier et médico-social.

L'article 1 de la loi HPST stipule : « *les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux* ». Cet article est repris dans le Code de la Santé Publique (Article L.6111-2).

La gestion du risque médical ne peut être dissociée de la gestion de la qualité des soins. En effet, les deux concepts sont étroitement liés. Si la qualité renvoie à des objectifs d'amélioration, d'efficacité, le concept de risque a une connotation plus négative et renvoie aux accidents, à des événements imprévus. La gestion des risques fait référence à la sécurité et à la prévention.

Aujourd'hui, la qualité des soins et la gestion des risques sont un enjeu majeur pour les établissements de santé, afin de « *garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurent le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». ²⁸

La HAS a publié, en mars 2012, un guide « *Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé* » destiné aux professionnels en charge de la sécurité des soins en établissement de santé tels que : Présidents de CME, direction des établissements, coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, responsables de pôles et d'unités de prise en charge, vigilants, ingénieurs qualité-risques, équipes opérationnelles d'hygiène, responsables de système de management de la qualité (médicament, radiothérapie, etc.). Nous constatons que les responsables des établissements de santé sont tous concernés par la problématique de gestion du risque. Comme pour la qualité, ce concept s'organise en pratique, par une démarche qui consiste « *à identifier, apprécier et traiter les risques* ». ²⁹ Cette démarche est qualifiée de démarche « sécurité ».

28 Dupont M., Bergoignan-Esper C., Paire Ch., *Droit hospitalier*, 8^{ème} éd Dalloz, 2011, p 177

29 www.qualite-securite-soins.fr/se-documenter

Selon l'HAS, la gestion des risques « *a pour but de diminuer le risque de survenue d'Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) et la gravité de leurs conséquences. C'est une démarche continue d'amélioration de la sécurité des patients* ». ³⁰

Une enquête nationale sur les événements indésirables graves (EIG) a eu lieu en 2004, sur un échantillon de 251 services, soit 8269 séjours et a montré qu'un EI grave est la cause de l'hospitalisation dans 4,5% des séjours et 2,6% seraient évitables, soit 160 000 à 290 000 EIG évitables par an. Un EI grave survient pendant l'hospitalisation dans 6,2 / 1000 journées et 2,5% seraient évitables par an, soit 95 000 à 180 000 EIG évitables par an³¹.

Nous comprenons au travers de ces chiffres que la gestion des risques soit au cœur de la stratégie de l'Assurance Maladie et de l'Etat.

Deux autres enquêtes françaises ont eu lieu en 2005 et 2009 sur les EIAS en établissement de santé. Elles montrent une fréquence stable d'environ 1 EIG tous les 5 jours par unité de 30 lits. Les résultats précisent que 4,5 % des séjours en établissement de santé sont liés à un EIG. Selon une autre enquête dirigée par l'IRDES en 2011, le coût des EIG en France peut être estimé à 700 millions d'euros pour l'année 2007. Selon HAS, « *la sécurité des patients s'impose donc un axe majeur de santé publique* »³².

En février 2013, le ministère des Affaires sociales et de la santé, a annoncé le lancement du premier programme sur la sécurité des patients³³. Ce programme 2013-2017 se décline en quatre axes :

- l'information du patient : le patient devient co-acteur de sa sécurité ;
- le renforcement de la déclaration des EI dans un objectif d'alerte et de retour d'expérience ;
- la formation, la culture de sécurité et l'appui en matière de sécurité des soins ;
- l'innovation et la recherche.

Ce programme a pour objectif de réduire les infections liées aux soins et de diminuer les erreurs médicamenteuses. Il rappelle que les infections nosocomiales sont la cause de 4000 décès par an et que la lutte contre les EIAS est une priorité³⁴.

Au sein du CHU de Grenoble, il existe différentes instances qui gèrent la politique de la qualité et de la gestion des risques. Nous pouvons citer le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), les équipes du Groupe OPérationnel Et Risques (GOPER), l'unité d'hygiène et de gestion des risques, par exemple. Il existe une Direction « qualité et risques », dirigée par le Directeur de la

30 HAS, Développement professionnel continu (DPC), fiche méthode, *gestion des risques en équipe*, mai 2004

31 Ces chiffres sont extraits du document du Pr. François, au CHU de Grenoble

32 HAS, *Gestion des risques en équipe*, fiche méthode, mai 2014

33 www.sante.gouv.fr/programme-national-pour-la-sante-des-patients-pnsp.html, consulté le 8 juin 2013

34 Barsky E., Le Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017, « *Soins Cadres* », n°86, mai 2013.

Qualité composée de quatre personnes : « trois ingénieurs qualité et une cadre supérieure [ndlr : de santé] qui s'occupent de définir les politiques transversales de l'établissement, d'impulser les démarches par pôle, de soutenir et former les équipes »³⁵. Le Professeur François, responsable du pôle « Santé Publique » a élaboré un document mis à la disposition des professionnels de santé sur « la Gestion de la sécurité des soins en établissement de santé ». Il identifie différentes causes possibles à la survenue d'un événement indésirable (EI). Le schéma ci-dessous résume ses propos.

Cause de l'événement indésirable	Source de l'événement indésirable
Défaut de compétence	<u>Gestion des compétences</u> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de professionnel compétent - Déficit de contrôle des compétences - Défaut de formation continue
Défaut d'attention, fatigue, stress	<u>Organisation du travail</u> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de repos de sécurité - Durée excessive de travail sans repos
Décision non conforme aux référentiels professionnels	<u>Gestion des documents qualité</u> <ul style="list-style-type: none"> - absence de protocole - protocole non accessible - protocole obsolète

Nous notons que le défaut de formation et de compétences est une cause majeure des erreurs médicales et/ou soignantes.

Au CHU de Grenoble l'Unité Médico Administrative de Gestion du Risque Sanitaire (UMAGRIS) existe depuis 2001. Elle rassemble chaque semaine les vigilances réglementaires et les personnes qualifiées pour faire le point sur les fiches de signalement d'événements indésirables et sur leur suivi. Des démarches correctives peuvent être organisées suite à des signalements pour améliorer le fonctionnement de l'établissement.

Les résultats d'une étude réalisée par l'IRDES³⁶ en 2012, montrent qu'environ 0,5 % des séjours hospitaliers sont associés à l'un ou l'autre des neuf événements indésirables évalués dans l'étude. Il

35 Mathieu M., *La certification et les établissements de santé : entre résistance et appropriation*, 2014, p 34

36 IRDES, *Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital, en France*, février 2012, rapport consulté en ligne le 28 août 14.

existe toutefois de fortes disparités de surcoûts, ceux-ci pouvant varier de près de 500 € pour les traumatismes obstétricaux à plus de 15 000 € pour les septicémies.

Ces surcoûts sont étroitement corrélés avec la durée des séjours et l'intensité des soins. Quatre événements indésirables (désordres physiologiques et métaboliques postopératoires, septicémies, escarres et embolies pulmonaires) concentrent 90 % du coût total de prise en charge des événements indésirables en 2007. Les enjeux financiers sont donc importants pour la collectivité.

1.1.3 L'évaluation des établissements de santé

Ce sont les ordonnances du 24 avril 1996 et le décret n° 97-311 du 7 avril 1997 qui imposent la mise en place d'une évaluation des établissements de santé publics ou privés, afin qu'ils développent en leur sein « *une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité* »³⁷. L'instance nationale chargée d'émettre une appréciation sur la qualité des établissements est l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui fut, par la suite, substituée par la Haute Autorité de Santé (HAS) selon la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. La notion d'accréditation des établissements de santé publics et privés devient alors celle de certification³⁸.

La première procédure d'accréditation date de juin 1999. Elle reposait sur un guide de « référentiel », qui évoque l'ensemble des exigences et des préconisations auquel les professionnels se réfèrent. Les thèmes abordés sont :

- la politique et la qualité du management ;
- les ressources humaines ;
- les fonctions logistiques ;
- l'organisation de la qualité et de la gestion des risques ;
- la qualité et la sécurité de l'environnement ;
- le système d'information ;
- la prise en charge du patient.

Depuis 2014, la certification des établissements de santé se fait à partir du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

37 Stingre D., *Le service hospitalier*, Paris, PUF, 2010, 4^{ème} éd, p31

38 La certification a pour mission d'améliorer les organisations des établissements de santé, pour apporter des soins de qualité et de sécurité aux patients et aux usagers. C'est une évaluation externe réalisée par des experts indépendants qui vérifient toutes les démarches de qualité mises en œuvre. Les résultats sont inscrits dans un rapport qui est rendu public et accessible à tous.

D'après la Haute Autorité de Santé, « *le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins d'un établissement de santé est un véritable outil de management. Il constitue un critère clé au sein du manuel de certification car il traduit la volonté, le dynamisme et la capacité d'un établissement à améliorer sa politique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Désormais, les établissements de santé ont un seul programme d'actions sur la qualité et la sécurité des soins. Il repose notamment sur une gestion des risques liés à leurs activités et sur des priorités telles que, au minimum, les risques infectieux et médicamenteux. La cohérence et la congruence des dispositifs sur la qualité et la sécurité est ainsi renforcée avec comme objectif que ce programme tienne compte des priorités issues des différents processus d'amélioration, de contrôle, d'évaluation et de contractualisation* »³⁹.

Le PAQSS tient compte des orientations stratégiques de l'établissement, de ses actions sur le bon usage des médicaments, sur l'analyse des EI, sur le rapport de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, des objectifs fixés dans le CPOM. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi. Le PAQSS nécessite l'implication de nombreuses instances comme la CME, le Directoire, la CRUQPC, la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT), qui permettent de développer au sein de l'établissement une culture de sécurité.

Donc, depuis 1996 la HAS certifie tous les quatre ans l'ensemble des établissements de santé français, soit un total de 2650 établissements. C'est une procédure d'évaluation externe indépendante de l'établissement de santé et des organismes de tutelle. Ce sont des professionnels de santé mandatés par la HAS qui réalisent des visites de certification à partir d'un manuel-référentiel afin d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé.

Sont concernés par cette procédure, les établissements de santé publics et privés, les installations autonomes de chirurgie esthétique et les groupements de coopération sanitaire.

La procédure de certification d'un établissement se déroule en trois étapes. La première consiste à composer le dossier adressé par l'établissement. La deuxième est une autoévaluation de la qualité des organisations et des pratiques mises en œuvre sur la base du référentiel : l'objectif de cette autoévaluation est « *de définir les actions d'amélioration, d'en mesurer les impacts et de conforter l'engagement des professionnels* »⁴⁰. La troisième étape est la visite des experts. C'est un des temps forts de la certification. Les experts-visiteurs sont chargés de statuer sur le niveau de qualité des institutions. Cette visite permet de vérifier si l'établissement de santé remplit ses engagements et

39 www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1023364/fr/critere-8a-le-programme-damelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins, consulté le 31 août 2014

40 HAS, *Réguler le système de santé par la qualité et l'efficacité : le projet stratégique 2013-2016*, Dossier de presse du 25 septembre 2013

organise sa démarche d'amélioration. Elle applique, entre autres, la nouvelle méthode dite du patient traceur (voir Encadré 3). Cette dernière étape consiste à définir les actions d'amélioration, en mesurer l'impact et conforter l'engagement des professionnels.

La dernière version de certification (V2014) introduit un « compte qualité ». Ce « compte qualité » résume les axes prioritaires d'évaluation et le programme d'actions du CHU. Il est personnalisé et sera envoyé à la HAS qui assure son suivi. Thomas Le Ludec, Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la HAS précise que « *le compte qualité porte une double ambition. Il vise davantage de simplicité et d'efficacité, en évitant de multiplier les approches et les supports car il devra prendre en compte les obligations réglementaires existant déjà. Il permet également que la politique qualité comme les axes d'évaluation soient lisibles et mobilisateurs pour les professionnels de santé dans les établissements* »⁴¹. Ce compte sera ensuite envoyé à la HAS tous les 18 à 24 mois.

Encadré 3

La certification des établissements de santé

Actuellement, se prépare la 4^{ème} version (dite V2014) de certification.

Elle prend en compte les différentes remarques faites par les professionnels de santé lors de la précédente visite : « il apparaît que la V2010 est perçue par les professionnels de santé comme la version la plus aboutie notamment du fait de la mise en place de Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) qui ont permis d'orienter les axes de travail des établissements dans la conduite de leur démarche qualité et gestion des risques »⁴².

La V2014 repose sur quatre modalités :

- *Le Compte qualité* « pierre angulaire » du processus. C'est un outil de suivi du PAQSS qui intègre les principes fondamentaux d'une démarche d'amélioration (diagnostic, analyse, plan d'action, modalité de suivi...). « chaque établissement traduira ses engagements témoignant de la structuration de leur démarche qualité et gestion des risques auprès de la HAS tous les 24 mois ». Il sera mis en œuvre pour les premiers établissements engagés à l'automne 2014.
- *Nouvelles méthodes de visites et la mise en place du patient traceur*. Cette méthode analyse de manière rétrospective le parcours du patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins et les organisations de sa prise en charge.

41 HAS, *Réguler le système de santé par la qualité et l'efficacité : le projet stratégique 2013-2016*, Dossier de presse du 25 septembre 2013

42 HAS, *Réguler le système de santé par la qualité et l'efficacité : le projet stratégique 2013-2016*, Dossier de presse du 25 septembre 2013

- *Un processus décisionnel amélioré et plus lisible.* La HAS souhaite que le processus décisionnel soit au service d'une stratégie qui vise à maintenir un haut niveau de vigilance sur les pratiques prioritaires, d'encourager d'autres thématiques, de valoriser des pratiques innovantes.
- *Une diffusion publique renforcée des résultats.* Le rapport de certification se veut plus clair et plus court pour faciliter son exploitation et sa compréhension à la fois par les établissements et à la fois par les usagers. D'ores et déjà, la HAS et le ministère de la santé ont lancé un site internet sur la qualité des soins en établissement de santé.

Le début des visites est prévu au premier semestre 2015 pour s'achever en décembre 2018. ⁴³

Le rapport de certification est un document établi par les experts visiteurs à l'issue de la visite. Ce rapport renseigne les autorités de tutelles et le public sur le niveau de qualité et de sécurité des soins de l'établissement et sa dynamique développée dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il est ensuite transmis à l'établissement de santé, à l'ARS compétente et mis en ligne sur le site de la HAS pour le public.

1.2 La formation continue des professionnels de santé

La formation est garante de la performance des professionnels. Dans le domaine de la santé, la formation continue a été depuis longtemps instaurée pour répondre à un besoin de maintien de la qualité des soins et de gestion du risque lié à la pratique médicale. Selon F. Champy, « *la formation a pour objectif de transmettre des savoirs et savoir-faire, d'une part, et des aptitudes à l'égard de l'activité, d'autre part, qui sont également nécessaires à l'exercice de la profession : l'acquisition par le futur médecin des normes et des valeurs de la médecine lui permettra de résister aux pressions en faveur de comportements indus* »⁴⁴. La formation et l'évaluation du travail professionnel constituent donc des dispositifs importants, outils de contrôle des pratiques, ils ont aussi pour objectif d'inciter et de guider les professionnels dans la conduite de leurs activités.

43 Cet encadré est extrait du site : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1346440/fr/certification-des-etablissements-de-sante, consulté le 27 août 2014

44 Champy F., *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2012, p 45.

1.2.1 L'accès à la formation continue pour les professionnels de santé

Mise en place à partir des années 1970 et largement réformée depuis, la formation professionnelle continue est devenue un droit inaliénable, résultat d'initiatives de l'Etat et des partenaires sociaux et mise en œuvre à travers plusieurs lois et décrets.

Les fondements du système actuel de droit à la formation professionnelle voient le jour le 16 juillet 1971 avec la loi n°71-515 qui instaure des obligations en matière d'organisation de la formation continue et l'obligation pour l'employeur de participer au financement des actions de formation de ses employés. Les principaux modes d'accès à la formation continue pour les professionnels salariés du privé sont définis par la loi n° 2004-391 promulguée le 4 mai 2004 relative au dispositif de Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV) et au dialogue social. Ce même dispositif fut introduit, pour les salariés du secteur public par la loi de modernisation de la Fonction Publique de juillet 2007.

Pour les professionnels de santé salariés d'un établissement public ou privé

Pour les salariés de la fonction publique hospitalière, les modalités d'application de la loi sont précisées dans le décret n°2008-824 du 21 août 2008. Le financement des formations continues des agents hospitaliers s'effectue via le plan de formation de l'établissement. Ce plan de formation annuel recueille, dans un contexte législatif, les besoins et demandes des professionnels qui sont ensuite arbitrés et exécutés sous la gérance de la cellule « Formation Continue » de l'établissement.

Quelles que soient la forme et la durée de leur contrat de travail, les professionnels de santé salariés d'établissements privés ou publics ont ainsi la possibilité de suivre, au cours de leur vie professionnelle, des actions de formation professionnelle continue. Les partenaires sociaux et l'État ont créé et mis en place différents dispositifs répondant aux statuts, aux besoins et aux cadres juridiques des salariés en désir de formation. La rémunération, la protection sociale du salarié pendant la période de formation, les obligations à l'égard de l'employeur et le mode de prise en charge des coûts de la formation dépendent du dispositif relatif au salarié. Le Code du travail impose aux entreprises des contributions financières minimales calculées sur la base de leur masse salariale. Celles-ci sont, soit gérées par l'entreprise, soit versées à des Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA). Les professionnels en exercice libéral peuvent également bénéficier, à titre personnel, du droit à la formation continue et ainsi obtenir la prise en charge du financement des actions de formation (voir Encadré 4).

Encadré 4

Le financement de la formation continue des professionnels de santé libéraux

La loi du 31 décembre 1991 instaure le devoir pour tous les travailleurs indépendants et professionnels libéraux de participer au financement de leur propre formation en acquittant, chaque année, une taxe de Contribution à la Formation Professionnelle (CFP).

La contribution d'un professionnel en exercice libéral est passée, dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2012, de 0,15 % à 0,25 % du montant annuel cumulé du plafond de la Sécurité Sociale de l'année précédente à celle de la mise en recouvrement (soit 93 euros en 2014). Les sommes sont encaissées par l'URSSAF puis centralisées par l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) avant d'être reversées à un organisme collecteur habilité. En cas de revenu inférieur à 13 % du plafond annuel de la sécurité sociale à l'année n-2, le professionnel indépendant est exonéré de la CFP.

Les professionnels libéraux dépendent d'un Fond d'Assurance Formation (FAF) et l'organisme collecteur est déterminé en fonction de la nature de l'activité principale exercée. Pour les professionnels de santé exerçant un corps de métier médical, le FAF correspondant est le Fond d'Assurance Formation de la Profession Médicale (FAF-PM), agréé en 1974 et habilité en 1993 pour gérer les fonds de la formation professionnelle continue des médecins libéraux. Pour les professionnels de santé relevant d'une profession paramédicale, le FAF correspondant est le Fond Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF-PL), agréé par Arrêté Ministériel du 17 mars 1993 et créé à l'initiative de l'Union Nationale des Professions Libérales.

La prise en charge des actions de formation correspond au remboursement total ou partiel des coûts pédagogiques de formation (pour les formations à distance, cela exclut les frais de transport, d'hôtel ou de repas). Pour l'obtenir, les professionnels doivent déposer une demande de prise en charge auprès du FAF dont ils dépendent, au minimum 1 mois avant le début de la formation prévue. Les prises en charge sont limitées par un plafond annuel et individuel, selon des montants qui diffèrent en fonction de chaque activité.

Jusqu'à présent l'accès à la formation professionnelle continue des professions libérales se faisait sur la base du volontariat à l'exception des médecins libéraux. En effet, depuis la convention généraliste de 1998, tous les médecins libéraux conventionnés en exercice sont tenus de participer au dispositif de Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC). Ce dispositif est géré et financé par l'Organisme Gestionnaire Conventionnel (OGC - article L.162-5-12 du Code de la Sécurité Sociale). Les projets de FPC sont validés en amont et contrôlés en aval par le Conseil Scientifique (CS) de FPC dans le cadre d'un appel d'offres

auprès d'organismes agréés.

Un rapport paru en 2011 dresse un bilan sur l'activité de l'OGC-FPC concernant la formation continue des médecins libéraux⁴⁵. Selon la DRESS, depuis 2001, 46 216 médecins libéraux différents se sont formés avec la FPC. En 2010, 58 % des médecins généralistes libéraux, 43 % des gynécologues, 39 % des pédiatres et 36 % des gastro-entérologues ont participé à des actions de FPC⁴⁶.

Il existe différents modes d'accès à la formation pour un salarié du secteur privé ou public :

- Le plan de formation représente l'ensemble des actions de formation qui sont à l'initiative de l'employeur et rémunérées par l'entreprise ou l'administration ;
- Le Congé Individuel de Formation (CIF), créé par l'accord interprofessionnel du 20 septembre 2003, permet aux salariés de suivre en tout ou partie pendant leur temps de travail une formation de leur choix ;
- Le Bilan de Compétences (BC) permet aux salariés d'analyser leurs compétences personnelles et professionnelles afin de définir un projet professionnel ou de formation ;
- La Validation des Acquis de l'Expérience (VAE), créée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 permet l'acquisition partielle ou totale d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle ;
- Le Droit Individuel à la Formation (DIF) permet à chaque salarié, disposant d'une ancienneté d'au moins un an dans l'entreprise, de capitaliser 20 heures de formation, cumulables pendant 6 ans, dans la limite de 120 heures. Le choix de la formation est fait par l'employé mais nécessite l'accord de l'employeur. L'action de formation se déroule en principe en dehors des heures de travail. Le DIF donne droit à une allocation de formation égale à 50 % du salaire net. Les salariés en Contrat à Durée Déterminée (CDD) peuvent également accéder à ce droit, dans des conditions spécifiques. A compter du 1er janvier 2015, toute personne âgée d'au moins 16 ans en emploi ou à la recherche d'un emploi disposera d'un Compte Personnel de Formation (CPF). Ce dispositif mis en œuvre par la loi du 5 mars 2014 se substituera à l'actuel DIF.
- Les périodes de professionnalisation sont des actions de formation ayant pour objectif le maintien dans l'emploi de salariés bénéficiaires d'un CDD ou d'un d'un Contrat à Durée Indéterminée (CDI) d'insertion ou conclu dans le cadre du Contrat Unique d'Insertion (CUI).

45 Rapport d'activité 2010, *FPC 2006 des médecins libéraux : Formation Professionnelle Conventionnelle*, Fontenay sous-bois, OGC, 2011, 63 p.

46 DRESS, proportion de médecins formés par rapport à la population totale de chaque spécialité, 2010.

La formation continue est un dispositif mis en place dès le début des années 70 pour donner à chaque professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice (libéral, hospitalier, salarié ou mixte), la possibilité de se former tout au long de sa carrière. Elle concernait jusqu'alors tous les professionnels de santé et représentait une obligation uniquement pour les professionnels relevant du corps médical, à travers les dispositifs de Formation Médicale Continue (FMC) et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) présentées ci-après.

1.2.2 La Formation Médicale Continue (FMC)

La Formation Médicale Continue (FMC) était un dispositif de formation des médecins mis en place en France en 1996 dans le cadre de la convention signée entre les syndicats médicaux et les caisses d'assurance maladie. C'est l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui rend la formation médicale continue obligatoire. Le devoir des praticiens de justifier du respect de cette obligation a été ensuite précisé par les lois n°2002-303 du 4 mars 2002 et n°2004-806 du 24 août 2004.

Les instances prévues pour l'organisation, la gestion du contrôle et la validation de la FMC étaient au nombre de trois et dépendaient du statut de l'activité principale : le Conseil National de la FMC des Médecins Salariés (CNFMC-S), le Conseil National de la FMC des Médecins Libéraux (CNFMC-L) et le Conseil National de la FMC des Médecins Hospitaliers (CNFMC-H). Ces conseils avaient pour mission de fixer les orientations et les thèmes de formation, d'agréer des organismes formateurs et de valider le respect de cette obligation (par le biais, par exemple, d'un barème de crédits de formation). Un comité de coordination était chargé de gérer la cohérence des missions des trois conseils nationaux.

Le dispositif de FMC prévoyait un contrôle individuel des formations suivies par les professionnels de santé tous les 5 ans (en vérifiant, par exemple, l'obtention de 30 crédits de formation par an).

Les actions de FMC mises en place par les organismes agréés pouvaient, soit prendre la forme d'actions de formation dites « présentielles », soit se faire individuellement, à distance, via Internet et étaient, pour la plupart, financées par l'industrie des produits de santé. Quatre journées de formations étaient suffisantes pour valider le respect de l'obligation de formation continue. Une journée de formation équivalait à 8 crédits de formation et une demi-journée à 4 crédits. A ces

actions de formations pouvaient se substituer des actions d'information comme l'abonnement à un périodique (qui donnait droit à 4 crédits dans la limite de 40 crédits sur les 5 ans) ou l'acquisition d'un ouvrage médical (qui donnait droit à 2 crédits dans la limite de 10 crédits sur les 5 ans). Cette souplesse du dispositif a été prévue pour prendre en compte les difficultés de mobilisation et de déplacement de certains professionnels et le respect de la volonté de certains à se former individuellement.

En attendant le décret précisant les modalités de l'obligation quinquennale, le Conseil National de FMC (CNFMC) commence à traiter les dossiers de demande d'agrément des organismes de formation. Malgré les efforts des politiques pour développer le dispositif de FMC, de nombreux médecins ont ignoré ces textes en vigueur et les Conseils Régionaux de FMC (CRFMC) chargés du contrôle et de la validation de l'obligation n'ont jamais été mis en place.

1.2.3 Le dispositif d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

Le dispositif d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) était une certification individuelle et obligatoire pour tous les professionnels médicaux mis en place par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie. Selon le décret n°2005-346 du 14 avril 2005 : « *l'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques* »⁴⁷.

Même si tous les professionnels sont concernés par ce dispositif, seuls les médecins inscrits au tableau ordinal avaient pour obligation de satisfaire cette évaluation et ce, quelques soient leur activité et leur statut. Alors que la FMC avait pour objectif d'améliorer les connaissances et compétences des médecins, l'EPP a été prévue pour mettre en exergue des pratiques de qualité

47 Ancien article n°4133-23 du code de la santé publique.

insuffisante ; l'objectif commun étant de réduire les pratiques non adaptées afin d'améliorer la qualité de la prise en charge globale des patients. « *L'évaluation des pratiques impulsée par la certification peut ainsi devenir le gage d'une amélioration continue de la qualité des soins* »⁴⁸.

Les instances chargées de réaliser les actions d'évaluation des pratiques n'étaient pas clairement identifiées et dans un premier temps, la gestion a été déléguée aux Unions Régionales des Médecins exerçant à titre Libéral (URML) et aux Commissions Médicales d'Etablissement (CME) des institutions hospitalières. Les certificats d'EPP étaient délivrés, à titre individuel, après avis d'un Médecin Extérieur Expert (MEE) habilité puis, une attestation quinquennale devait être établie par l'Ordre. Les médecins exerçant une spécialité dite « à risques » avaient la possibilité de valider leur EPP à travers une procédure d'accréditation.

L'obligation du praticien consistait à valider, tous les 5 ans, 100 crédits d'évaluation auxquels s'ajoutaient les 150 crédits de formation continue. Le contrôle de cette obligation devait être effectué par les conseils nationaux prévus par la loi sur la Formation Médicale Continue. Le dispositif a suscité beaucoup d'inquiétudes et d'interrogations, entre autres, concernant les compétences à évaluer, les modes de financement des actions et les sanctions en cas d'échec de l'évaluation ou de manquement à l'obligation.

Le décret chargé de préciser ces modalités a tardé à paraître et le dispositif n'a finalement jamais été finalisé.

1.3 L'instauration d'un devoir de Développement Professionnel Continu (DPC)

Les professionnels de santé détiennent une obligation déontologique de se tenir au courant des avancées de la recherche et des techniques pour améliorer en permanence les soins qu'ils dispensent à leurs patients. La dernière réforme du système de santé français est tournée vers la performance, la qualité de l'activité médicale et la lutte contre les surcoûts. Elle met la formation professionnelle au cœur de la mesure avec l'instauration d'une obligation légale de Développement Professionnel Continu (DPC). Ce dispositif sera présenté en détail par la suite ainsi que les faits liés à son émergence, ses caractéristiques et les institutions, organismes et professionnels concernés par la réforme.

48 Kahl S., *Concilier qualité des soins et efficience à l'hôpital*, 2010, p29

1.3.1 L'émergence du DPC

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a rendu public, en novembre 2008, un rapport relatif à l'évaluation des dispositifs existants de Formation Médicale Continue et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles⁴⁹. Les rapporteurs ont souligné la complexité et l'incohérence des deux dispositifs et ont constaté qu'« *un examen de la littérature, essentiellement étrangère, consacré à l'impact de la formation continue montre que celle-ci, dès lors qu'elle emprunte des formes pédagogiques didactiques traditionnelles a peu d'effet direct sur les pratiques. Les modes de formation plus interactifs, plus ancrés dans la pratique effective des médecins auraient un impact plus prononcé* »⁵⁰. Fort de ce constat, les rapporteurs de l'IGAS ont suggéré de fédérer la notion de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles au sein d'un seul et même concept : le Développement Professionnel Continu.

La notion de Développement Professionnel Continu a été formellement introduite dans le code de la santé publique par la loi n° 2009-879 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) datant du 21 juillet 2009. Cette loi très globalisante a pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de soins français. Elle est composée de quatre titres consacrés respectivement : à l'Hôpital ; à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de villes ; aux mesures de santé publique et à la prévention ; et à la création des Agences régionales de santé (ARS) chargées de coordonner au niveau territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).

Le concept de Développement Professionnel Continu (DPC) résulte d'une préconisation de l'Inspection Générale des Affaires Sociales formulée dans deux rapports de 2006 et 2008 sur les formations médicales. Selon l'article 59 de la loi HPST, tous les professionnels de santé sont tenus de participer à un programme individuel de Développement Professionnel Continu annuel. Les objectifs du dispositif sont multiples et concernent principalement l'acquisition de connaissances et l'évaluation des pratiques des professionnels de santé, dans le respect des priorités nationales et

49 Rapport disponible à l'URL suivante : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000751/index.shtml>

50 Bras P., Duhamel G., Inspection Générale des Affaires Sociales, Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins, décembre 2008, 58 p.

régionales de santé publique.

Ils sont énumérés dans l'article L. 4133-1 de la Loi HPST :

- évaluation des pratiques professionnelles ;
- perfectionnement ou acquisition de connaissances et/ou compétences ;
- amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- prise en compte des priorités de santé publique ;
- maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Cet article a été suivi, le 30 décembre 2011, par la publication de six décrets précisant les modalités d'application du DPC et déterminant les conditions de création de l'organisme gestionnaire du dispositif (Décrets n°2011-2113 à 2011-2118). En janvier 2012, le dispositif juridique est complété par cinq autres décrets qui fixent les missions, la composition et le fonctionnement de Commissions Scientifiques Indépendantes (Décrets n°2012-26 à 2012-30).

Le ministère chargé de la santé a publié un arrêté qui fixe les orientations nationales à respecter pour les programmes de formation proposés dans le cadre du Développement Professionnel Continu.

Paru le 26 février 2013 et complété le 3 mars 2013, l'arrêté⁵¹ énumère une quarantaines de propositions de programmes classés en six axes principaux :

- améliorer la prise en charge des patients ;
- améliorer la relation entre professionnels de santé et patients ;
- faciliter les relations entre professionnels de santé ;
- contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que la gestion des risques ;
- participer à l'amélioration de la santé environnementale ;
- contribuer à la formation professionnelle continue.

Pour être validées en tant que telles, les actions de DPC proposées aux professionnels de santé devront obligatoirement répondre à une de ces six orientations nationales.

Le dispositif a été déployé progressivement jusqu'en janvier 2013, date de sa mise en place finale.

Ce nouveau dispositif représente la fusion et l'unification des dispositifs existants jusqu'à présent

51 Arrêté disponible en ligne à l'URL suivante : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027123217>

pour les praticiens médicaux, c'est-à-dire la Formation Médicale Continue et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles.

Le DPC s'adresse à tous les professionnels de santé hospitalier, libéraux ou salariés exerçant en centre de santé conventionné (soit 1,7 million de professionnels en juin 2012)⁵². Les professionnels de santé concernés sont les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les médecins, les pharmaciens ainsi que tout le personnel non-médical inscrit dans le Code de la santé publique : les infirmiers, les infirmiers spécialisés, les orthophonistes, les orthoptistes, les diététiciens, les manipulateurs d'électro radiographie médicale, les techniciens de laboratoire, les audioprothésistes, les opticiens, les prothésistes, les orthésistes, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les préparateurs en pharmacie, les préparateurs en pharmacie hospitalière, les pédicures-podologues, les puéricultrices, les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

1.3.2 Les organismes et institutions en lien avec le DPC

Les structures missionnées pour gérer la mise en place et la maintenance des programmes DPC sont au nombre de trois :

- *L'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC)* est un groupement d'intérêt public qui regroupe des représentants de l'État, de l'Assurance Maladie, des professionnels de santé ainsi que des employeurs. La convention constructive de l'OGDPC a été approuvée par arrêté le 19 avril 2012. Ses principales missions sont d'assurer la mise en place et le bon déroulement du dispositif, d'organiser le financement du DPC pour les professionnels de santé libéraux et pour les professionnels travaillant en centres de santé conventionnés, ainsi que de contrôler, enregistrer et publier la liste des organismes agréés de DPC. L'OGDPC assure également le secrétariat des Commissions Scientifiques Indépendantes.

- *Les Commissions Scientifiques Indépendantes (CSI)* sont des instances indépendantes d'évaluation des Organismes de DPC. Elles répondent aux besoins d'expertises des ODPC, elles ont, en plus, pour mission de donner un avis sur les orientations nationales et régionales et sur les méthodes et les modalités de DPC.

52 http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103

- *Les Organismes de DPC (ODPC)* sont les opérateurs élaborant et mettant en œuvre les programmes de DPC. Leur liste est rendue publique par l'OGDPC. Pour s'enregistrer comme Organisme de DPC auprès de l'OGDPC, un organisme doit, d'une part pouvoir justifier de prestations conformes aux objectifs de DPC et, d'autre part, être évalué positivement par la CSI en fonction de l'appréciation des critères suivants :

- de ses capacités pédagogiques et méthodologiques ;
- des qualités et références scientifiques et pédagogiques des intervenants ;
- de son indépendance financière à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé.

L'ODPC a le devoir de transmettre un bilan qualitatif et quantitatif de ses activités à l'OGDPC. Il doit également délivrer une attestation de suivi de DPC aux professionnels de santé, aux ordres concernés ainsi qu'à l'employeur.

La loi HPST confère aussi des rôles spécifiques au programme DPC à d'autres structures existantes :

- *La Haute Autorité de Santé (HAS)* est une autorité administrative indépendante, créée par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, ayant pour principale mission l'évaluation des établissements de santé publics et privés.

La loi du 21 juillet 2009 conforte la mission fondamentale de la HAS et lui attribue, en plus, un rôle dans la mise en place et le suivi du DPC, ainsi que dans le développement de coopérations entre professionnels de santé. Cette dernière mission a pour objectif très précis d'encourager le transfert d'activités de soins et la réorganisation des modes d'intervention auprès du patient. La HAS est également chargée de définir et de publier la liste des méthodes et des modalités validées comme DPC.

- *Les Agences Régionales de Santé (ARS)* sont des regroupements d'intérêt public entre l'Etat et les organismes d'assurance maladie. Antérieurement à la loi HPST, ces agences étaient nommées Agences régionales d'hospitalisation (ARH) et avaient pour mission d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé en tenant compte de la politique régionale d'offre de soins hospitaliers. La loi HPST étend significativement le rôle et le champ d'action de cette instance.

- *L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH)* agréée par le Ministère de la santé, l'association collecte et gère les fonds consacrés à la formation d'environ 900 000 agents⁵³.

- *Les conseils de l'ordre* : les conseils de l'ordre ont pour mission d'assurer la promotion des programmes de DPC et de contrôler l'obligation de DPC pour les professionnels concernés (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et professionnels paramédicaux libéraux) par le traitement des attestations de suivi de DPC qui leurs sont envoyées.

Le dispositif de DPC est financé par des fonds gérés par l'OGDPC pour les professionnels de santé travaillant sous un statut libéral ou en centres de santé conventionnés, et par l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) ou par l'établissement de santé pour les professionnels de santé hospitaliers.

Les fonds permettant le financement du DPC proviennent essentiellement :

- de l'État (2 millions d'euros) ;
- d'une taxe de 0,6 % sur le chiffre d'affaires 2012-2014 des entreprises de l'industrie pharmaceutique (150 millions d'euros) établie selon l'article L.245-6 du Code de la Sécurité Sociale ;
- de l'Assurance Maladie ;
- des établissements de santé : les actions de DPC des professionnels médicaux sont financées par une contribution représentant 0,50 % du montant de la rémunération des professionnels concernés dans les centres hospitaliers universitaires et les établissements publics de santé et 0,75 % dans les autres établissements publics.

Dans les centres et établissements de santé (publics ou privés), le DPC est financé sur les fonds de la Formation Continue. La collecte et la gestion de ces fonds diffèrent selon le statut médical ou paramédical du professionnel.

Pour la formation continue des professionnels paramédicaux, les établissements publics paient une cotisation mensuelle à un Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA). Depuis 2007, l'OPCA de la fonction publique hospitalière est l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH). La cotisation payée est proportionnelle à la masse salariale de

53 <http://www.anfh/anfhfr> consulté le 8 septembre 2014

l'établissement (2,9 %). L'établissement doit construire un Plan de Formation annuel publié auprès des agents. Ces derniers choisissent alors des formations qui sont directement payées par l'OPCA sur facture acquittée. Toutes les opérations financières relatives à la formation continue sont enregistrées sur le logiciel national de l'organisme et les comptes régulièrement contrôlés par la cour des comptes.

Le mode de financement de la formation continue des professionnels médicaux a été remis en question par la réforme relative au DPC. Jusque-là, la formation continue des médecins était financée par la taxe sur l'industrie pharmaceutique, centralisée puis reversée aux établissements au prorata de leur masse salariale (0.5%) : les médecins disposaient alors, à travers leur CME et la Direction des Affaires médicales, du libre usage de ces fonds sans justification à apporter et sans réel contrôle des besoins. La réforme du DPC oblige les professionnels du corps médical et paramédical à uniformiser leur mode de financement. La taxe de l'industrie pharmaceutique destinée à la formation continue médicale est dorénavant versée aux OPCA choisis par les médecins et les remboursements se font sur facture, avec des plafonds imposés. Tous les professionnels des établissements de santé concernés par le DPC doivent rendre compte de leurs actions de formation en les enregistrant sur la plateforme commune.

Les professionnels de santé exerçant sous un statut libéral, quant à eux, payent une cotisation, destinée à leur formation qui varie selon les métiers (pour certains, l'ordre perçoit et organise les formations, pour d'autres, ce sont des équivalents des OPCA publics). En principe, le dispositif de DPC leur donne l'occasion d'accéder plus facilement à la Formation Continue de par la publication des offres sur le site national dédié, et surtout, par les forfaits d'indemnité de perte de salaire prévus par l'OGDPC (forfaits spécifiques à chaque profession).

1.3.3 Les caractéristiques du DPC

L'obligation de DPC est annuelle, unique, commune à tous les professionnels de santé et effective depuis le 1^{er} janvier 2013. Elle peut être satisfaite de plusieurs manières :

- en participant à un programme de DPC mis en œuvre par un organisme de DPC ou répondant à la définition et aux conditions du DPC ;
- en obtenant un diplôme universitaire (DU) évalué favorablement par une CSI ;
- en participant en tant que formateur à un programme de DPC.

Pour qu'un programme soit reconnu comme une action DPC, il lui faut satisfaire quatre conditions :

- représenter un dispositif d'acquisition de connaissances ou de compétences et/ou d'analyse de pratiques, organisé conformément à des méthodes et des modalités validées par la HAS;
- être conforme à une orientation nationale ou régionale définie par le Ministère de la Santé ou par l'Agence Régionale de Santé ;
- être mis en œuvre par un organisme professionnel enregistré comme Organisme de DPC par l'OGDPC et être évalué favorablement par une Commission Scientifique Indépendante.

Ces conditions sont nécessaires et suffisantes pour qu'un programme de DPC permette à un professionnel de santé de valider ses obligations.

Un programme de DPC doit impliquer la réalisation de trois étapes. L'absence d'une de ces trois étapes invalide automatiquement l'agrément d'une action en tant que programme de DPC.

Les étapes chronologiques d'un programme de DPC sont les suivantes :

- 1) l'analyse des pratiques actuelles de l'agent concerné (soit en présentiel pour les formations de plusieurs jours soit antérieurement à la formation, sous forme de questionnaire à rendre dûment rempli) ;
- 2) la participation au temps dédié à l'apport de connaissances théoriques ou à la mise en pratique ;
- 3) une évaluation de l'amélioration de la pratique professionnelle à faire après un délai fixé selon le contenu de la formation (sous forme de questionnaire).

Selon la profession concernée, le contrôle du respect de cette obligation de DPC sera assuré par les conseils de l'ordre, les employeurs ou l'Agence Régionale de Santé.

Pour les médecins, l'ODPC délivre une attestation justifiant de la participation à une action de DPC qui est transmise directement, par voie électronique, au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Une fois tous les cinq ans, le CNOM s'assure que les praticiens ont satisfait à leur obligation annuelle de DPC sur la base des attestations transmises. Si cette obligation n'est pas satisfaite, le CNOM peut demander d'établir un plan personnalisé de DPC et l'absence de mise en œuvre de ce plan peut être sanctionnée comme un cas d'insuffisance professionnelle (Article L4113-14 du Code de la Santé Publique).

Une homogénéisation au niveau européen

Même si la formation professionnelle continue fait partie intégrante des démarches nationales pour maintenir la qualité de la pratique médicale dans les politiques de santé des différents membres de

l'Union Européenne, la terminologie et la mise en place des dispositifs restent très variables d'un pays à l'autre.

Cinq pays de l'Union Européenne utilisent exclusivement le terme « DPC » (France, Allemagne, Royaume-Uni, Croatie et Roumanie), six autres pays utilisent indifféremment le terme « DPC » et « FMC » (Danemark, Finlande, Irlande, Slovaquie, Slovénie, Suède). Les autres pays de l'Union Européenne parlent encore exclusivement de FMC. Le caractère obligatoire de la formation continue est présent dans la grande majorité des pays d'Europe excepté la Belgique, Chypre, le Danemark, la Finlande, le Luxembourg, le Portugal et la Suède.

Dans certains pays d'Europe, le dispositif de formation continue va plus loin puisqu'il est demandé aux médecins de valider régulièrement leurs compétences pour avoir le droit de continuer à exercer. C'est le cas de l'Espagne, la Croatie, l'Irlande, l'Italie, la Norvège, le Royaume-Uni et la Slovénie.

Nous notons aussi des systèmes d'incitations positives (délivrance de certificats, majoration des honoraires, forfait annuel de financement, etc.) ou négatives (sanctions en cas de non-respect, radiation, etc.) très variables d'un pays à l'autre. En plus de ces différences réglementaires, nous constatons des différences culturelles sur la mise en place de cette pratique de formation : autonome ou intégrée, individuelle ou en groupe, interprofessionnelle ou non, etc.

Fort de ce constat, bien qu'il soit difficile de parler d'homogénéité d'un point de vue Européen le groupe de Rome⁵⁴ a cependant publié, en 2004, un ensemble de recommandations⁵⁵ qui ont fortement influencé les différents systèmes de l'Union Européenne. Parmi ces recommandations, nous retrouvons les objectifs suivants : améliorer la pratique, pratiquer une accréditation équitable, évaluer les apports de ces formations et vérifier l'indépendance de ces formations envers les industries de la santé.

54 Regroupement des représentants de différents pays d'Europe, du Canada (Royal College of Physicians and surgeons) et des USA (Accreditation Council for Continuing Medical Education).

55 Horsley T, Grimshaw J, Campbel C. Maintaining the competence of Europe's workforce. *BMJ*. 2010;314:707-8.

Conclusion de la partie 1

Dans cette première partie, nous nous sommes attachée à rappeler que la qualité des soins dispensés au sein des établissements de santé constitue, depuis toujours, une priorité nationale. Dans un contexte de gestion du risque et de régulation des dépenses liées à la santé, les pouvoirs publics tentent de mettre en place des outils pour encadrer l'offre de soins et la pratique des professionnels de santé notamment à travers le Développement Professionnel Continu créé par l'article 59 de la loi HPST de juillet 2009. C'est la première fois, en France, qu'un dispositif de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles s'adresse de façon obligatoire à tous les professionnels de santé. Après avoir présenté cette nouvelle politique dans la première partie de ce rapport, la seconde partie sera dédiée à l'étude du déploiement du dispositif de DPC dans un Centre Hospitalier Universitaire ainsi qu'à l'analyse des enjeux qu'il porte et des limites auxquelles il se trouve confronté. A ce jour, comment est accueillie cette nouvelle obligation dans les établissements de santé hospitaliers ? Quelles mesures sont prises pour sa mise en œuvre ? Au-delà des objectifs attendus, quels sont les effets réels du DPC sur les pratiques des offreurs de soins ? Dans quelle mesure cet outil participe-t-il à l'amélioration de la qualité des soins ? Quelles sont les limites constatées sur le terrain ? Ce sont les questions auxquelles nous allons tenter de répondre dans la deuxième partie de ce rapport.

2 . Le DPC comme outil d'amélioration de la qualité des soins en milieu hospitalier

Le DPC est rendu obligatoire par l'article 59 de la loi HPST pour tous les professionnels de santé, sans distinction de statut (salarié d'un établissement public ou privé, ou en exercice libéral) ou de corps de profession (médical ou paramédical). L'objectif principal de cette mesure est de garantir aux patients une qualité de soins optimale et cela passe, entre autres, par la maîtrise des différentes technologies par les professionnels, l'analyse des situations problématiques et le partage de connaissances théoriques et la pratique entre pairs. L'objectif de cette deuxième partie est d'analyser l'écart entre les objectifs affichés par les pouvoirs publics et la réalité de la mise en œuvre du dispositif au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire. Pour ce faire, nous avons interrogé des professionnels de santé responsables de la mise en place du DPC afin d'étudier le déploiement du dispositif sur le terrain ainsi que les enjeux qu'il porte et les limites auxquelles il se trouve confronté.

2.1 Le déploiement du DPC au sein d'un CHU

La volonté des pouvoirs publics de réformer les dispositifs existants de formation continue des professionnels de santé s'est affirmée avec la loi HPST de juillet 2009 et l'apparition de l'obligation de DPC. Ce changement, qui modifie en profondeur le mode de formation continue des professionnels de santé, nécessite, comme tout changement et quelque soit l'organisation sur laquelle il s'effectue, une période transitoire de déploiement. C'est cette mise en œuvre de la mesure relative au Développement Professionnel Continu qui sera étudiée dans cette partie. Afin de mieux comprendre comment ce dispositif est accueilli dans les établissements de santé, nous présenterons brièvement, dans un premier temps, la gestion et l'organisation d'un Centre Hospitalier Universitaire tel que celui de Grenoble, avant d'étudier les dispositions prises pour mettre en place la mesure et

l'appropriation faite par les professionnels de santé concernés.

2.1.1 Présentation de la gouvernance hospitalière

L'implantation du CHU de Grenoble

Le CHU de Grenoble est le principal centre de soins du bassin rhônalpin. Il comporte une centaine de corps de métier représentés et compte 7300 salariés⁵⁶ dont 1600 médecins et 5700 professionnels non-médicaux. Il représente un des principaux employeurs du bassin grenoblois.

Son budget global est de 620 millions d'euros et son budget d'investissement de 27 millions d'euros. Avec une capacité d'accueil de 2200 lits et places, l'établissement a une activité importante avec environ 3000 naissances, 250 greffes d'organes et 88000 passages aux urgences par an. L'établissement possède également la 10^{ème} place nationale en terme de recherche.

Le CHU est implanté sur trois sites :

- le site Nord à la Tronche (le plus important) est composé de l'hôpital A. Michallon, l'hôpital Couple-Enfant et l'Institut de Biologie et de Pathologie (1514 lits et places) ;
- le site Sud à Echirolles est spécialisé dans la traumatologie, l'orthopédie et la rhumatologie, associé à l'Institut De Rééducation (IDR). Il comporte également le Centre gérontologique Sud (386 lits et places) ;
- la maison de retraite « La Batie » à Saint-Ismier (80 lits et places).

La gouvernance et l'organisation d'un CHU

L'architecture générale du pilotage du CHU de Grenoble est dotée d'un Directeur Général (Mme Jacqueline Hubert), qui conduit la politique générale de l'établissement et d'un Directeur Général Adjoint (Mr. Marc Penaud). Il est, de droit, président du Directoire. Le Directoire est secondé, d'une part, par le président de La Commission Médicale d'Etablissement (CME) qui conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement et, d'autre part, par un conseil de surveillance qui se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

⁵⁶ Chiffres obtenus par Mme J. Hubert, directeur général du CHU de Grenoble, cours du 17 décembre 2013, IEP de Grenoble.

L'organisation juridique est complexe et la taille importante du CHU peut rendre la communication et la diffusion des informations difficile.

Depuis l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, dite réforme de la gouvernance⁵⁷, l'organisation de l'hôpital public a été modifiée en profondeur avec la mise en place de pôles d'activité (clinique ou médicotechnique) placés sous la direction de responsables de pôle. Un pôle d'activité se définit comme le regroupement de plusieurs services de soins basé sur un projet médical partagé. La loi HPST de juillet 2009, désigne des chefs de pôle qui ont pour mission d'exécuter la politique de l'établissement. Les chefs de pôle sont des médecins et ont la responsabilité de l'efficacité et de la performance de leur pôle. Ils sont associés à un cadre supérieur de santé, pour la partie paramédicale et à un cadre administratif. Le cadre supérieur de santé est en lien étroit avec la direction des soins pour porter le projet de soins du pôle. Après une concertation avec le Directoire et la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et avis du directeur de l'Unité de Formation et de Recherche médicale (UFR), les chefs de pôles signent, pour une durée de quatre ans, un contrat qui « *précise les objectifs du pôle et les moyens dont il dispose pour la réalisation de ces objectifs. Des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins y sont obligatoirement définis* »⁵⁸. Une délégation de signature est accordée par le directeur pour mener à bien le projet de pôle.

La Commission Médicale d'Etablissement est l'instance représentative de la communauté médicale d'un établissement public de santé. Le président de la CME, monsieur le Professeur Zarski, est en charge du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Il veille à la mise en œuvre des engagements dans ce domaine, en lien avec la procédure de certification. Il a également pour mission de diffuser les bonnes pratiques médicales et de contribuer à leur évaluation.

La loi HPST renforce les pouvoirs du directeur de la CME et lui assigne trois champs d'actions : la politique d'amélioration de la qualité et ses évaluations, l'élaboration et le suivi du projet médical d'établissement ainsi que la coordination de la politique médicale d'établissement. Dans ce dernier rôle, le directeur de la CME est chargé, depuis 2009, de la coordination et l'élaboration du plan de développement professionnel continu au sein de l'établissement de santé.

Le Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 relatif à la CME⁵⁹, aux établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé a accentué les pouvoirs de la CME.

La finalité de cette nouvelle gouvernance est d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement afin de développer le travail pluridisciplinaire pour une meilleure qualité de la prise en charge des

57 www.legifrance.gouv.fr

58 Cours de Mr. F. Madelmont, *Gestion de pôle et filières de soins*, les 16 et 17 janvier 2014, IEP de Grenoble

59 www.legifrance.gouv.fr

patients. Le projet de pôle est en cohérence avec le projet d'établissement, lui-même en cohérence avec les directives de l'ARS. Le financement des établissements de santé, comme un CHU, se fait selon son activité médicale (T2A) ; le financeur principal est la branche Assurance Maladie de la Sécurité Sociale.

Le financement et la gestion d'un CHU

L'hôpital public, (à l'inverse d'un établissement privé) comme le CHU de Grenoble, du fait de son histoire, a une triple mission : la recherche médicale, la formation universitaire et la réalisation de Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Ces missions spécifiques (comme par exemple le SAMU, le Centre 15 et le centre de référence sur des pathologies spécifiques) sont financées par des enveloppes budgétaires fixées par le Parlement et n'entrent pas dans le cadre de la T2A. « *Ainsi chaque mission financée par une dotation MIG doit pouvoir être contractualisée pour un montant fixé dans le respect des règles d'équité et de transparence, avec des moyens mis en œuvre affichés et des indicateurs de résultats attendus et ce dans le cadre du dialogue de gestion avec les établissements* »^{60 61}.

La rationalisation des dépenses de santé a pour objectif de dégager du bénéfice. « *L'Etat français fait actuellement face à une double problématique : trouver une solution à l'augmentation des dépenses de santé sans augmenter les prélèvements sociaux et l'imposition* »⁶². Cette complexité est soulignée par Annie Bartoli « *la question des moyens est d'autant plus cruciale aujourd'hui que l'Etat se trouve en phase de resserrement de ses budgets, compte tenu du contexte économique difficile dans lequel il est inséré* »⁶³. Une réponse possible est apportée par le secteur privé, qui raisonne en termes de rentabilité et d'efficience : c'est le concept du New Management Public (NMP). Ce concept se base sur les théories des organisations et du management. Depuis, les années 2000, le NMP a été élargi aux institutions publiques et notamment aux établissements de santé afin d'améliorer leur performance. Tout ce qui peut être source d'économie est recherché. Le NMP implique de nouvelles formes d'organisations et de nouvelles pratiques. Le DPC est ainsi pensé comme un nouvel outil de pratiques professionnelles qui va améliorer la qualité des soins dans une

60 <http://www.sante.gouv.fr/missions-d-interet-general-et-a-l-aide-a-la-contractualisation-migac,918.html>, consulté le 24 août 2014

61 Les MIGAC financent les « missions d'intérêt général » qui permettent d'accompagner les activités d'enseignement et de recherche qui font la force des CHU. La partie « aide à la contractualisation » assure la bonne mise en œuvre par les hôpitaux des CPOM, passés avec les ARS.

62 Théveneau L., *Performance hospitalière et culture soignante : réflexion autour de l'évolution du système sanitaire français*, 2012, p 24

63 Bartoli A., *Management dans les organisations publiques*, 3^{ème} éd Paris Dunod, 2009, p 81

organisation complexe⁶⁴.

Avec la loi HPST, est créée l'Agence Nationale d'Aide à la Performance (ANAP), qui est une agence extérieure aux établissements de santé. Elle applique les théories du New Management Public, afin d'aider les institutions hospitalières à atteindre leurs objectifs de réussite. L'ANAP est connue pour agir « *dans un système de budgétisation par la performance* » en soumettant « *les opérateurs [...] à des objectifs à atteindre sous la forme de contrats performance* »⁶⁵. Les ARS s'appuient sur l'ANAP pour accompagner les établissements de santé en difficulté, à la recherche de la performance. Le CHU de Grenoble bénéficie de l'accompagnement de l'ANAP dans son retour à l'équilibre budgétaire et à l'amélioration de ses organisations.

La philosophie du NMP est également de mettre en place un contrôle pour s'assurer de l'obtention de bons résultats. En cas de besoin, le NMP suggère de faire appel à des aides extérieures, pour un soutien méthodologique. L'objectif du NMP est de « *renforcer l'autonomie de décision des agents décentralisés, visant ainsi le renforcement de la qualité de service et la diminution des coûts de production* »⁶⁶. Il s'agit de lutter contre l'hôpital « *bureaucratie professionnelle* » pour reprendre les termes de Henry Mintzberg⁶⁷. « *Cette bureaucratie professionnelle aurait pour conséquence la forte dépendance du sommet stratégique à l'égard de la base opérationnelle* »⁶⁸, selon sa théorie sur les configurations. A titre d'exemple, un médecin et un soignant paramédical, même s'ils évoluent dans une équipe pluridisciplinaire, travaillent de manière séparée de leurs autres collègues et de leur supérieur hiérarchique. Ainsi, ils détiennent un pouvoir substantiel sur la réalisation de leur tâche, ils ont un pouvoir discrétionnaire important.

2.1.2 Mise en place et communication autour du dispositif DPC

Les établissements publics de santé (CHU, CH, etc.) ont pour mission d'élaborer des programmes de DPC pour leurs professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que d'assurer la promotion des programmes inscrits dans ces plans. Ils doivent également s'assurer du respect de l'obligation de DPC pour leur personnel paramédical et peuvent éventuellement se faire enregistrer comme organisme de DPC.

64 Cours de Mme Angelé-Halgand N., *Les formes de management et leurs effets*, les 13 et 14 mars 2014, IEP Grenoble
65 CATTEAU D. *La LOLF et la modernisation de la gestion publique : La performance, fondement d'un droit public financier rénové*, [s.l.], Dalloz-Sirey, 2007, p 167

66 Zeghni S., *Espoirs et déceptions du pilotage managérial à l'hôpital, soins cadres*, Août 2014, n°91, p 53

67 Mintzberg H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'organisation, 1982, 440 p

68 Zeghni S., *Espoirs et déceptions du pilotage managérial à l'hôpital, soins cadres*, Août 2014, n°91, p 53

L'HAS a édité des fiches de méthodes représentant des guides et outils à l'usage des Organismes de DPC afin d'uniformiser et de faciliter la création de programme de DPC (voir Encadré 5).

Encadré 5

Intitulés des fiches de méthodes pour la création de programmes de DPC⁶⁹

Fiches ayant une approche à dominante pédagogique ou cognitive (formation en groupe ou individuelle) :

- Formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire ...)
- Revue bibliographique et analyse d'articles
- Formation à distance (e-learning, supports écrits et numériques ...)
- Formations diplômantes ou certifiantes (autres que les D.U. Validés par les CSI)

Fiches ayant une approche à dominante « analyse des pratiques » (gestion des risques, revue de dossiers et analyse de cas, indicateurs, analyse de parcours de soins, analyse de parcours professionnel) :

- Revue de mortalité et de morbidité (RMM)
- Analyse *a priori* des risques
- Groupe d'analyse de pratiques
- Réunions de concertation pluridisciplinaire
- Revue de pertinence
- Suivi d'indicateurs
- Registres, observatoire, base de données
- Audit clinique
- Chemin clinique
- Patients traceurs
- Bilan de compétences

Fiches ayant une approche intégrée à l'exercice professionnel :

- Gestion des risques en équipe
- Exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé)

Fiches faisant référence à des dispositifs réglementaires spécifiques :

- Accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004)
- Accréditation des laboratoires de biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13/01/2012 et art. L.6221-1 du CSP)

⁶⁹ Les fiches méthodes de la HAS sont disponibles en ligne sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1356682/fr/les-fiches-methodes-de-dpc

- Programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009)
- Protocole de coopération (art. 51 loi 2009-879 de la Loi du 21 juillet 2009)
- Formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux)

Fiches relatives à l'enseignement et à la recherche :

- Publication d'un article scientifique
- Recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité
- Formateurs pour des activités de DPC
- Maîtrise de stage

Fiches relatives à une mise en situation :

- Session de simulation en santé
- Test de concordance de script (TCS)

Le CHU de Grenoble a obtenu un agrément comme Organisme de DPC le 28 juin 2013 sous le numéro 1666. En 2014, le CHU de Grenoble propose un panel de plus de 76 actions de formation parmi lesquelles 39 sont labellisées « DPC » et 26 sont susceptibles de l'être (formations en cours de labellisation).

La mise en place du DPC

La complexité de l'organisation de l'hôpital n'est pas toujours favorable à l'implémentation d'une nouvelle réforme. En effet, l'hôpital est présenté comme « *une force d'inertie, au sein de laquelle la lenteur de la mise en œuvre des réformes témoigne de l'enracinement des modes de comportement, caractérisée par une forte tendance au cloisonnement entre les services, par l'isolement de chaque unité de travail, la compétition entre les équipes et le manque d'échange entre les catégories professionnelles* »⁷⁰.

Au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, les actions de mise en œuvre des dispositifs de DPC ont débuté à partir d'octobre 2012⁷¹.

La charge de travail distribuée entre les différents acteurs et affectée à la mise en place du DPC au sein de l'établissement représente l'équivalent de 2 temps plein⁷². A cela, s'ajoutent les professionnels de santé ayant pris l'initiative de monter, proposer et réaliser les programmes de DPC. La mise en place du DPC a nécessité l'emploi d'une personne pour la gestion des dossiers

70 Enoc A., *La démarche qualité des établissements publics de santé*, IEP Grenoble, 2001, p 123

71 Selon les propos de la cadre supérieure responsable de la Formation Continue au CHU de Grenoble, interrogée le 6 juin 2014.

72 Selon les propos de la cadre supérieure responsable de la Formation Continue au CHU de Grenoble, interrogée le 6 juin 2014.

courants de formation continue.

La première action des responsables du programme « DPC » au sein du pôle de formation continue a consisté à présenter le dispositif de DPC à la cellule « qualité » du COmité de PILotage (COPIL) chargée de centraliser, surveiller, diriger et coordonner les différents projets d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au sein de l'établissement.

Les programmes estampillés « DPC » sont proposés aux professionnels dans le plan annuel de formation et répertoriés, depuis 2014, dans le catalogue de formation de l'année en cours du CHU de Grenoble. La présence d'un symbole permet de les distinguer des autres actions de formation (non DPC).

Les actions correspondant partiellement à un programme de DPC (c'est-à-dire comportant une ou deux des trois étapes requises) sont également différenciées afin de permettre aux agents de créer eux-mêmes leur programme complet de DPC. Les formations ainsi répertoriées correspondent, pour la grande majorité d'entre elles, à des apports théoriques (étape « cognitive » du DPC) sur des thèmes des orientations nationales ou régionales. Dans un entretien du 6 juin 2014, la cadre supérieure qui s'occupe de la formation continue du personnel paramédical de l'établissement nous précise que la presque totalité des formations proposées aux soignants représentent une ou des étapes valides pouvant entrer dans le cadre d'un programme DPC (la FPTLV étant une méthodologie validée « DPC »).

La diffusion des informations relatives au DPC

La diffusion des informations relatives au dispositif DPC au sein du CHU est représentée dans le schéma de l'illustration 1. Il est à noter qu'il n'existe aucune hiérarchie organisationnelle entre les professionnels médicaux et les professionnels paramédicaux.

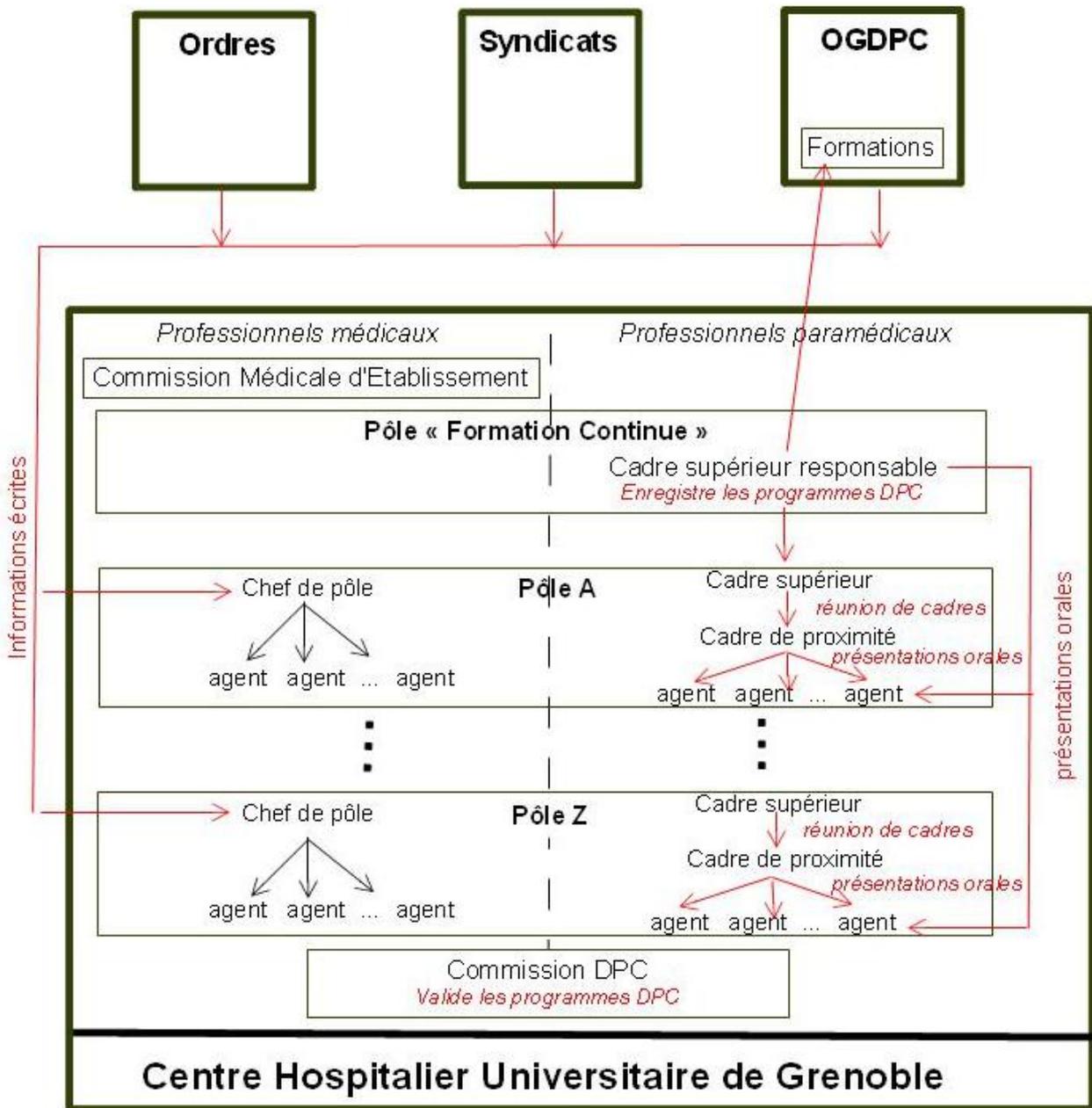


Illustration 1: Schéma de la diffusion des informations relatives au DPC au sein du CHU de Grenoble au 1^{er} juillet 2014.

Comme le montre le schéma, même si la propagation de l'information reste très peu structurée d'une façon générale, la circulation de l'information s'est organisée de façon plus efficace entre les professionnels paramédicaux. La cadre supérieure responsable du projet DPC au pôle « Formation Continue » a effectué la démarche de participer à des formations relatives au programme DPC au

sein d'OGDPC extérieurs au CHU de Grenoble. Cette dernière a ensuite organisé des présentations destinées aux cadres supérieurs des différents pôles du CHU et aussi directement aux agents concernés, à la demande des cadres supérieurs et des cadres de proximité. Ces présentations ont été faites à l'attention des cadres des 15 pôles du CHU concernés par le DPC et se sont déroulées entre le 8 janvier et le 14 février 2013. Tous les cadres supérieurs ont ainsi eu l'opportunité d'assister à une présentation dédiée au programme de DPC. A l'intérieur des pôles, la diffusion de l'information a été faite principalement par le biais de présentations orales dédiées, supportées par un diaporama laissé à la disposition des cadres.

Malgré les efforts effectués autour de la diffusion des informations relatives au DPC, les professionnels interrogés déplorent le manque de clarté des informations transmises : « *malgré la multitude de présentations, moi, je reste dans le flou* »⁷³ précise un cadre supérieur. « *On voit bien, que tout le monde balbutie* »⁷⁴ ajoute-t-il ensuite.

Le schéma montre clairement une distinction dans la propagation de l'information entre les professionnels paramédicaux et médicaux, ces derniers ayant subi une diffusion interne des informations relatives au DPC insuffisante.

Du côté des professionnels médicaux, aucune présentation formelle n'a été initiée de la part du vice-président de la CME, en charge de la diffusion des informations relatives au DPC. Des informations sur le DPC sont toutefois arrivées jusqu'aux chefs de pôles et médecins principalement par le biais de messages électroniques, envoyés en masse et provenant des ordres, des syndicats ou des organismes de DPC.

Un exemple de mauvaise divulgation de l'information consiste dans les propos d'un chef de pôle interrogé qui s'insurge de devoir participer à un programme de DPC alors qu'il est lui-même initiateur et organisateur de plusieurs actions pouvant entrer dans le cadre d'un programme DPC. « *Le DPC, c'est moi qui le fait aux autres* »⁷⁵ précise-t-il. Ce chef de pôle n'a, à aucun moment montré qu'il sait que ses actions de formation peuvent être reconnues et validées comme l'obligation de DPC, à laquelle il est soumis, comme les textes le prévoient.

Un autre chef de pôle précise qu'une des principales limites du DPC est le fait que « *les gens qui doivent organiser les formations continues ont très peu d'information sur comment on monte un programme DPC* »⁷⁶.

73 Extrait de l'entretien avec un cadre supérieur au CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014.

74 Extrait de l'entretien avec un cadre supérieur au CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014

75 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

76 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 4 juin 2014.

Les efforts de diffusion des informations relatives au DPC se poursuivent car le pôle Ressources Formation, la Direction des soins et l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) ont organisé, le 12 mai 2014 une conférence interprofessionnelle des cadres 2014, intitulée « Développement Professionnel Continu, DPC ». Mme Marie-Frédérique Brun, responsable recherche et développement au Groupe de Recherche et d'Intervention pour l'Education permanente des Professions Sanitaires et Sociales (GRIEPS) a présenté le dispositif DPC avec toutes ses modalités. Les professionnels pouvaient s'inscrire à cette conférence via la Formation Continue. L'information de cette conférence s'est faite soit directement aux étudiants cadres de santé, à l'Institut de Formation des Cadres de Santé, soit par e-mail envoyés aux professionnels concernés, le 8 avril 2014.

2.1.3 Appropriation du dispositif par les professionnels de santé

Les agents ont toutefois la possibilité de participer à des programmes DPC extérieurs au pôle auquel ils appartiennent ou extérieurs au CHU.

La mise en place des programmes de DPC

En tant qu'employeur disposant d'un service de formation continue et organisme de DPC, le CHU de Grenoble a le devoir de proposer des programmes de formation estampillés « DPC » à l'intérieur même de l'établissement.

La mise en place de ces programmes se fait à l'initiative des professionnels de santé volontaires. Les professionnels des différentes unités repèrent des thèmes et des problématiques sur lesquels ils veulent travailler et montent ensuite des programmes DPC. Ces programmes sont alors proposés à la Commission DPC et, s'ils sont validés, ils sont enregistrés sur la plateforme dédiée.

La Commission DPC de l'établissement est un regroupement de professionnels chargé d'évaluer et valider les programmes DPC proposés par les agents. Afin de contrôler au mieux la pertinence d'un programme proposé, chaque corps de métier présent dans l'établissement y est représenté par un référent désigné. « *On n'est pas encore très au point, c'est encore un peu compliqué...* »⁷⁷ nous

⁷⁷ Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014.

avoue un cadre supérieur membre de la commission.

Pour aider les professionnels volontaires désireux de composer un programme, le personnel du pôle « Formation Continue » propose un patron de programme DPC vierge à compléter (voir Annexe IV). Au 6 juin 2014, 57 programmes DPC valides proposés au CHU de Grenoble sont enregistrés sur la plateforme nationale de l'OGDPC. La cadre supérieure en charge d'enregistrer les programmes déplore toutefois le manque de fonctionnalité, de lisibilité et de cohérence de la plateforme : « *c'est visible de manière différente selon que vous regardez à partir du site de votre organisme formateur, à partir de la Commission Scientifique, à partir du client libéral qui veut regarder ce qu'il y a dedans. C'est infernal ! On ne sait pas, même nous quand on enregistre ce truc, ce que les gens voient de ce qu'on a mis* »⁷⁸. Elle déplore également que le logiciel utilisé pour gérer les formations continues élaborées et suivies au CHU de Grenoble (GESTFORM) ne soit pas adapté pour traiter la gestion des programmes DPC : « *le logiciel GESTFORM est sensé s'adapter au DPC mais il ne l'est toujours pas [...] vous ne pouvez pas enregistrer un programme complet sur GESTFORM, vous ne pouvez enregistrer que des morceaux [...] pour le moment, c'est ingérable donc j'ai tout compté à la main car je ne pouvais pas faire autrement* »⁷⁹ explique-t-elle.

La même cadre supérieure qui est responsable de l'enregistrement des programmes de DPC au sein du CHU de Grenoble distingue deux types de programmes : les programmes transversaux et les programmes montés pour une équipe de soins donnée. Les premiers étant transdisciplinaires, destinés aux professionnels de différentes équipes et aux professionnels extérieurs au CHU et les seconds étant construits pour répondre aux besoins d'une unité de soin en particulier (mais néanmoins ouverts à tous les professionnels souhaitant y participer).

Il y a eu des ébauches de création de programmes transversaux aux professions médicales et paramédicales mais aucun n'a abouti (il existe, par exemple, une ébauche de programme intitulé « prise en charge de la douleur dans l'établissement »).

La cadre supérieure de la formation continue nous précise, dans un entretien le 6 juin 2014, que toutes les actions enregistrées ont été proposées à l'initiative de professionnels paramédicaux (cadres et cadres supérieurs) et qu'aucune ne provient de chefs de pôles (professionnels médicaux).

Elle nous mentionne une demande de création de programme spécifique faite par des professionnels

78 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

79 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

de santé extérieurs au CHU. Il s'agit de professionnels exerçant dans le centre de soins de la faculté de médecine sur le campus universitaire de Grenoble. Les professionnels du CHU de Grenoble ont donc mis en place, de façon collaborative, un programme spécifique répondant aux besoins exprimés par ces professionnels.

Concernant la création des programmes de DPC, les cadres supérieurs et les chefs de pôle interrogés sont unanimes : si des créations de programmes DPC sont faites, elles doivent partir des besoins réels des professionnels de terrain. Selon un cadre supérieur interrogé, l'idée serait de cerner les besoins des agents par le biais des entretiens individuels d'évaluation et de déceler les dysfonctionnements à partir des fiches protocolaires de l'Unité Médico Administrative de Gestion du Risque Sanitaire (UMAGRIS)⁸⁰, des Comités de Retour d'EXpérience (CREX), des résultats aux Audits ou des Revues Morbidité Mortalité (RMM). A partir des besoins du quotidien des professionnels de santé, l'objectif serait d' *« arriver à créer une formation qui va répondre ou démystifier, diminuer le stress, diminuer leurs angoisses ou clarifier quelque chose qu'ils avaient pu comprendre mais qu'ils n'ont pas compris »*⁸¹ précise-t-il.

On observe que quelques services du CHU de Grenoble font, ou ont fait, la démarche de créer un ou plusieurs programmes DPC pour répondre aux besoins spécifiques de leurs agents. Dans le service « Urgences » du pôle « Urgences et Médecine Aiguë », par exemple, deux programmes de DPC sont attendus pour la fin de l'année 2014. De la même façon, dans le pôle « Psychiatrie et neurologie », deux cadres référents travaillent sur la mise en place du DPC au sein du pôle et font partie de la commission DPC de l'établissement. Dans ce pôle, trois programmes de DPC sont attendus pour la fin de l'année 2014. Ces démarches restent néanmoins marginales et l'investissement des équipes dans la mise en œuvre de l'obligation de DPC dépend de l'engagement du cadre de l'unité pour cette nouvelle mesure, nous confie un cadre supérieur⁸².

Contrairement aux cadres supérieurs et aux autres professionnels de santé, les chefs de pôles sont peu investis dans la mise en place des programmes de DPC. Ils se sentent peu concernés et ne savent pratiquement pas ce qui est fait dans les différentes unités et spécialités de leur pôle.

80 Fiches de procédures signalant les événements indésirables médico-administratifs ayant lieu au CHU de Grenoble.

81 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur au CHU de Grenoble, le 23 juin 2014.

82 Extrait de l'entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014.

L'appropriation du dispositif par les agents

La mise en œuvre de la mesure de DPC au sein du CHU de Grenoble en est à ses balbutiements : « *je vois qu'on va au rythme d'un escargot asthmatique* »⁸³ précise la cadre supérieure responsable de la mise en place du DPC au sein du pôle Formation Continue. Elle ajoute ensuite qu'« *en 2013, on a senti quand même qu'une ouverture démarrait tout doucement. A force de dire aux gens que c'est obligatoire... parce que l'ouverture, elle n'est pas spontanée !* »⁸⁴.

L'appropriation du dispositif par les agents reste très partielle. La cadre supérieure responsable de la mise en place du DPC constate qu'« *il n'y a quand même pas beaucoup de gens qui sentent vraiment la pression pour cet aspect-là. Ça n'est pas grave, ça va petit à petit redescendre tout doucement : il faut s'accoutumer* »⁸⁵. Cette dernière remarque fait référence à quelques agents qui la contactent pour obtenir des informations plus précises sur les démarches à effectuer pour valider un programme DPC.

Pour une grande partie des professionnels de santé du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, le DPC est perçu comme un nouveau dispositif complexe et contraignant. Selon le vice-président de la CME du CHU de Grenoble, cette réforme est jugée « difficile » à mettre en œuvre pour plusieurs raisons :

- sa complexité administrative : la mise en application du dispositif de DPC est compliquée d'un point de vue structurel ;
- son « universitarisation » : le DPC touche à la fois les professions médicales et paramédicales qui ont, historiquement, des formations, des parcours, des financements, des enjeux de sociétés savantes et des syndicats différents ;
- son obligation : beaucoup de professionnels contestent la contrainte imposée par ce dispositif ;
- la disparition de repères : les dispositifs remplacés par le DPC étaient bien ancrés dans le quotidien et la pratique des médecins et leur disparition engendre une incompréhension.

Le vice-président de la CME souligne que, la présence du dispositif d'Evaluation des Pratiques très poussé et très développé au sein du CHU de Grenoble a grandement facilité l'émergence du programme de DPC.

83 Extrait de l'entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

84 Extrait de l'entretien avec une cadre supérieure au CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

85 Extrait de l'entretien avec une cadre supérieure au CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

Le scepticisme des agents

Pour certains professionnels de santé, le DPC n'est qu'un cadre législatif supplémentaire et non fonctionnel, qui tend à être réformé. Sur le terrain, certains praticiens hospitaliers ont fait le choix de ne pas modifier leurs pratiques. Sur les 4 chefs de pôle interrogés, 3 nous ont confié attendre une stabilisation du dispositif avant d'appliquer le devoir de formation qu'il implique. « *Le jour où ce sera vraiment rodé, avec un fonctionnement qui est tout à fait efficace, peut être que je stimulerai mes collègues [...]. Actuellement, on ne sait plus trop où l'on va* »⁸⁶ nous explique un chef de pôle avant d'ajouter : « *j'attends et comme je ne vois rien venir, je laisse courir* »⁸⁷.

Cette méfiance s'exprime également au niveau institutionnel puisque le vice-président de la CME nous confie être dans une position d'attente vis à vis de l'application de la réforme : « *j'attends de voir comment va évoluer le dispositif* »⁸⁸ nous précise-t-il.

Dans un entretien du 5 juillet 2014, un chef de pôle nous confie que la venue du DPC n'a en rien modifié les pratiques formatives déjà bien ancrées du personnel du pôle : « *on a toujours fait le choix de se former. Les confrères font obligatoirement une formation annuelle. Nous décidons des thèmes de formation qui intéressent les praticiens, soit l'un des thèmes fait partie du programme DPC proposé dans l'année et on y inscrit les confrères, soit leur formation se fait hors DPC [...]. Nous n'obligeons jamais un confrère à faire du DPC pour faire du DPC* »⁸⁹.

La position des cadres supérieurs interrogés est plus mitigée. Ces derniers semblent plus disposés à appliquer ce nouveau cadre de formation obligatoire.

Un autre cadre de santé du CHU nous précise que tous les agents de son pôle sont sollicités pour participer à des formations qui sont jugées importantes pour le pôle ou l'équipe, même si celles-ci ne font pas parties d'un programme estampillé « DPC ». Les formations ayant reçu la validation « DPC » ne sont pas prioritaires par rapport aux autres, « *on ne s'est même pas posé la question [...]. C'est pas le fait que ce soit une injonction de faire obligatoirement qui est venu modifier cette pratique-là* »⁹⁰ ajoute-t-il.

86 Extrait de l'entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

87 Extrait de l'entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

88 Extrait de l'entretien avec le vice-président de la CME au CHU de Grenoble, le 28 mai 2014.

89 Extrait d'un entretien d'un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 5 juillet 2014.

90 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur au CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014.

Des adaptations du dispositif pour un meilleur déploiement

Au CHU de Grenoble, les responsables de la mise en place du DPC ont pris le parti d'adopter une approche flexible et accommodante du contenu des actions de DPC en mettant en place des dispositifs incitant le personnel médical à adhérer au programme. Il est par exemple possible de valider un programme de DPC annuel en assistant à un congrès ou à une formation menant à un Diplôme Universitaire (DU) et, la même année, à une Evaluation des Pratiques Professionnelle et de justifier de la participation régulière aux Revues de Mortalité/Morbidité. « *C'est un dispositif qui a été facilitant pour nous, facilitant pour les praticiens mais mal vu par les puristes car un peu limite* »⁹¹ avoue le vice-président du CME. En effet, une action de DPC implique, entre autres, un contenu cohérent entre la formation dispensée et l'évaluation de la pratique qui s'en suit. Il ajoute ensuite que « *nous, on a trouvé un dispositif facilitant. Nos collègues Lyonnais, par exemple, sont restés sur une vision très stricte du DPC et ça a été une catastrophe totale* »⁹².

Les différences d'approches entre corps médical et corps paramédical

Selon le constat du vice-président de la CME, les appropriations du DPC faites par le personnel médical et le personnel paramédical sont différentes. Contrairement au corps médical, la formation interne du personnel paramédical est une pratique courante, bien ancrée dans les mentalités et dotée de moyens conséquents (plusieurs personnes en poste sont consacrées à l'organisation et la mise en place des formations continues). Selon les propos d'un cadre supérieur interrogé : « *il faut rentrer dans le clou de ce qui est demandé, voilà* »⁹³.

Alors que d'autres CHU ont pris le parti d'ouvrir des postes administratifs pour le déploiement du DPC, le vice-président de la CME responsable de la mise en place du DPC au sein du CHU de Grenoble déplore un dispositif chronophage ainsi qu'un manque de temps et de moyens administratifs dédiés. Il précise : « *ce que j'ai fait, ce sont des tâches d'intérêt général, j'ai pris sur mon temps clinique* »⁹⁴.

La cadre supérieure responsable du DPC au sein du pôle Formation Continue souligne la différence d'appropriation du DPC entre le corps médical et le corps paramédical : « *vous l'aurez compris,*

91 Extrait d'un l'entretien avec le vice-président de la CME au CHU de Grenoble, le 28 mai 2014.

92 Extrait d'un l'entretien avec le vice-président de la CME au CHU de Grenoble, le 28 mai 2014.

93 Extrait d'un entretien d'un cadre supérieur au CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014.

94 Extrait d'un l'entretien avec le vice-président de la CME au CHU de Grenoble, le 28 mai 2014.

avec le côté médical, il y a pour l'instant un gouffre malgré nos efforts »⁹⁵. Elle nous précise qu'« il y a des blocages phénoménaux du côté de la communauté médicale [...] ils sont extrêmement individuels »⁹⁶.

2.2 Le DPC comme outil pour améliorer la qualité des soins

Le DPC est un outil de plus dans la continuité des politiques de modernisation de l'hôpital. Les pouvoirs publics cherchent à augmenter la performance des établissements de santé tout en diminuant les coûts relatifs à la santé. A la question « Le DPC peut-il apporter une modification dans les pratiques professionnelles ? », six professionnels de santé interrogés sur onze répondent affirmativement. La question à laquelle nous allons essayer de répondre par la suite est : comment le DPC a-t-il vocation à augmenter la performance individuelle des professionnels et la performance de l'institution dans sa globalité ?

2.2.1 Vers une systématisation du maintien des connaissances et l'évaluation des pratiques professionnelles

Le DPC entre dans la volonté des pouvoirs publics d'acculturer les professionnels de santé à valider l'actualisation régulière de leurs connaissances et de leurs compétences par le biais d'organismes agréés via une méthodologie et des thèmes imposés par l'HAS.

Des professionnels au cœur de l'évolution technologique

Les métiers de la santé ont la particularité d'être en évolution constante parce qu'ils sont étroitement liés aux avancées de la recherche médicale, pharmaceutique et technologique. « *Il se trouve que le domaine de la santé dépend de plus en plus de la technologie [...] vous voyez très récemment l'évolution des nano-médecines, des études technologiques qui vont très vite... plus vite que ce que*

95 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur au CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

96 Extrait d'un l'entretien avec un cadre supérieur au CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

les professionnels ne pourraient suivre »⁹⁷ précise le responsable de l'ARS délégation « Isère » .

Ces professionnels de santé, sur lesquels reposent des responsabilités et une nécessité de connaissances très importantes ont une réelle obligation de se maintenir au niveau de l'état de l'art, d'abord pour ne pas nuire et ensuite pour proposer la meilleure prise en charge possible.

Le responsable de l'ARS de la délégation « Isère » interrogé est formel : *« c'est un point de vue professionnel sérieux que de se dire : "je dois constamment remettre mon ouvrage sur le métier pour être sûr que je pratique conformément aux règles de l'art", l'art évoluant. [...] La médecine est un monde large et on ne peut pas pratiquer son art tout seul dans son coin sans savoir les évolutions »*⁹⁸. Pour ce responsable, les professionnels de santé ont *« l'obligation déontologique d'être au même niveau que leurs homologues, au même niveau que l'état de l'art et au meilleur niveau de connaissance que l'on peut possiblement obtenir »*⁹⁹.

Pour lui, l'obligation de DPC peut être vue comme une mesure sécuritaire pour les professions de la santé : *« nous étions certains que certains professionnels de santé s'arrêtaient à leur diplôme. A une époque où l'évolution des pratiques et des technologies n'étaient pas très rapide, ça avait moins de conséquences. A notre époque, cela en a beaucoup »*¹⁰⁰ dit-il.

Il étaye ses propos par des exemples d'accidents dans le domaine de la manipulation de machines de radiologie et de risques pharmaceutiques liés à l'interaction entre molécules. *« C'est pour éviter le déclassement des médecins [...] que ce dispositif de formation continue leur est imposé. [...] Nul n'est tenu à l'excellence, par contre, ce qui n'est pas tolérable, c'est de ne pas se donner les moyens de savoir. A partir du moment où l'on sait, on est bien formé, on utilisera forcément ce que l'on a appris »*¹⁰¹ ajoute-t-il.

Il remarque aussi la nuisance de possibles déformations professionnelles acquises au cours du temps. *« Il faut aussi éviter de se déformer. L'acculturation des professionnels, c'est très embêtant, mais la déformation, c'est aussi très mauvais »*¹⁰² précise-t-il.

Un besoin de formation continue encore peu reconnu

Le responsable de l'ARS interrogé, oppose, dans le système d'instruction, la formation initiale et la

97 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

98 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

99 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

100 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

101 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

102 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

formation continue. Il dénonce l'obsolescence de la formation initiale qu'il qualifie de processus « *lent, peu efficace, pas toujours adapté aux besoins de celui qui est informé, pas assez souple, pas assez pointu, pas assez percutant, pas assez motivant et souvent rébarbatif* »¹⁰³. Il considère la formation continue comme un concept de formation moderne et un complément indispensable des apports théoriques de la formation universitaire.

A ce problème de la formation initiale, s'ajoute celui lié au manque d'intérêt des professionnels de santé pour la formation continue qui leur est proposée. Selon les propos d'un chef de pôle interrogé : « *c'est un constat accablant pour les professionnels de santé, seulement 10 % se forment de manière régulière avec des organismes de formation compétents et des thèmes intéressants* »¹⁰⁴. « *Il y a des médecins qui sont dans leur coin, qui ne bougent pas, qui ne vont à aucun congrès, qui ne se cultivent pas. Certaines personnes ont besoin qu'on les booste un petit peu* »¹⁰⁵ constate un chef de pôle du CHU de Grenoble.

D'après les praticiens interrogés, un grand nombre de leurs confrères resteraient sur leurs acquis de formation initiale ou leurs acquis de pratique. « *Il faut que l'on arrive petit à petit à ce que les gens identifient leurs propres besoins, qu'ils aient une réflexion, au lieu d'être complètement passifs* »¹⁰⁶ interpelle un chef de pôle.

Le dispositif de DPC instaurerait alors une politique de maintien et d'évaluation des compétences tout en plaçant le professionnel de santé en qualité d'acteur de sa formation continue. « *Là où le DPC est un peu différent des programmes de formations continues que l'on a pu mettre en œuvre avant, c'est qu'il intègre à la fois le caractère présentiel "j'assiste à" et en même temps "je m'évalue", j'essaye de voir en quoi ma pratique médicale va être modifiée. Ça c'est intéressant* »¹⁰⁷, constate un chef de pôle, « *ça fait partie de ce que l'on avait, depuis des années, identifié comme un besoin de remise en question et de remise à niveau de nos connaissances* »¹⁰⁸ ajoute-t-il.

Pour une systématisation du maintien des compétences

Aujourd'hui et malgré les mesures gouvernementales précédentes, la formation continue reste peu utilisée par les professionnels de santé. Selon un responsable de l'ARS de la délégation « Isère »

103 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

104 Entretien d'un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 5 juillet 2014.

105 Entretien d'un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

106 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle au CHU de Grenoble, le 4 juin 2014

107 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle au CHU de Grenoble, le 4 juin 2014

108 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle au CHU de Grenoble, le 4 juin 2014

interrogé, les temps de formation constituent un moment privilégié qui offre aux professionnels l'occasion de se questionner sur leurs pratiques quotidiennes. « *La formation, c'est un temps de réflexion et de remise en cause. L'action, c'est l'action : on n'a plus le temps de réfléchir. La formation c'est un bon moment. Il n'y a pas de concurrence entre les professionnels. Chacun peut avancer, à la fois ses propositions et, en même temps, mettre sur la table ses imperfections. La formation permet de corriger de façon élégante une mauvaise pratique professionnelle. Le praticien se rendra compte, dans un terrain qui ne le met pas en cause directement, qu'une pratique est imparfaite voire erronée. C'est un moment de recul où l'on peut se rendre compte de ses défauts, parce que l'on n'est pas enfermé dans sa pratique* »¹⁰⁹ précise-t-il. « *Il est important que les professionnels de santé puissent partager leurs expériences* »¹¹⁰ ajoute-t-il par la suite.

Selon les caractéristiques qui lui sont propres, le DPC a pour vocation de renforcer les connaissances théoriques et d'encourager la prise de recul sur ses propres pratiques par une réflexion en équipe. Selon la cadre supérieure interrogée, la formation professionnelle devrait se banaliser et s'appuyer sur une approche moderne par évaluation de compétences : « *il faut qu'on passe la marche supérieure qui consisterait, parce que c'est vers ça que va nous amener le DPC, à de l'autoanalyse systématique de ce que l'on fait, et de l'autoévaluation de ses compétences par rapport aux bonnes pratiques du moment. [...] Au jour d'aujourd'hui, on n'en est pas tout à fait là, mais entre les formations initiales, qui ont recomposées leurs programmes en apprentissage par compétences et cette avancée à l'intérieur du travail, la réflexion sur ses propres compétences et son maintien au quotidien, je pense qu'on va y arriver* »¹¹¹ explique-t-elle.

Selon Guy Le Boterf¹¹², dont les ouvrages proposent des réflexions d'ordre général sur « l'approche par compétences », le transfert des compétences passe nécessairement par « *le partage d'expérience, [...] l'analyse des pratiques professionnelles [et] le compagnonnage avec un professionnel chevronné* »¹¹³. Ces actions se retrouvent au cœur même de la démarche de DPC. Pour Josette Hart, « *les compétences sont contextuelles* »¹¹⁴ et la « *maîtrise d'un environnement apporte l'aisance professionnelle et la confiance en soi* »¹¹⁵.

109 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

110 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

111 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

112 Guy Le Boterf est un sociologue français auteur de plusieurs ouvrages sur la formation et les compétences.

113 Le Boterf G. *Construire les compétences individuelles et collectives : Agir et réussir avec compétence*, 5ème éd, Paris, Eyrolles. 2010, p 101

114 Hart J., Lucas S., *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*, [s.l.], Lamarre, 2002, p 94

115 Hart J., Lucas S., *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*, [s.l.], Lamarre, 2002, p 94

Au CHU de Grenoble, le vice-président de la CME constate que le programme de DPC a très clairement favorisé l'implication du personnel dans un dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles, *« on a vu un afflux de demandes de validation de séances d'évaluation des pratiques professionnelles qui existaient mais qui n'étaient pas validées (RMM, CREX, etc.) »* précise-t-il. Il souligne également que bien que très développée dans le monde médical, l'évaluation des pratiques professionnelles reste boudée dans le monde paramédical et en particulier infirmier. Dans le service où il travaille, il déplore l'absence du personnel paramédical invité aux RMM mensuelles, *« tous les mois, il y a des médecins, quelques internes, des chirurgiens mais jamais aucun personnel infirmier »* constate-t-il.

Pour la cadre supérieure responsable du DPC au sein de la cellule « Formation Continue », le DPC représente un outil de management moderne pour les cadres : *« il faut qu'ils s'en servent régulièrement pour faire avancer leur propre équipe en compétences »*¹¹⁶. Selon elle, les cadres sont *« garants du niveau de compétences de leurs agents »* et *« ont tout intérêt à monter des programmes [ndlr : de DPC] à l'intérieur de leur unité, qui soient spécifiques à leurs équipes »* ajoute-t-elle. Parmi les outils de management entrés dans les mœurs se trouvent les Entretiens Annuels d'Evaluation (EAE - décret 2010-1153 du 29 septembre 2010). Au cours de ces entretiens annuels, les supérieurs hiérarchiques rédigent une appréciation générale exprimant la valeur professionnelle de l'agent hospitalier. Dans les établissements publics de santé, les cadres sont tenus de convoquer régulièrement leurs agents à ces entretiens dont les objectifs sont d'évaluer les compétences de l'agent, d'améliorer la communication et la coopération entre les agents et d'orienter le développement professionnel de l'agent hospitalier. Au CHU de Grenoble, la cadre responsable de la formation continue à ces entretiens s'investit dans la démarche DPC et sensibilise les cadres à ce nouveau dispositif : *« je parle du DPC aux cadres pendant la formation en question, en leur disant que c'est un vrai outil pour eux et qu'il faut pas qu'ils s'en passent. Ils prendront le temps de s'en saisir, parce que c'est long, c'est difficile et que de toute façon, je leur dis très clairement que c'est le bazar en ce moment, donc, qu'ils ne se précipitent pas. Qu'ils prennent déjà la main sur l'entretien d'évaluation et de formation et qu'ils intègrent que c'est un très bon outil »*¹¹⁷.

Le DPC peut être un outil pour permettre aux managers d'équipes de pallier le souci de maintien des compétences lorsqu'il est lié, entre autre, à la gestion du mouvement des ressources humaines : *« dans certains secteurs, il y a un turn-over qui fait qu'il y a une perte de connaissances et de compétences. A l'inverse, il y a des secteurs où le turn-over est très limité avec des professionnels*

116 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

117 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

qui ne réactualisent pas leurs connaissances et qui restent sur leurs acquis »¹¹⁸.

Pour une meilleure maîtrise des dépenses de santé et une diminution des risques

Un cadre supérieur du CHU de Grenoble attire l'attention : « à partir du moment où l'on vient se questionner sur ce que l'on fait, qu'on a un apport théorique en plus, et une petite évaluation derrière, [...] obligatoirement, on vient augmenter la qualité des soins, tout au moins la prise en charge »¹¹⁹. De par son apport de compétence et l'encouragement à la réflexion des agents sur leurs pratiques, le DPC aurait donc pour vocation d'augmenter la qualité des soins apportés aux patients. C'est également l'avis d'un responsable de l'Agence Régionale de Santé de l'Isère interrogé qui aborde les dépenses de santé liées à des choix inadaptés de prise en charge des patients : « les soins inappropriés, c'est de l'argent gaspillé, en dehors du fait que c'est préjudiciable à la santé »¹²⁰ précise-t-il. Il accuse, en partie, les mauvais jugements du niveau de prise en charge des patients par méconnaissance des techniques de gestion des urgences mineures ou par crainte procédurale. Il prend comme exemple l'encombrement du service des urgences de l'hôpital par des patients envoyés par des médecins généralistes vers des dispositifs d'un niveau trop élevé par rapport au besoin « de façon à ne prendre aucun risque »¹²¹ précise-t-il. « Ils n'ont pas toujours le bon réflexe. [...] Il faut qu'ils puissent déceler la vraie urgence. Plus on est formé, plus on arrive à juger du bon niveau de prise en charge »¹²², ajoute-t-il. Selon son diagnostic implacable : « plus les médecins seront formés, moins ils auront recours à des outils inadaptés. [...] Quand on travaille mieux, on coûte moins ! Il faut dépenser beaucoup moins et il faut dépenser beaucoup mieux. Et en dépensant beaucoup mieux, on soignera beaucoup mieux »¹²³ conclut-il.

Il soulève également le problème de la multiplication des actes d'investigation sur un même patient. Selon lui, la multiplication de certaines catégories d'exams engendre l'augmentation des risques médicaux alors que « si les praticiens étaient mieux formés, ils éviteraient le sur-soin »¹²⁴ précise-t-il. D'après lui, aux risques médicaux s'ajoutent également les risques liés aux dérives professionnelles. La santé est, en effet, un domaine particulièrement investi par les dérives sectaires. Il l'explique par le fait que « la santé est le bien le plus précieux et la plupart des gens sont prêts à

118 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur au CHU de Grenoble, le 23 juin 2014

119 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014.

120 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

121 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

122 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

123 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

124 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

tout pour conserver un bon état de santé. [...] Quand on veut faire bien et que l'on n'est pas satisfait des techniques thérapeutiques utilisées dans certains domaines de la santé, on peut être amené à utiliser des techniques "non-conventionnelles" »¹²⁵. Selon lui, les techniques « non-conventionnelles » pratiquées par certains professionnels de santé sont potentiellement dangereuses et peuvent nuire à l'état de santé immédiat et général du patient. Un des objectifs de la formation continue, et plus particulièrement du DPC, est de pallier ces dérives en encadrant les pratiques : « l'ignorance est le marchepied de la dérive sectaire, [...] la formation est de nature à réduire l'ignorance donc les dérives et le charlatanisme de certains professionnels de santé »¹²⁶ précise-t-il.

2.2.2 Vers la valorisation des pratiques déjà mises en œuvre en milieu hospitalier

Le DPC généralise à l'ensemble des professionnels de santé des démarches d'acquisition de connaissances, d'analyse des pratiques et d'amélioration en partie déjà mise en œuvre au quotidien en milieu hospitalo-universitaire. Le DPC a-t-il réellement modifié les pratiques ou instaure-t-il seulement un cadre législatif à des pratiques existantes ?

La pratique quotidienne des professionnels hospitaliers

Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) sont des établissements publics de santé ayant passé une convention avec une unité de formation et de recherche (UFR) médicale au sein d'une ou plusieurs universités. Contrairement aux autres établissements de santé, les CHU exercent des missions d'enseignement, de recherche, d'activité de recours (accueil des patients en impasse diagnostique ou thérapeutique) et des missions d'intérêt général (urgences, centre antipoison, etc.).

Nombre de pratiques des professionnels travaillant en Centre Hospitalier Universitaire respectent les caractéristiques d'actions DPC et peuvent être reconnues et validées comme telles, tout du moins partiellement. C'est le cas, entre autres, des Comités de Retour d'EXpérience (CREX – voir Encadré 6) et des Revues de Mortalité et de Morbidité (RMM – voir Encadré 7), des Audits cliniques, des check-lists, des déclarations et analyses des événements indésirables (fiches UMAGRIS), des dépistages ciblés « gestion des risques », des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP),

125 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

126 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

des échanges de pratiques, des Staffs et des comparaisons à un référentiel-groupe qualité. Ces outils et pratiques sont courants dans tous les centres hospitaliers français.

« Globalement, quand on fait partie d'un CHU, on va à des colloques, on va à des réunions de comorbidité, on collabore, on discute, on participe [...]. Je participe à peu près à une quinzaine de congrès par an, je fais 50 à 60 publications par an, des communications, j'ai une activité de recherche, comme je fais partie d'une équipe, je fais un staff tous les jours, je vois des dossiers tous les jours, je fais des études rétrospectives dans lesquelles on évalue des patients, on se situe par rapport aux autres, etc. Pour moi, c'est du DPC de très haut niveau. [...] Dans une structure hospitalo-universitaire digne de ce nom, c'est comme ça que ça doit fonctionner»¹²⁷ remarque un chef de pôle du CHU de Grenoble. Il souligne la similarité des objectifs recherchés par le DPC avec la pratique quotidienne d'un professionnel exerçant en CHU : « on est dans cette mouvance permanente d'amélioration de la qualité [...]. Il y a un contrôle permanent qui est fait par un sénior qui a une expérience importante de la médecine [...]. On voit les contrôles post-opératoire, on voit les gens qui ne vont pas bien [...] on essaie de redresser la barre régulièrement »¹²⁸. Ce même médecin constate néanmoins que les pratiques quotidiennes (mise en commun, contrôle par les pairs, questionnement, évaluation de la pratique, etc.) dans son service du CHU de Grenoble ne sont pas appliquées aussi régulièrement dans tous les établissements de santé et qu'une partie des professionnels médicaux (10 ou 15 % d'après lui) ne se forment pas de leur propre grès et perpétuent des pratiques obsolètes qui mériteraient d'être mises à jour.

Encadré 6
Les Comités de Retour d'EXpériences (CREX)

Le CREX est une méthode de signalement et d'analyse collective des événements indésirables survenus dans les services médicaux et destinée à toute équipe de soins. C'est une méthode d'amélioration de la gestion de la sécurité des soins qui se fait *a posteriori*. Les professionnels de santé se réunissent tous les mois pour analyser rétrospectivement les événements indésirables (EI) qui ont fait l'objet d'un signalement. Parmi tous les EI signalés, le groupe priorise un événement à traiter et une analyse systémique est faite, qui donne lieu à un rapport présenté en réunion. A partir de là, des actions d'amélioration sont organisées, planifiées et mises en œuvre par les équipes. Dans un CREX, il y a toujours un responsable-pilote chargé de mener l'investigation et faire le rapport aux autres membres du groupe.

Cette démarche a plusieurs finalités :

- elle est menée en équipe pluridisciplinaire : elle implique les différents acteurs dans une démarche de sécurité avec une logique d'amélioration et non de sanction ;

127 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

128 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

- elle s'intéresse aux EI mais aussi aux situations à risque ayant mis en jeu la qualité ou la sécurité des soins, avec ou sans conséquence pour le patient ;
- elle permet de mettre en œuvre des actions de prévention : le suivi de ces actions est collectif et une évaluation des résultats est faite.

Cette démarche de gestion des risques rentre dans la liste des méthodes DPC validée par la HAS. Dans l'article de la revue épidémiologique de santé publique écrit par le Pr François, nous notons que cette méthode a d'abord été expérimentée dans les services de radiothérapie, puis en cancérologie, aux urgences, et dans les pharmacies. Cette méthode s'est ensuite adaptée à toutes les unités de soins. L'auteur précise que les « CREX peuvent être un vecteur pour développer une culture de soins ». ¹²⁹

Encadré 7

Les Revues de Mortalité-Morbidité (RMM)

Les RMM sont une démarche systémique aux revues de morbidité-mortalité qui consiste à analyser de manière collective des cas dont la prise en charge a été marquée par un événement indésirable (EI) grave ayant entraîné une complication morbide ou le décès du patient. L'objectif de cette méthode est de comprendre les causes des défaillances afin de s'interroger sur l'évitabilité de l'événement, de l'identifier et de corriger les causes qui ont contribué à sa venue.

Les RMM trouvent leur origine aux Etats-Unis, en 1917, outil pédagogique utilisé pour la formation des chirurgiens. C'est un principe fondé sur l'apprentissage par l'erreur. En France, ce n'est que dans les années 90 avec les concepts de gestion de la qualité et des risques que les RMM apparaissent.

Les RMM constituent une méthode d'amélioration des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la gestion des risques cliniques reposant sur une approche par les résultats et sur l'identification et l'analyse d'EI. Cette méthode a plusieurs finalités :

- l'adhésion des équipes médicales et paramédicales ;
- la pédagogie de « formation par l'erreur » qui permet une transparence des faits et une cohésion d'équipe ;
- la contribution à l'évolution de la culture des professionnels de santé.

La revue *Risques et Qualité*¹³⁰ décrit le modèle d'évaluation de la qualité des soins, selon Donabedian, qui repose sur trois niveaux : la structure, les processus, les résultats. L'évaluation des structures consiste à vérifier si les moyens matériels et humains sont adéquats et doit répondre à la question : « avons-nous les moyens de bien faire ? ». Le second niveau interroge les processus et donc l'organisation des soins et la pratique professionnelle : « les pratiques sont-elles conformes à des standards ? ». L'évaluation des résultats questionne l'évitabilité de l'événement ayant provoqué le décès du patient. Cet article conclue en disant que

129 François P. et al, « Le comité de retour d'expérience (CREX) : une méthode pour l'amélioration de la sécurité des soins », in *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2013, Vol. 61, n° 2, pp. 155-161

130 François P., « Revues de mortalité et de morbidité : une méthode d'amélioration des pratiques professionnelles », in *Revue Risques et Qualité*, 2005, Vol. II, n°3, pp 139-144

« les défaillances sont trouvées le plus souvent au niveau des pratiques (voire des compétences) ou de l'organisation des soins, mais l'exercice peut conduire à identifier des défauts plus systémiques relevant de la structure ».

La réussite de ce dispositif passe par une organisation définie par écrit (procédure, charte), par l'implication de tous les acteurs du service ainsi que par la régularité des réunions et de ses comptes rendus qui permettent une traçabilité de la rencontre. Ces comptes rendus sont archivés dans le dossier « qualité » du pôle.

Les RMM sont une méthode DPC validée par la HAS. Elles rentrent dans le cadre de la certification des établissements de santé, car elles sont une réponse aux critères exigés pour l'évaluation des pratiques professionnelles et de la gestion des risques cliniques.

Un chef de pôle interrogé nous parle de deux actions de formation qu'il mène depuis plusieurs années dans le cadre d'une validation de Diplôme Universitaire et d'un séminaire interprofessionnel. Soucieux de l'importance de la prise de recul avec l'enseignement et de la remise en question des professionnels, il a mis en place ces deux actions de façon à ce qu'elles présentent des notions d'acquisition de connaissances, suivies de temps de réflexion, dédiés à l'évaluation de la pratique. « Voilà deux exemples où je fais peut être du DPC sans le avoir »¹³¹ ajoute-t-il.

La valorisation de pratiques existantes

Certains professionnels de santé voient la réforme du DPC comme une opportunité pour valoriser des pratiques existantes dans les centres hospitalo-universitaires. « Je pense que tout le monde en faisait déjà dans son secteur, à sa manière, du développement professionnel continu »¹³² dit un cadre de santé en parlant des professionnels exerçant au CHU de Grenoble. Selon lui, un grand nombre de services proposent déjà à leurs agents des formations qui sont axées sur la qualité, l'évaluation des pratiques ou l'actualisation des connaissances. La démarche à envisager consisterait alors à formaliser ces actions de formation afin qu'elles puissent entrer dans le cadre d'une validation de programmes de DPC. « La qualité, on sait faire à l'hôpital, il faut juste le mettre dans un canevas, le formaliser »¹³³ précise le cadre supérieur interrogé. Ces démarches, ainsi formalisées à travers le dispositif de DPC, valorisent un travail de maintien des connaissances qui n'était jusqu'alors que peu ou pas reconnu pour les praticiens hospitaliers. « Ça amène de la visibilité, ça amène de la

131 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 4 juin 2014.

132 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 23 juin 2014.

133 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 23 juin 2014.

traçabilité et ça valorise le travail. [...] On fait tous du travail invisible sur la qualité et bien là, ça demande de la formater, d'être lu par tout le monde puisqu'il rentre dans un canevas qui est le même pour tous : le canevas DPC. [...] C'est peut être l'outil qui manquait pour valoriser et légitimer le travail invisible »¹³⁴ conclut-il.

La cadre supérieure responsable de la mise en place du DPC au CHU de Grenoble, quant à elle, voit le DPC comme un moyen d'uniformiser et de structurer les démarches d'évaluation des pratiques dans les établissements de santé : « *Ca met un coup d'accélérateur sur les analyses de pratique dans les établissements, qui étaient fantaisistes, ou tout au moins pas très structurées, et ça va nous permettre de structurer tout ça* »¹³⁵ remarque-t-elle.

Au CHU de Grenoble, le vice-président de la CME a constaté que le programme de DPC a permis de faire connaître et de valoriser des dispositifs de formation existants mais peu usités comme la simulation médicale ou l'éducation thérapeutique. « *On formalise des choses qui existaient déjà et qui n'étaient pas formalisées* »¹³⁶ dit un cadre supérieur avant de prendre comme exemple des cours mensuels fait par des médecins, depuis peu « formalisés » avec un relevé de présence et une évaluation afin de rentrer dans le cadre d'un programme DPC.

Un autre cadre supérieur interrogé souligne tout de même la différence d'appropriation des pratiques liées à l'évaluation entre les professionnels médicaux et les professionnels paramédicaux : « *il reste quand même un fossé entre le médical, où eux sont habitués à ce langage, et nous [ndlr : les professionnels paramédicaux], on colle le train* »¹³⁷ précise-t-il.

La création de programmes DPC basés sur l'existant

Afin d'amener les responsables d'équipes à prendre conscience de l'intérêt des programmes de DPC, la cadre supérieure responsable de la mise en place du DPC au sein du CHU de Grenoble a demandé aux cadres des différentes unités, de joindre au recueil annuel des besoins de formation, un document où sont répertoriés les groupes de travail qui pourraient éventuellement être éligibles au DPC. Selon elle, cette démarche est un moyen d'« *inventorier ce qui existe déjà pour montrer*

134 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 23 juin 2014.

135 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

136 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur au CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014

137 Extrait de l'entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 23 juin 2014.

que le DPC est un moyen de valoriser des travaux déjà en cours »¹³⁸. « Pour l'instant, on en est au stade de l'inventaire, au stade de convaincre les gens que ce qu'ils font là, ça peut être valorisable »¹³⁹ constate-t-elle. Il est important de remarquer que les premiers programmes de formation DPC créés au CHU ont été réalisés sur la base d'actions existantes, nous précise cette dernière. Elle nous donne l'exemple des deux premiers programmes de DPC enregistrés au CHU de Grenoble et créés pour valoriser des démarches de formation qui existaient déjà.

Le premier est un programme initié par le cadre supérieur sage-femme du pôle « Couple-Enfant » et intitulé « Amélioration de la prise en charge des anoxies per-partum ». Ce programme, qui a été un des tous premiers programmes DPC proposé, est enregistré sur la base depuis juin 2013. Il a été réalisé à partir de cours de médecins, de staffs et de CREX, proposés dans le cadre du CHU-Formateur. « C'était plus facile, on a mis en forme, quelque chose qui existait déjà [...] A mon avis, elle n'a pas eu à faire beaucoup de publicité, c'était déjà ce qui était fait. Ça été de la formalisation »¹⁴⁰ précise la cadre supérieure responsable du DPC au pôle Formation Continue.

Le deuxième programme de DPC, intitulé « La qualité de la recomposition des boîtes de chirurgie », a vu le jour en août 2013 et a été initié par un cadre du service « Stérilisation Centrale » du pôle « Pharmacie ». Organisé sur plusieurs mois, il comprend des cours donnés par des Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (IBODE), des exercices pratiques et des réflexions en groupe.

2.2.3 Vers une approche décloisonnée de la santé

L'émergence des pathologies liées au vieillissement, avec en corollaire celles inhérentes à la dépendance, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publique actuels, le cancer et la santé mentale entre autres, réclament que se développent de nouvelles prises en charge plus graduées et mieux coordonnées entre la ville et l'hôpital. Les professionnels de santé sont inégalement répartis géographiquement et certains ont une démographie qui s'annonce inquiétante. Pourtant les besoins ne vont pas et n'iront pas en diminuant et la régulation devient un souci prégnant pour les pouvoirs publics.

138 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

139 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure au CHU de Grenoble, le 6 juin 2014

140 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

Le dispositif de DPC étant commun à toutes les professions de santé, il a pour but de favoriser le décloisonnement entre ces dernières et de permettre une mutualisation des pratiques professionnelles quelle que soit la formation de base (médicale ou paramédicale), et quels que soient également la spécialité, le lieu (ville ou hôpital) et le mode d'exercice (libéral, salarié du secteur privé ou public, fonctionnaire). Cette transversalité a aussi pour objectif d'être perceptible au niveau du territoire, entre les établissements et à l'intérieur même des établissements, entre les pôles.

Le décloisonnement : une priorité nationale

D'après Bruno Palier, c'est en France que le cloisonnement entre médecins de ville et hôpital est le plus fort¹⁴¹. Ce cloisonnement ville/hôpital considéré comme un des vecteurs du dysfonctionnement du système de santé français, augmente les risques de non-coordination, de redondance et de contradiction. Or, selon Guy Le Boterf, « *la coopération ne se développe pas spontanément dans une organisation. Elle est toujours à construire et à conquérir* »¹⁴².

Le développement de coopérations et le transfert de compétences entre professionnels de santé est, sans nul doute, un des leviers pouvant permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Il constitue, de ce fait, une priorité d'ordre national, exprimée à maintes reprises et dernièrement dans le rapport émis par le « comité des sages », le 21 juin 2013¹⁴³. Ce « comité des sages », créé par le Premier Ministre, en février 2013, et présidé par Alain Cordier, est un regroupement chargé de définir les principaux axes de la stratégie nationale de santé. Ce premier rapport propose 19 recommandations articulées autour d'un projet global dont une des priorités fixée est de « *créer une dynamique d'ensemble* ». Le champ de la formation continue est largement abordé et le décloisonnement est un objectif qui est clairement formulé : « *le modèle de formation actuel caractérisé par un fort cloisonnement des formations (peu de passerelles et passerelles peu efficaces, et peu d'enseignements mutualisés) est un frein au développement du parcours de soins et du travail en équipe pluri-professionnelle. En cohérence avec les ambitions posées pour la pratique médicale et soignante, l'accent doit être mis pour la formation de plus en plus sur le bien public que représente une démarche clinique basée sur un travail d'équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnel. Pour chaque profession de santé apprendre sur les autres professions, des*

141 Bruno Palier, *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Presse Universitaire de France, 2012, 128 p

142 Le Boterf G., *construire les compétences individuelles et collectives*, 5^{ème} éd, Paris, Eyrolles, 2010, p 206

143 Rapport Cordier, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé*, 19 Recommandations du comité des « sages », publié le 21 juin 2013, 108 p. Rapport demandé par Mr. Jean Marc Ayrault, alors Premier Ministre.

autres professions, et avec les autres professions sera le meilleur des vecteurs pour développer les compétences nécessaires au travail collaboratif qu'est la médecine de parcours »¹⁴⁴. Le rapport présente alors le DPC comme une « réelle opportunité pour promouvoir, au plus près de l'exercice professionnel, des programmes répondant au double enjeu qualité et sécurité qui ne se conçoivent que dans la coordination pluri-professionnelle »¹⁴⁵. Un cadre supérieur interrogé au CHU de Grenoble nous fait remarquer très judicieusement que « quand on crée une dynamique, on crée de la qualité »¹⁴⁶. Selon Pierre de Haas, Président de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) : « le DPC permet de passer de l'exercice individuel où l'essentiel est le savoir, au travail coordonné en équipe et protocolé, éléments essentiels de la qualité »¹⁴⁷.

Le DPC comme vecteur de décloisonnement

Au-delà des objectifs fixés par la loi relative au DPC, le dispositif vise à rassembler les professionnels de santé en proposant des activités de formation et d'évaluation des pratiques transversales à tous les métiers de la santé. Cette disposition a pour vocation de dépasser les clivages habituels en encourageant les synergies, par exemple, entre les professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que les professionnels exerçant en centres hospitaliers et en ville. Le décloisonnement et la transversalité du programme DPC ont pour objectif de permettre la rencontre de praticiens de différents établissements, de professionnels intra-polaire d'un même établissement et d'acteurs de santé issus de disciplines différentes. Plus encore que de rassembler les différents professionnels de santé, les actions de DPC doivent pouvoir permettre aux praticiens d'échanger entre eux, de transmettre des savoirs et éventuellement de créer des collaborations professionnelles inscrites dans le temps, le tout, par une méthodologie intelligente basée sur la communication. Selon F. Gonnet : « pour que la coopération indispensable puisse être effective, entre les acteurs ayant des logiques professionnelles, des centres d'intérêts et des contraintes différentes, il faut d'abord que le système de communication et d'information réponde à deux critères : il doit tout d'abord rendre tangible la contribution de chacun au résultat global, et ensuite il doit permettre à chacun de comprendre comment et dans quelles finalités les autres accomplissent des tâches

144 Rapport Cordier, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé*, 19 Recommandations du comité des « sages », publié le 21 juin 2013, p 78.

145 Rapport Cordier, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé*, 19 Recommandations du comité des « sages », publié le 21 juin 2013, p 83.

146 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 23 juin 2014.

147 <http://www.larevuedupraticien.fr/article-web/dpc-une-porte-qui-souvre>, consulté le 11 juillet 2014

différentes des leurs mais dans un même but »¹⁴⁸.

Par ces biais, le DPC représente ainsi un vecteur sensé faciliter le décloisonnement des différents modes d'exercices et le développement de collaborations interprofessionnelles.

Pour le responsable de l'ARS interrogé le 26 mai 2014, les actions de DPC représentent un moment privilégié de rencontres et d'échanges entre les professionnels de santé de tous horizons : « *la formation est un terrain neutre où les différentes professions de santé peuvent, au delà de la pratique quotidienne, reconnaître leur manque à chacun de façon très honnête intellectuellement et déployer ensemble cette avidité que tout être a pour la connaissance »¹⁴⁹. Mieux encore que d'encourager l'échange, la cadre supérieure responsable de la mise en place du dispositif au sein du CHU de Grenoble, précise qu'un enjeu majeur de la mesure est le travail d'équipe : « *le DPC devrait faciliter le travail d'analyse des pratiques et la mise en place du réflexe d'analyse de pratique en groupe de soignants »¹⁵⁰.**

La coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux

Au sein du CHU de Grenoble, le décloisonnement s'observe surtout dans un premier temps à l'intérieur même des pôles, entre les équipes médicales et paramédicales, lors de l'élaboration des programmes de DPC. « *Ce qui a motivé quelques cadres du pôle, finalement, c'est de monter des programmes DPC en lien avec les médecins »¹⁵¹ déclare un cadre supérieur en charge du DPC dans son pôle, « ça fait réfléchir les cadres et les médecins ensemble »¹⁵² précise-t-elle. De son côté, le vice-président de la CME confirme que le programme de DPC a très clairement favorisé un rapprochement entre personnel médical et paramédical : « *le DPC nous a permis de bêtement pouvoir inscrire des médecins à des formations paramédicales »¹⁵³. Il a pu observer que des médecins se sont inscrits à des formations initiées par le personnel paramédical avec, par exemple, comme sujets transversaux « la bientraitance » ou « la gestion de la violence ».**

Ce constat de décloisonnement entre professionnels médicaux et paramédicaux n'est pas unaniment soutenu par tous les professionnels interrogés pour la simple raison que certains

148Gonnet F., Les relations de travail, entre la complexité et la sécurité, l'hôpital à vif, *L'état des lieux*, Séries mutations, n°199, p 141

149 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

150 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

151 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014.

152 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014.

153 Extrait d'un entretien avec le vice-président de la CME du CHU de Grenoble, le 28 mai 2014.

professionnels démentent la présence de « cloisons » au sein de leur unité de soins. Un chef de pôle interrogé nous affirme ainsi « *une collaboration extrêmement importante entre médecins et infirmières* »¹⁵⁴ dans son service. Il nuance ensuite ses propos en ajoutant : « *je comprends que l'on veuille décroisonner, mais si on a monté des murs entre le paramédical et le médical... ça n'existe pas chez moi* »¹⁵⁵.

La cadre supérieure du pôle Formation Continue en charge de la mise en place du DPC souligne, quant à elle, qu'un facteur limitant le décroisonnement médicaux/paramédicaux est le mode de financement du dispositif de DPC. « *Ce qui n'est pas en faveur du rapprochement il faut bien le dire, c'est le mode de financement du DPC qui n'est pas le même encore aujourd'hui pour les médecins et pour les non médecins* »¹⁵⁶ précise-t-elle.

La coopération entre praticiens de ville et praticiens hospitaliers

Elle poursuit en disant, à propos du cloisonnement entre les professionnels de santé, que « *le deuxième pont à faire c'est l'hôpital avec la ville* »¹⁵⁷. Cette dernière nous explique qu'il existe des programmes DPC faits au CHU de Grenoble qui ont pour objectif de faire collaborer les professionnels implantés en ville et les praticiens hospitaliers : « *les premiers programmes, qui sont en faveur de ça [ndlr : le décroisonnement ville/hôpital] sont les programmes "d'éducation thérapeutiques" qui ont été officiellement enregistrés et qui invitent, par définition, les libéraux qui récupèrent les malades à la sortie de l'hôpital à venir avec leurs patients en consultation et à travailler avec les professionnels du CHU pour qu'il y ait tout le temps cette liaison et que les pratiques soient les mêmes* »¹⁵⁸. Elle nous donne également l'exemple d'un projet de programme sur la cicatrisation des plaies et des escarres qui aura pour objectif de s'adresser à la fois aux infirmières hospitalières de l'établissement et à la fois aux infirmières libérales établies en ville.

Le responsable de l'ARS de l'Isère nous fait part de son constat sur l'isolement des praticiens de ville et souligne l'importance du DPC pour briser la barrière existant entre les professionnels exerçant en établissement hospitalier et ceux exerçant en cabinet sous un statut libéral. « *Les praticiens hospitaliers et les praticiens de ville sont deux sociétés un peu étanches, ils ne se rencontrent pas souvent. [...] Il ne faut plus que les praticiens soient seuls dans leur cabinet, comme c'est toujours*

154 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

155 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

156 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

157 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

158 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

le cas. D'ailleurs, ils en souffrent, ils l'expriment »¹⁵⁹ précise-t-il.

La coopération interprofessionnelle et interdisciplinaire

La coopération interprofessionnelle et interdisciplinaire par le travail collaboratif au sein d'un même établissement est un élément primordial dans la qualité des soins apportés aux patients. « *Le fonctionnement de l'hôpital, la qualité des prestations offertes aux malades et à leurs familles requièrent des compétences spécialisées et complémentaires : la diversité des métiers est une donnée importante de l'organisation hospitalière, également marquée par la nécessité d'un travail pluri-professionnel, en équipe* ».¹⁶⁰

La cadre supérieure responsable de la mise en place du DPC au sein du CHU de Grenoble voit le travail en coopération comme un des principaux objectifs du DPC. « *L'objectif que ça devrait faciliter, si on arrive à lever l'opposition entre les métiers, c'est le travail en équipe* »¹⁶¹ précise-t-elle. Selon elle, le décloisonnement ville/hôpital et médicaux/paramédicaux implique cependant d'être précédé d'une homogénéisation des pratiques à l'intérieur même du CHU: « *on part de très très loin, parce que pour l'instant même dans le CHU les différents médecins et chirurgiens imposent des choses différentes... [...] Il faut déjà qu'on harmonise sur l'établissement* »¹⁶² souligne-t-elle.

Ce constat est néanmoins nuancé par un chef de pôle du CHU de Grenoble qui nous fait remarquer une coopération interprofessionnelle entre pairs qui est déjà bien présente en milieu hospitalier. « *Nous avons déjà l'habitude de faire appel à un ou plusieurs confrères pour la prise en charge du patient* »¹⁶³ précise-t-il.

2.3 Les limites du DPC

La mesure relative au Développement Professionnel Continu vise à maintenir un niveau de

159 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

160 *La gestion des établissements de santé*, p 476

161 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

162 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

163 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 5 juillet 2014.

qualification actualisé et homogène pour tous les professionnels de santé. En pratique, les facteurs de la mise en œuvre de ce dispositif sont complexes et dans un contexte de pénurie de personnel et de réduction des dépenses globales de santé, cette obligation rencontre de vives oppositions et est sujette à de nombreuses polémiques. Dans cette partie, nous étudierons les freins au bon déploiement du dispositif de DPC. Nous verrons que ces obstacles sont en partie liés à des résistances individuelles (résistance face au changement et à l'évaluation des pratiques) et institutionnelles (manque de moyens alloués à la mise en place de la mesure) et en partie encore liés au dispositif lui-même (vices de conception et dysfonctionnement).

2.3.1 Une résistance face au changement et à l'évaluation des pratiques

La notion de changement dans les politiques publiques de santé

Notre objet de recherche est la mise en place du DPC pour les professionnels de santé. Cette mise en œuvre implique la notion de changement d'une organisation. Si l'on se réfère au dictionnaire des politiques publiques, le « *changement dans l'analyse des politiques publiques, c'est caractériser ce qui change au sein d'une politique, autrement dit étudier l'objet du changement, mais aussi le degré du changement et ses effets* »¹⁶⁴. Selon le Larousse¹⁶⁵, le changement introduit la notion de passage d'un état à un autre, qui modifie, évolue ou transforme. Nous constatons donc par cette définition qu'un mouvement est nécessaire pour qu'un changement s'opère. La psychologie sociale et la sociologie des Organisations se sont intéressées au concept du changement. Pour Grégory Bateson et Paul Watzlawick¹⁶⁶, psychothérapeutes, de l'Ecole de Palo Alto, il existe deux types de changement : celui intervenant à l'intérieur d'un système, qui s'adapte aux mesures correctives et qui permet une permanence du système (type 1) ; celui modifiant le système, qui le bouleverse et le fait évoluer brusquement (type 2). Si les changements dans les établissements de santé ont longtemps été de type 1, il s'avère qu'aujourd'hui, et surtout depuis la loi HPST, les changements s'orientent vers le type 2.

Les hôpitaux publics ont une organisation plutôt bureaucratique. Max Weber¹⁶⁷ décrit le système

164Boussaguet L ; Jacquot S ; Ravinet P, *Dictionnaire des politiques publiques*, 3^{ème} éd, Paris, Ed Sciences Po, 2010, p 132

165Dictionnaire *Le Petit Larousse*, Paris, Edition Larousse, 2011, p 182

166Watzlawick P, *Le langage du changement*, Paris, éd Seuil, 1980, 177 p

167Max Weber (1864-1920) est un économiste et sociologue allemand, considéré comme le fondateur de la sociologie compréhensive. C'est une approche sociologique qui fait du « sens subjectif » des conduites des acteurs le fondement

bureaucratique avec une hiérarchisation de la structure, une répartition des tâches et des compétences de chaque employé dans le travail ainsi qu'une formalisation par écrits des règles et des protocoles. « *Cette forme d'organisation est la plus efficace possible du fait qu'elle élimine toute incertitude [...]* »¹⁶⁸ précise-t-il. Michel Crozier¹⁶⁹, quant à lui, estime que « *plus un système est rigide et centralisé, plus le changement est difficile, dans la mesure où il présente les traits d'un mouvement descendant, pensé en haut, appliqué en bas* »¹⁷⁰. De par son organisation bureaucratique et dirigée de haut en bas (*top-down*), les établissements de santé sont peu prompts à assurer un changement rapide et aisé de leurs habitudes.

Le changement vient réduire la zone d'incertitude décrite par Michel Crozier et Erhard Friedberg, et crée donc une résistance. Selon ces auteurs, « *le changement imposé d'en haut présente souvent un aspect de rationalisation qui consiste, en fait, à réduire ou éliminer ces zones d'incertitude* »¹⁷¹. Cette résistance créée pour les professionnels et notamment pour les chefs de pôle, « *une situation inconfortable en raison de la perte d'expertise, de l'éloignement des sphères de travail habituelles, de l'apprentissage de rôles nouveaux et conflictuels* »¹⁷².

Selon Tavernier, « *la multiplicité des pouvoirs conduit à des fonctionnements de chapelles où chacun défend sa logique et ses intérêts sans se préoccuper des conséquences pour les autres et pour la cohérence d'ensemble* »¹⁷³.

La résistance des professionnels de santé face au changement

La sociologie des organisations renseigne sur la manière dont les différents professionnels interagissent entre eux. Cette théorie présentée par Michel Crozier et Erhard Friedberg compare une organisation telle que l'hôpital à un système¹⁷⁴ dans lequel différents acteurs que sont les professionnels de santé, vont prendre part. Chaque acteur est expert dans son domaine d'activité de par son expérience professionnelle, ses compétences et donc maîtrise spécifiquement ses actes. De ce fait, il connaît très bien l'organisation dans laquelle il évolue. Cette maîtrise crée une zone

de l'action sociale. C'est un modèle d'analyse centré sur les individus et leurs motivations à agir.

168Beitone A, Dollo Ch, Gervasoni J, Rodrigues CH, *Sciences sociales*, Paris, éd Dalloz, 2012, p 432.

169Michel Crozier (1922-2013) est un sociologue français, principal fondateur de la sociologie des organisations. Cette approche est à l'intersection de plusieurs disciplines, dont l'économie des organisations, le management et la théorie des organisations.

170Beitone A, Dollo Ch, Gervasoni J, Rodrigues CH, *Sciences sociales*, Paris, éd Dalloz, 2012, p 433.

171Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, éd Seuil, 1992, p 386

172Coutrot H., *la gestion des risques dans les projets*, Economica, 1998, p 147

173Tavernier N. et coll., *La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics*, rapport d'étude du Ministère des Affaires sociales et de la ville, 1994

174Crozier M., Friedberg E., *l'acteur et le système : les contraintes de l'action collectives*, Paris, Seuil, 1992, 500 p.

d'incertitude pour l'organisation, puisque l'acteur est le seul à pouvoir réaliser sa tâche complexe. Et donc, cette zone d'incertitude procure au professionnel un pouvoir qu'il peut exercer sur d'autres et qui lui permet d'acquérir une certaine autonomie. Par conséquent, nous comprenons qu'à l'hôpital, chaque individu va négocier avec sa Direction, avec la CME pour conserver sa marge de manœuvre, sa liberté d'agir comme il le souhaite et garder ainsi son autonomie d'action. Comme nous l'avons précédemment précisé, le chef de pôle a des pouvoirs importants au sein de son pôle et une grande responsabilité dans l'atteinte des objectifs contractualisés avec le Directeur Général du CHU.

Le gouvernement désireux de changer son système de santé se trouve pris entre l'engagement politique, l'attachement de la population à son système de santé actuel (particulièrement fort en France) et la résistance des professionnels de santé aux tentatives de régulation et d'encadrement de leurs pratiques.

Historiquement, l'opposition des médecins à tout pouvoir extérieur qui souhaiterait réglementer leurs pratiques date du XIX^{ème} siècle. Les médecins, soucieux d'assurer le monopole de leur profession dans le domaine de la santé montrent une vive résistance lors du vote des lois sur les assurances sociales obligatoires (dont l'assurance-maladie) entre 1928 et 1930 et la mise en place de la Sécurité Sociale après 1945. Ils parviennent, par leurs actions, à imposer leur position et à préserver l'essentiel de leurs intérêts. Cette volonté d'autonomie est également affirmée en 1940 par la mise en place d'une instance d'autocontrôle où ils sont les seuls représentés : l'Ordre des Médecins. En sociologie, la médecine est l'activité emblématique pour l'étude du modèle de profession. Selon le sociologue Florent Champy, la notion de « profession » implique un ensemble de traits dont les plus fréquemment évoqués sont « *le haut niveau de formation nécessaire à l'exercice de l'activité et le statut particulier qui confère à ses groupes une autonomie pour mettre en œuvre le savoir acquis dans le cadre de cette formation* »¹⁷⁵. Dans l'acceptation de cette définition, le concept d'autonomie suggère que ce sont les professionnels qui savent le mieux de quoi leurs clients ont besoin. En France, la profession médicale a exprimé à plusieurs reprises sa contestation face aux tentatives de contrôle étatique de l'activité. C'est le cas, entre autres, des mesures gouvernementales précédentes qui ont concernées l'obligation pour les médecins d'effectuer des formations et des évaluations régulières de leurs pratiques à travers les dispositifs de FMC et d'EPP. Ces dispositifs, mis en place dès 1996, ont été ignorés, jusqu'à ce jour, par une grande partie du corps médical.

175 Florent Champy, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2012, p 4.

Dans un entretien du 26 mai 2014, un responsable de l'ARS de l'Isère explique en partie cette résistance à la formation continue par le fait que, les études de santé étant particulièrement longues, les jeunes diplômés privilégiaient, par la suite, la pratique « du terrain » par rapport aux apports théoriques. Dans son interview, il précise que les médecins « *sont normalement porteurs d'une somme importante de connaissances initiales, donc, humainement, ils sont un peu saturés. Ils pensent qu'ils ont fait un gros effort et que ça suffit pour l'instant à leur carrière* »¹⁷⁶.

L'obligation de DPC vue comme un dispositif de contrôle

L'obligation de DPC semble être perçue par une grande partie des professionnels de santé comme un système étatique de surveillance des connaissances et des pratiques. Ce contrôle peut être perçu comme un dispositif bienveillant de chaperonnage ou comme un dispositif visant à contrôler et à sanctionner les insuffisances. « *En tant que responsable hospitalier, je l'ai pris comme une volonté de tutelle. On ne peut plus faire de la formation, comme ça, dans sa bulle, il faut s'inquiéter de ce que cette formation apporte dans ma pratique professionnelle* »¹⁷⁷ précise le vice-président de la CME du CHU de Grenoble, lors d'un entretien le 28 mai 2014. Un cadre supérieur interrogé souligne la difficulté de l'évaluation et la remise en question nécessaires pour mener à bien les actions de DPC : « *ça n'est pas évident pour certaines personnes de se remettre en posture de danger* »¹⁷⁸ précise-t-il.

Quelle que soit la vision portée sur le dispositif, l'obligation est, pour un grand nombre, vue comme une contrainte et soulève de vives oppositions de la part des professionnels de santé. Un chef de pôle nous fait part de sa position vis-à-vis du courant actuel qui encourage les médecins à pratiquer la chirurgie mini-invasive : « *je pense qu'on ne fera pas évoluer les gens [...] La chirurgie mini-invasive, c'est la diminution de la DMS [ndlr : Durée Moyenne de Séjour], donc, si la DMS diminue, ça coûte moins d'argent, donc, vous allez faire de la chirurgie mini-invasive. Ben, moi, je m'assoie dessus et je dis non. Je fais comme j'ai l'habitude de faire, je vais pas changer mes pratiques maintenant* »¹⁷⁹ dit-il.

Les propos d'un autre chef de pôle sont plus catégoriques : « *allez faire le ménage ailleurs mais ne venez pas faire le ménage chez moi !* »¹⁸⁰. En plus de reprocher au DPC de constituer une forme de

176 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

177 Extrait d'un entretien avec le vice-président de la CME du CHU de Grenoble, le 28 mai 2014.

178 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur au CHU de Grenoble, le 23 juin 2014

179 Extrait de l'entretien d'un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 29 juillet 2014.

180 Extrait de l'entretien d'un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

contrôle du niveau de connaissances et de pratiques des professionnels de santé, ce chef de pôle dénonce l'inutilité et le côté aberrant du dispositif. « *Je suis un peu outré qu'on arrive à ce stade là, à enfoncer des portes ouvertes pour faire comprendre aux gens que, de toute façon, on soigne des êtres humains et qu'on a l'exigence de faire le mieux possible [...] je suis sidéré que l'on puisse imaginer qu'il faut faire des contrôles et mettre la pression pour faire en sorte que les médecins soient au courant et ne tombent pas dans la décrépitude* »¹⁸¹ s'insurge-t-il.

La présence d'une rivalité entre les établissements de santé et les universités

Dans un entretien du 28 mai 2014, le vice-président de la CME du CHU de Grenoble nous confie que certaines universités « *ont mal supporté l'avènement d'un enseignement intra-hospitalier* »¹⁸². Il précise que la valorisation du pouvoir formateur et validant du centre hospitalier est susceptible de voir émerger la présence d'une rivalité entre les CHU et les Universités. « *Si vous commencez à valoriser certaines choses validantes, vous empiétez sur le domaine de l'Université [...] on m'a plusieurs fois dit, ça n'est pas à l'hôpital de former !* »¹⁸³ précise-t-il. Les facultés qui voient l'exclusivité de leur statut formateur disparaître sont susceptibles de considérer cette nouvelle mesure comme une critique du caractère théorique voire inapproprié de la formation universitaire. Pourtant, les préconisations du rapport Cordier¹⁸⁴ concernant le DPC sont claires. Elles insistent sur la complémentarité de la formation initiale et de la formation continue et de la nécessité de développer une coordination et une articulation concrète entre ces deux types de formation. « *Les enseignants universitaires doivent contribuer davantage à la formation continue, notamment dans le cadre d'unité mixte de formation* » précise le rapport.

2.3.2 Un projet inapproprié à la réalité du terrain

Un dispositif de formation et d'évaluation jugé inutile par les praticiens d'un CHU

La mise en place du DPC soulève une partie du corps des professionnels de santé hospitaliers qui accusent le dispositif d'être inadapté aux personnels exerçant en milieu hospitalier et d'avoir été conçu en grande partie pour pallier l'isolement des professionnels de santé travaillant sous un statut

181 Extrait de l'entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

182 Extrait d'un entretien avec le vice-président de la CME du CHU de Grenoble, le 28 mai 2014.

183 Extrait d'un entretien avec le vice-président de la CME du CHU de Grenoble, le 28 mai 2014.

184 Rapport Cordier, Comité des Sages, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé*, publié le 21 juin 2013

libéral.

« *Le fait que des gens restent sur leurs acquis, c'est de la fausse idée absolue dans un CHU [...] c'est des idées préconçues d'administratifs* »¹⁸⁵ précise le vice-président de la CME du CHU de Grenoble. Dans un entretien du 28 mai, il ajoute que « *les gens se requestionnent en permanence, ils se forment en permanence, il est impossible de rester sur un acquis ici [ndlr : au CHU de Grenoble]* »¹⁸⁶.

Cet avis est largement partagé par les professionnels de santé interrogés au CHU de Grenoble. « *Dans les hôpitaux, je ne crois pas que l'on soit les plus mal placés en ce qui concerne le maintien des compétences des agents. Parce que franchement, il est bien rare [...] que les gens n'aient pas fait de formation dans leur carrière, ou ne participent pas à tel groupe de travail, tel mouvement ou telle mise en place de procédures. Donc, c'est rare quand même qu'y ait pas un petit peu, une sensibilisation [ndlr : au maintien des compétences par la formation continue]* »¹⁸⁷ nous dit une cadre supérieure. « *On savait qu'il fallait faire de la formation continue depuis longtemps et on n'a pas attendu les politiques pour le faire* »¹⁸⁸ précise un chef de pôle.

« *Globalement, quand on fait partie d'un CHU, ça me paraît difficile de rester complètement ignare [...]. Aller signer des papiers et récupérer des points pour le DPC, j'avoue que moi, ça me paraît enfoncer des portes ouvertes [...]. Personnellement, je ne me sens pas du tout concerné par ce genre de chose. Ça me paraît complètement farfelu, tout au moins pour un CHU* »¹⁸⁹ s'insurge un chef de pôle du CHU de Grenoble. Ce professionnel reproche à l'obligation instaurée de ne pas tenir compte du travail quotidien effectué dans un établissement hospitalier : « *mais ce qu'on fait tous les matins, et que je fais depuis 25 ans, ça ne vaut rien* »¹⁹⁰ déplore-t-il. « *Qu'on vienne nous voir. Que quelqu'un de l'HAS ou de l'ARS vienne dans le service, qu'il passe une semaine dans le service, qu'il participe aux staffs tous les matins en disant " Ok, vous êtes dans les clous, vous avez un DPC qui fonctionne tous les jours "* »¹⁹¹. Dans son entretien du 2 juin 2014, il accuse également le programme de DPC d'être destiné à une petite minorité de professionnels de santé et d'exiger un effort énorme de la part de tous les autres acteurs de santé.

185 Extrait d'un entretien avec le vice-président de la CME du CHU de Grenoble, le 28 mai 2014.

186 Extrait d'un entretien avec le vice-président de la CME du CHU de Grenoble, le 28 mai 2014.

187 Extrait de l'entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

188 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 4 juin 2014.

189 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

190 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

191 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

Un excès de procédures inadapté au milieu hospitalier

Un cadre supérieur nous fait remarquer que ce sont les professionnels de santé qui sont chargés d'élaborer les programmes de DPC, soit pour répondre aux besoins de leurs pôles/équipes, soit pour formaliser et valoriser des protocoles déjà en place (CREX, staff, etc.). L'élaboration de ces programmes est exigeante pour ces professionnels « de terrain » qui ne sont pas coutumiers de ce type d'exercice. « *C'est un vrai travail d'écriture !* »¹⁹² précise-t-il. « *Il faut avoir les mots justes. Il faut pouvoir écrire des choses qui vont correspondre à la fois à l'attendu du national et à l'attendu du terrain* »¹⁹³ nous indique un autre cadre supérieur.

Les programmes de DPC ainsi enregistrés sont ensuite présentés à la commission DPC du CHU de Grenoble en vue de leur validation. Ces programmes validés doivent être réenregistrés chaque année.

Ces procédures sont jugées excessives par plusieurs des professionnels de santé interrogés. Selon Guy Le Boterf « *dans tous les métiers relationnels, l'excès de procédures et de mesures de précaution peut s'avérer dommageable. On ne peut éliminer l'imprévu en renforçant à l'extrême les contrôles* »¹⁹⁴.

Les tâches administratives nécessitées par l'instauration du DPC sont fortement mises en avant à plusieurs reprises. « *Qu'on arrête de nous faire faire de la paperasserie matin, midi et soir. Pendant qu'on fait de la paperasserie, on ne soigne pas. On est quand même là pour soigner les gens, pas pour faire de la paperasse* »¹⁹⁵ s'insurge un chef de pôle. « *C'est pas tellement ça notre métier* »¹⁹⁶ ajoute-t-il.

La complexité du dispositif

Un des reproches le plus couramment fait au DPC est la complexité de son dispositif et la rigidité de son cadre. « *On arrive toujours à faire des choses compliquées alors que l'on pourrait faire des choses plus souples et simplifiées* »¹⁹⁷ s'insurge un chef de pôle. Selon les propos d'un autre chef de

192 Extrait de l'entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014.

193 Extrait de l'entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 23 juin 2014.

194 Le Boterf G., *Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétences*, 5^e éd, Paris, Eyrolles, 2010, p 18

195 Extrait de l'entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014

196 Extrait de l'entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014

197 Extrait de l'entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 4 juin 2014.

pôle, « on a lancé ce qu'il est convenu d'appeler une "usine à gaz" »¹⁹⁸. Cette expression, utilisée spontanément dans les propos de trois des professionnels interrogés, renvoie à la complexité du dispositif et à un sentiment d'inutilité de cet outil supplémentaire.

Selon un cadre supérieur, la lenteur de la mise en place du dispositif DPC est en grande partie due aux inconvénients précités : « ce qui a pris le plus de temps, c'est de comprendre ce qui était attendu et comment on allait pouvoir avec nos organisations actuelles, écrire des programmes de DPC adaptés à nos besoins »¹⁹⁹ nous confie-t-il. « La limite est clairement dans l'organisation nationale du dispositif : c'est si complexe, et les outils si peu adaptés, que cela décourage tout le monde. Il serait très dommage que la forme étouffe le fond et l'idée première... »²⁰⁰ précise la cadre supérieure responsable de la mise en place du DPC au CHU de Grenoble.

En plus d'être complexe dans sa mise en œuvre, les professionnels de santé accusent le DPC d'être irréaliste face aux objectifs énoncés et trop théorique face à la réalité du terrain : « si l'enjeu est d'avoir une bonne note et d'être un bon élève aux yeux de l'ARS pour améliorer la dotation du service et son financement, le DPC rate complètement son objectif de départ [...]. Si c'est pour imposer des points purement administratifs avec des données scientifiques non-avisées mais qui plaisent à l'ARS, il n'y aura aucune modification des pratiques »²⁰¹ constate un chef de pôle. « C'est difficile de suivre par rapport à ce qui est demandé ! On n'arrive pas à suivre, il y a un décalage épouvantable ! »²⁰² nous confie une cadre supérieure en parlant de la divergence entre ce qui est mis en place, en pratique, et ce qui est décrit formellement au niveau institutionnel.

Les propos d'un autre chef de pôle du CHU de Grenoble sont plus virulents encore : « il y a des bureaucrates qui se croient toujours plus malins que les autres [...] mais qui sont très loin de la réalité du quotidien. Ils veulent imposer des choses qui sont impossibles à faire [...]. Ils ont mis la barre très haut »²⁰³.

« Le DPC est arrivé d'en haut et est difficile à mettre en place »²⁰⁴ constate le vice-président de la CME du CHU de Grenoble.

La cadre supérieure responsable de la mise en place du DPC au pôle « Formation Continue » nous précise qu'il est impossible de valider, *a posteriori*, une formation faite au cours de l'année

198 Extrait de l'entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 29 juillet 2014.

199 Extrait de l'entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 23 juin 2014.

200 Extrait de l'entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

201 Entretien d'un chef de pôle du CHU, le 5 juillet 2014.

202 Extrait de l'entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

203 Extrait de l'entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

204 Extrait de l'entretien avec le vice-président de la CME au CHU de Grenoble, le 28 mai 2014.

précédente. « *C'est un peu déroutant. C'est très rigide* »²⁰⁵ nous confie-t-elle. Elle nous donne l'exemple d'une des premières équipes du CHU de Grenoble à avoir mis en place un programme de DPC : « *ils ont fait tout un énorme travail de recherche en commun, d'analyse de leurs pratiques, de mise en place de procédures nouvelles, d'évaluations de procédures, tout ça en 2012 et ce n'est pas récupérables ! Ils étaient furieux et je les comprends* »²⁰⁶.

Le manque de ressources humaines et financières allouées

Une enquête réalisée sur le site internet de l'Ordre national des infirmiers²⁰⁷ en mars 2012 souligne que plus de la moitié des 21 000 praticiens interrogés lors de ce sondage, considèrent que le dispositif est difficile à respecter en raison du manque de personnel et de la charge de travail additionnelle nécessaire.

Ce constat se confirme dans l'analyse des entretiens menés auprès des chefs de pôles et des cadres supérieurs du CHU de Grenoble. La réponse quasi-systématique au questionnement sur les limites du DPC est le manque de moyens alloués au dispositif. « *Le DPC est une démarche intelligente qui allie analyse, évaluation et formation mais c'est utopiste dans le contexte socio-économique actuel car cela demande du temps et des moyens alors que les injonctions sont de réduire les effectifs* »²⁰⁸ constate un cadre supérieur du CHU de Grenoble.

Le manque de ressources humaines pour un déploiement complet et durable du DPC est fortement mis en avant. Selon les propos d'un cadre supérieur, « *le dispositif est impossible à mettre en place pour tous les agents par manque de personnel* »²⁰⁹. L'absence de personnel dédié exclusivement à la mise en place du DPC est aussi regrettée : « *ce qui manque pour que ça marche, c'est quelqu'un avec un apport méthodologique pour aider le cadre à lever la tête du guidon. Le cadre, au quotidien, il est phagocyté par le côté chronophage des plannings, la gestion de la continuité, de l'absentéisme, etc.* »²¹⁰ nous confie un cadre supérieur.

« *Pris au milieu du marasme des arrêts maladie, des transformations, des projets institutionnels, des mutations des unités, de tout ça...tout le monde ne sera pas formé : c'est pas possible. On formera un peu plus de personnes que sur de la formation habituelle, parce que ça touche un peu plus de personnes, parce que ce sont des choses qui sont formalisées en interne, dans les unités.*

205 Extrait de l'entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

206 Extrait de l'entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

207 Enquête « Les infirmiers alertent les pouvoirs publics et les candidats à la présidentielle sur la qualité et sa sécurité des soins ». 21 000 praticiens interrogés. Mars 2012. Disponible sur www.ordre-infirmiers.fr

208 Entretien d'un cadre supérieur du CHU de Grenoble, 12 juin 2014.

209 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 27 mai 2014.

210 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur du CHU de Grenoble, le 23 juin 2014.

Mais la limite, elle va être là »²¹¹ conclut un cadre supérieur. Lors de son entretien, la cadre supérieure responsable de la formation continue du CHU de Grenoble nous a fait part de son ressenti lors de sa campagne de communication autour du dispositif DPC : « je sentais bien déjà dans la présentation que ce n'était pas leur priorité le DPC, on est dans une phase de restriction de personnel, de réforme, de restructuration, il y a des unités qui ont été fermées, donc les gens ne sont pas du tout dedans, quand on vient leur parler de qualité et d'amélioration de leur pratique, c'est un peu compliqué, on le sent très bien »²¹².

Le manque de budget alloué à la mise en place du dispositif est abordé par un cadre supérieur interrogé qui souligne le coût des intervenants extérieurs pour les formations. Il précise qu'aucun budget n'est prévu pour pouvoir faire appel à des professionnels extérieurs au CHU de Grenoble. Il nous donne l'exemple d'un programme DPC sur la dynamique d'équipe qui n'a pas pu voir le jour faute de moyen de financement d'un professionnel psychiatre ou psychologue.

2.3.3 Les vices de conception et les dysfonctionnements du dispositif

D'après notre enquête menée sur le terrain, il est apparu à plusieurs reprises que la mise en œuvre du DPC au sein des établissements de santé est affectée par des vices de conception et des dysfonctionnements. Ces défauts touchent notamment les procédures d'inscription des professionnels, leur indemnisation financière ainsi que l'enregistrement et l'évaluation des organismes de formation.

Un rapport défavorable de l'IGAS

En réponse à des plaintes de professionnels relatives au retard d'indemnisation des frais liés à leur DPC, la Ministre de la Santé a demandé, par lettre de mission du 1er juillet 2013, un audit complet de l'Organisme Gestionnaire du PDC. Suite à cela l'Inspection Générale des Affaires Sociales

211 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur au CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014.

212 Extrait de l'entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

(IGAS) a édité, le mercredi 30 avril 2014, un rapport²¹³ de 120 pages sur la mise en place et le déploiement du DPC²¹⁴.

L'IGAS est le service interministériel de contrôle, d'audit et d'évaluation des politiques sociales. Elle a pour mission d'inspecter les services ou organismes publics ou privés bénéficiant de concours publics en renseignant sur l'existant ainsi qu'en conseillant et, éventuellement, suggérant des évolutions souhaitables.

Dans le rapport qu'ils ont remis à Mme Marisol Touraine, les trois auteurs, Bernard Deumie, Philippe Georges et Jean-Philippe Natali listent les déficiences et dysfonctionnements du DPC ainsi que sa gestion.

Des dysfonctionnements pointés du doigt

Le document édité par l'IGAS a mis en évidence des dysfonctionnements de différentes natures : des vices de conception du système de DPC ; de mauvais réglages organisationnels ; une gouvernance et une conduite de projet défectueuse et un budget sous-estimé.

Pour les auteurs, ces défauts prennent source dans la conception même du dispositif jugé trop complexe à mettre en œuvre.

Les vices de conception mentionnés relèvent du fait que l'obligation ne précise pas de volumes horaires et des contenus de formation explicites, qu'il y a un manque de sanction observé en cas de non-respect de l'obligation et enfin, que le budget dédié au dispositif semble manifestement insuffisant.

Sur ce dernier point, les inspecteurs de l'IGAS ont analysé le budget de l'OGDPC pour conclure que les 156 millions d'euros annuels sont largement insuffisants pour former la totalité des professionnels concernés. L'estimation de la somme nécessaire révèle un budget 4 fois supérieur à celui initialement prévu (soit un minimum de 565 millions d'euros). « *Les aléas budgétaires qui affectent la construction des budgets de l'OGDPC ne donnent aucune assurance qu'il sera possible de financer le coût d'un DPC généralisé à tous les effectifs de l'ensemble des professions* »²¹⁵

213 Rapport complet disponible à l'URL suivante : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article371>

214 Beumie B., Georges P., Natali J.P., Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, *Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé*, avril 2014, 123 p.

215 Beumie B., Georges P., Natali J.P., Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, *Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé*, avril 2014, p 3.

déclarent les auteurs du rapport. Il précisent plus loin que « *la loi édicte une obligation d'application immédiate pendant que, parallèlement, les pouvoirs publics ne dégagent pas les moyens de financer le respect par tous de l'obligation, comme s'ils ne croyaient pas à la force de l'obligation qu'ils ont instaurée* »²¹⁶. L'insuffisance de budget alloué au DPC est constatée, sur le terrain, par les professionnels interrogés au CHU de Grenoble. La cadre supérieure responsable de la formation continue du CHU de Grenoble constate une absence de participation des professionnels de santé libéraux aux formations proposées par le CHU de Grenoble en tant qu'ODPC et précise que ce manquement est défavorable au décroisement ville/hôpital : « *on avait commencé uniquement sur des programmes transversaux sur des thématiques nationales, qu'on avait mis en actions institutionnelles : prévention de la violence, le suicide, la douleur, etc. Donc, ça s'adressait à tous les professionnels de santé de tous les métiers. Et bien ça reste comme si on n'avait rien fait, parce que ça reste exclusivement à l'intérieur du CHU* »²¹⁷ déclare-t-elle.

Les auteurs dénoncent également le dysfonctionnement de l'Organisme Gestionnaire du DPC auquel ils reprochent, entre autres, le « *choix technique hasardeux d'un recours exclusif à l'informatique* » et des plateformes non fonctionnelles à l'absence totale d'ergonomie. De nombreuses plaintes ont, par exemple, été reçues de la part des médecins libéraux ayant tenté de s'inscrire sur le site²¹⁸ qui leur est dédié pour la gestion de leurs programmes DPC. Le manque d'utilisabilité des services en ligne est confirmé par la cadre supérieure responsable de la formation continue du CHU de Grenoble. Cette dernière nous a fait part des difficultés rencontrées pour enregistrer des programmes de DPC en tant qu'ODPC dues en partie au manque de cohérence de l'outil en ligne. Il est, par exemple, possible de n'entrer que deux des trois étapes obligatoires pour valider une action DPC. De la même façon, les orientations nationales proposées sur le site et qu'il faut sélectionner lorsque l'on enregistre une formation sont celles de 2013.

Par les mauvais réglages organisationnels, l'Inspection dénonce un manque de contrôle de l'OGDPC, notamment en ce qui concerne la procédure d'évaluation des organismes de formation (ODPC) par les Commissions Scientifiques Indépendantes : « *la procédure d'évaluation préalable des organismes par des commissions scientifiques indépendantes n'apporte pas toute garantie de*

216 Beumie B., Georges P., Natali J.P., Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, *Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé*, avril 2014, p 24.

217 Extrait de l'entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

218 <http://www.mondpc.fr>

qualité, et la procédure de contrôle a posteriori n'est pas encore mise en place»²¹⁹ note-t-elle. Les auteurs du rapport ont étudié les déclarations de conflit d'intérêt des membres des CSI et ont constaté que les liens avec des organismes de formation étaient fréquents et les déclarations parfois oubliées.

Sur le terrain, le responsable de l'ARS de la délégation Isère, interrogé le 26 mai 2014, nous confie ne pas avoir, à ce jour, mis en place de formation des agents administratifs pour la mission de contrôle des ODPC. A l'absence d'évaluation des ODPC s'ajoute l'absence de contrôle des formations proposées. En effet, le personnel apte à enregistrer les formations proposées par le CHU de Grenoble en tant qu'ODPC (qui sont la cadre supérieure responsable de la formation continue et le médecin vice-président de la CME), nous précise qu'il n'existe aucun contrôle des formations qui sont enregistrées sur la plateforme par les ODPC. Un organisme officiellement et administrativement reconnu comme ODPC enregistre les formations qu'il souhaite sur la plateforme de l'OGDPC sans qu'il y ait le moindre contrôle. « *Même l'OGDPC qui pilote le truc est très très en retard* »²²⁰ nous fait remarquer une cadre supérieure interrogée.

A ce manque de contrôle des organismes de formation s'ajoute l'absence de contrôle de la qualité des formateurs en charge d'assurer les actions de DPC. A la question « Comment sont formés les formateurs ? », le responsable de l'ARS de l'Isère, interrogé le 26 mai 2014, nous confie que rien n'est encore mis en place à ce jour et que c'est à l'organisme de formation de s'assurer de la compétence de ses formateurs. « *On se retrouve avec des thèmes inappropriés et des formateurs parfois pas au niveau pour assurer la formation. J'ai assisté à deux formations DPC où les confrères présents maîtrisaient mieux le thème de la formation que le formateur* »²²¹ nous précise un chef de pôle du CHU de Grenoble.

Parmi les vices de conception dénoncés, le rapport de l'IGAS relève l'absence de disposition précisant le contrôle de l'obligation de DPC et l'absence de sanction en cas de manquement.

A la question : « il y aura-t-il des décisions de sanction pour manquement à l'obligation de DPC ? », le responsable de l'ARS répond qu'il n'y aura aucune décision de sanction prise dans l'immédiat, « *on laisse aux gens le temps de se former* »²²² précise-t-il. Il décrit le processus d'intervention en quatre phases : une phase d'information, une phase d'incitation, une phase d'appui et une phase de

219 Beumie B., Georges P., Natali J.P., Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, *Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé*, avril 2014, p 3.

220 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

221 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU, le 5 juillet 2014.

222 Extrait d'un entretien avec un responsable de l'ARS délégation « Isère », le 26 mai 2014.

rappel à l'ordre. La phase d'appui correspond à des dispositifs d'aide et de conseils proposés aux professionnels qui seraient en difficulté pour mettre en œuvre leur programme de DPC. Selon lui, les sanctions concerneraient uniquement les professionnels qui, en plus de refuser la formation continue, ne se révéleraient plus aptes à maîtriser les techniques médicales actuelles. Elle consisterait en une interdiction temporaire d'exercer.

Sur le terrain, les professionnels de santé adoptent une attitude sceptique vis-à-vis de la menace de sanction mentionnée dans les textes de loi. « *C'est une injonction, il faut le faire, mais pour ma part, je suis honnête, je pense pas à la sanction derrière... de toute façon, ça me ferait pas plus avancer* »²²³ précise un cadre supérieur interrogé. « *Ça a un caractère un peu contraignant, mais, est-ce que ça va déboucher sur éventuellement des sanctions, ça on n'en sait rien du tout, ça paraît difficilement imaginable* »²²⁴ nous confie un chef de pôle. Les propos d'un autre chef de pôle sont plus ironiques : « *l'année 2014 devait être fondamentale et ceux qui n'auront pas satisfait leur obligation devaient avoir les foudres du ciel qui leur tomberont sur la tête ! ... Mais je crois que l'on n'en est pas là !* »²²⁵.

La première mesure prise par le Gouvernement en réponse au rapport remis par l'IGAS est la parution du décret n°2014-545 du 26 mai 2014, relatif aux procédures de contrôle de l'insuffisance professionnelle et aux règles de suspension temporaire des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues. Ce décret prévoit les sanctions encourues par les professionnels de santé et précise que les condamnations temporaires d'exercer seront décidées par les instances ordinales. Ce décret ne concerne pas les sanctions encourues par les soignants, pour lesquels une disposition sera prise pour le 1^{er} janvier 2015.

Dans le rapport, la cause de ces dysfonctionnements est mise à la charge du concepteur du dispositif qu'est l'Etat. Il lui est reproché d'intervenir au dernier moment et de le faire dans la précipitation, « *c'est ainsi que pour un dispositif prenant effet au 1er janvier 2012, six décrets sont datés du 30 décembre 2011 et cinq du 9 janvier 2012. Des arrêtés réglant des questions concrètes mais importantes ont été publiés ultérieurement, comme celui relatif à la grille d'évaluation des organismes qui n'est paru que le 26 juillet 2013* »²²⁶. Les auteurs du rapport soulignent que « *la*

223 Extrait d'un entretien avec un cadre supérieur au CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014.

224 Extrait de l'entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 29 juillet 2014.

225 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 2 juin 2014.

226 Beumie B., Georges P., Natali J.P., Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, *Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé*, avril 2014, p 24

responsabilité de l'OGDPC apparaît limitée ; c'est [une] pression excessive qui lui a fait prendre certaines positions rigides et commettre des maladresses de communication »²²⁷.

Même si le rapport précise que les principes de base du DPC sont « à sauvegarder », que l'OGDPC n'a qu'une « responsabilité limitée » et qu'il n'y a aucun « manquements graves » à déplorer, le bilan reste sévère et les auteurs du rapport pointent « une conduite de projet désastreuse » et « un pilotage confus ».

Les propositions d'adaptation du dispositif

L'IGAS formule alors, dans ce même rapport, quatre scénarii alternatifs à la réforme du dispositif DPC. Le premier de ces scénarii propose des adaptations minimalistes de la mesure actuelle et les trois autres des changements plus radicaux.

Le premier de ces scénarii consiste à conserver le système actuel en simplifiant les procédures administratives, en consolidant le financement et en instaurant des sanctions systématiques en cas de manquement. L'obligation annuelle de DPC deviendrait triennale, la gouvernance de l'OGDPC serait revue en profondeur et les capacités d'expertise des CSI seraient augmentées. Compte tenu des constatations actuelles, l'IGAS émet cependant une réserve quant à la faisabilité de ce scénario et précise que « *le nombre important de retouches à effectuer peut [...] conduire à s'interroger sur les simplifications plus radicales du système actuel* ».

Le deuxième scénario, pour lequel l'IGAS marque sa préférence, consiste à recentrer l'OGDPC sur le pilotage d'ensemble du DPC, la gestion de l'évaluation des organismes de formation et les collectes des financements. L'OGDPC serait responsable des programmes de DPC à vocation pluri-professionnelle et la gestion des formations propres à chaque profession serait alors assurée par leurs organismes gestionnaires spécifiques (ANFH, OPCA et FAF).

Dans le troisième scénario, plus radical, l'Etat se contenterait d'organiser un DPC uniquement centré sur la sécurité des soins. Ce scénario minimaliste « *pourrait constituer la première brique*

227 Beumie B., Georges P., Natali J.P., Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, *Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé*, avril 2014, p 2

d'un dispositif plus ambitieux qui aboutirait à la re-certification ».

La dernière des propositions de réforme faite par l'IGAS consiste tout simplement à supprimer l'OGDPC, les CSI et les financements publics, et à remettre en cause le caractère obligatoire du DPC qui deviendrait alors un choix déontologique.

Les dispositions d'adaptation du dispositif de DPC sont maintenant entre les mains du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, qui, sur la base du rapport de l'IGAS, devra se prononcer sur le devenir du DPC.

Les professionnels de santé se retrouvent donc actuellement dans l'attente d'une annonce du Gouvernement sur les modifications qu'il entend apporter au dispositif. Dans cette attente, les professionnels interrogés au CHU de Grenoble, nous ont spontanément fait part de leurs remarques concernant le devenir du DPC et de leurs propositions d'adaptation du dispositif.

Tous se rejoignent pour maintenir le dispositif en place mais suggèrent qu'on lui apporte de sérieuses modifications afin de maintenir et de pérenniser son déploiement.

La cadre supérieure responsable du DPC au pôle « Formation Continue » du CHU de Grenoble partage avec nous ces attentes concernant les dispositions à prendre suite au rapport transmis à Madame la Ministre. *« Maintenant on attend avec impatience que le rapport de l'IGAS fasse son effet et qu'il nous simplifie la vie sans tout supprimer. [...] Nous espérons que le dispositif sera simplifié car sinon je pense sérieusement qu'il ne sera pas viable longtemps. [...] On a dépensé beaucoup d'argent et d'énergie pour tout ça et surtout, je pense qu'il y avait une logique dans tout ça, dans le cadre de la loi HPST, après, il faudrait démonter tout l'aspect juridique du truc »*²²⁸ précise-t-elle.

La plupart des professionnels interrogés suggèrent de revenir sur le cadre rigide du dispositif de DPC et le caractère obligatoire de la mesure. *« Je pense que le cadre dans lequel on a pensé le DPC est trop rigide. [...] Il fallait penser à un système plus souple et surtout plus simple »*²²⁹ nous précise un chef de pôle. *« Que l'on valorise vraiment les choses qui sont déjà faites au sein des unités, qu'on les améliore, ça je trouve ça très bien. Mais le caractère obligatoire pour tout le monde, on n'y arrivera jamais : c'est être dupe de penser que c'est possible »*²³⁰ nous confie un cadre supérieur interrogé. Selon un chef de pôle : *« il faut rendre les choses attractives, il ne faut pas les rendre*

228 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

229 Extrait de l'entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 4 juin 2014.

230 Extrait d'un entretien d'un cadre supérieur au CHU de Grenoble, le 17 juillet 2014

obligatoires »²³¹.

La cadre supérieure de la formation continue soutient l'obligation triennale proposée par les inspecteurs de l'IGAS : « *je pense que l'idée de passer à tous les 3 ans au niveau de l'obligation, est plus que positive [...] Tous les ans c'est pas possible, c'est pas tenable, par personne. Même eux, quand tout le monde aura bien pris l'habitude, ils ne pourront pas suivre au niveau des forfaits* »²³².

Un chef de pôle interrogé au CHU de Grenoble le 2 juin 2014 souligne la complexité de la mise en œuvre du dispositif. Il propose que la formation continue des professionnels médicaux se limite à la participation à un certain nombre de congrès pour lesquels seraient attribués respectivement des points dont un minimum satisferait l'obligation. Il souligne le succès de ce dispositif déjà en place au niveau Européen.

D'autres propositions suggèrent de redistribuer les prises de décision et les pouvoirs en place actuellement. Selon le vice-président de la CME du CHU de Grenoble, il aurait fallu se concentrer sur l'accréditation des organismes de formation. L'organisme ainsi accrédité aurait alors la liberté de choisir ses formateurs et le contenu des formations qu'il propose. Un chef de pôle interrogé suggère de donner la gestion et le contrôle des formations des professionnels médicaux aux sociétés savantes : « *il aurait fallu donner de l'argent aux sociétés savantes pour qu'elles incitent leurs "administrés" à se former régulièrement. La comptabilité est plus simple. On est tous affilié à une société savante. C'est aussi le meilleur moyen d'avoir le même discours pour les libéraux et pour les professionnels du public* »²³³. Selon lui, les sociétés savantes possèdent plusieurs avantages pour organiser la gestion d'un tel dispositif. Le premier étant de toucher tous les professionnels médicaux sans exception (puisque tout professionnel travaillant dans le domaine médical est affilié à une société savante), aussi bien les professionnels travaillant sous un statut libéral que les professionnels salariés, le deuxième étant d'être au plus près des besoins des professionnels liés à une spécialité.

Ce rapport de l'IGAS, à charge a été largement diffusé, il a impacté l'image du DPC auprès des professionnels de santé. Même si le dispositif DPC reste peu déployé et qu'il y a une méconnaissance générale de son fonctionnement, les onze professionnels interrogés avaient connaissance des conclusions du rapport de l'IGAS et quatre l'ont spontanément mentionné pour appuyer leurs critiques.

231 Extrait de l'entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 4 juin 2014.

232 Extrait d'un entretien avec une cadre supérieure du CHU de Grenoble, le 6 juin 2014.

233 Extrait de l'entretien avec un chef de pôle du CHU de Grenoble, le 4 juin 2014.

Conclusion de la partie 2

Au terme de cette seconde partie, nous pouvons dire que la mise en œuvre de l'article 59 de la loi HPST, relatif au dispositif de Développement Professionnel Continu des professionnels de santé, reste très partielle. Des entretiens réalisés au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble ont révélé que les campagnes de diffusion des informations autour de la réforme datant du 21 juillet 2009 est, encore aujourd'hui, insuffisante pour permettre aux agents hospitaliers de s'approprier le DPC. Nous avons eu l'occasion de souligner des différences d'appréhension notables entre le corps paramédical, qui engage les moyens nécessaires pour satisfaire l'obligation, et le corps médical qui exprime une méfiance et un scepticisme envers la nouvelle mesure législative.

Comme nous l'avons constaté lors de l'analyse de nos entretiens, la mesure de DPC a de nombreux enjeux : elle encourage une systématisation du maintien des connaissances et des actions d'évaluation des pratiques des professionnels de santé, elle participe à la valorisation des pratiques déjà mises en œuvre en milieu hospitalier et elle favorise le décloisonnement entre les corps médicaux et paramédicaux, entre les praticiens de ville et hospitaliers et également entre les acteurs de santé d'une même unité. L'analyse de l'implémentation du DPC au sein du CHU de Grenoble a toutefois révélé des facteurs négatifs. Ils sont liés, entre autres, à la résistances des professionnels face au changement de politique, au manque de ressources allouées au déploiement de la mesure et aux défauts de conception et de gestion du dispositif. Le principal reproche fait à l'obligation de DPC par les agents du CHU de Grenoble est son inadéquation à la réalité du terrain et son manque de pertinence pour les professionnels salariés hospitaliers. Les constatations faites par les professionnels de santé sont confirmées par un rapport publié en avril 2014 par l'Inspection Générale des Affaires Sociales qui souligne les vices de conception et les dysfonctionnements du dispositif. Les différentes propositions faites pour aménager la réforme sont maintenant laissées à l'arbitrage du Gouvernement.

Conclusion et discussion

La maîtrise du budget alloué aux dépenses de santé est aujourd'hui une préoccupation gouvernementale prioritaire. En France, le gouvernement réagit à l'augmentation des dépenses de santé et le déficit croissant de l'Assurance-Maladie par des mesures pour réformer le système de santé et maîtriser les dépenses relatives aux soins. Les lois promulguées portent, pour la grande majorité d'entre elles, sur le financement de la Sécurité Sociale, sur la gouvernance hospitalière ou encore sur l'organisation de la politique de santé. Dans la dernière réforme en date, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 (dite loi HPST), l'Etat a fait le choix de modifier la formation continue des professionnels de santé. Depuis toujours, la formation médicale continue constituait une obligation déontologique pour les médecins afin d'assurer la qualité des soins qu'ils dispensent à leurs patients et une meilleure gestion du risque lié à leur pratique. C'est aussi et surtout une opportunité pour tout professionnel de santé d'échanger entre confrères et de développer son activité, par l'application de nouvelles compétences ou de nouvelles techniques. A ce jour, la formation continue devient une obligation légale pour l'ensemble des professionnels de santé pour qui elle constitue un devoir personnel pour rester, face à l'évolution du progrès médical et des avancées de la recherche, au fait des évolutions techniques et thérapeutiques dans l'objectif d'améliorer en permanence la qualité des soins dispensés aux patients.

Cette obligation est édictée par l'article 59 de la loi HPST qui définit le devoir de Développement Professionnel Continu (DPC). Cette nouvelle mesure a fait repenser la formation continue dans sa globalité : elle est devenue obligatoire et unique pour tous les professionnels de santé. Comme toutes les réformes, celle relative au DPC est tournée vers la performance, la qualité de l'activité et la lutte contre les surcoûts. Les professionnels de santé sont donc appelés à s'engager dans des démarches qui visent à améliorer l'efficacité et la qualité de la prise en charge globale des patients. L'objectif de cette nouvelle politique est de maintenir un niveau de qualification actualisé et homogène et d'encadrer la pratique des professionnels de santé. Dans ce travail, nous avons étudié comment, sur le terrain, ces obligations sont mises en place dans un contexte de pénurie de personnels et de réduction des dépenses globales de santé.

Le déploiement du dispositif de DPC au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire

L'étude présentée dans ce rapport repose sur l'analyse d'entretiens réalisés auprès de professionnels de santé responsables de la mise en œuvre organisationnelle de cette réforme au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble en Rhône-Alpes. Cette analyse nous a permis d'étudier le déploiement de la nouvelle mesure dans un établissement de santé et l'impact du dispositif sur la pratique des professionnels de santé. Nous avons observé un réel écart entre la décision politique du DPC et l'appropriation de cet outil par les acteurs de santé.

Au sein des différents services du CHU de Grenoble, la mise en œuvre de ce dispositif n'a pas encore abouti par suite du lent démarrage de la procédure de diffusion des informations relatives à la nouvelle obligation. En effet, l'enquête réalisée sur le terrain a fait émerger un réel problème de communication autour de ce sujet. Les agents sont peu ou mal informés de la mesure instaurée depuis 4 ans. La difficulté de la mise en œuvre de la réforme relève également de la complexité même du dispositif et du retard de parution des décrets d'application de la loi. Le personnel responsable du déploiement du dispositif et de la campagne de diffusion des informations se retrouve lui-même confronté à de nombreuses questions en suspens portant sur les modalités de mise en œuvre.

A ce manque d'information s'ajoute le manque d'enthousiasme des professionnels de santé. L'apparition d'une obligation de DPC s'est faite, pour certains professionnels, dans la plus grande indifférence. Le changement organisationnel au sein des unités de soins est faible et les démarches collectives quasi absentes. Les professionnels rencontrés se sont montrés heureux d'échanger avec moi sur le sujet du DPC. Même si la plupart des individus interrogés ont exprimé une réticence manifeste envers le dispositif, tous ne le rejettent pas de manière définitive, ils se sont montrés prêts à réfléchir sur la façon de s'y engager.

Aujourd'hui, la nouvelle politique en place se révèle peu soutenue par la Commission Médicale d'Etablissement pourtant garante de la qualité et de la formation de ses agents. Lors de son interview, le vice-président de la CME m'a confié avoir trouvé dans notre échange l'impulsion qui lui manquait pour s'investir réellement dans la mise en œuvre du DPC.

Les résistances sont surtout manifestées par les médecins qui se montrent sceptiques sur l'avenir et la viabilité de la mesure. Ils se positionnent passivement dans l'attente d'une réforme ou d'une proposition d'adaptation du dispositif. Certains nous ont exprimé le souhait d'un abandon pur et

simple du DPC. Le nouveau dispositif gouvernemental créé pour favoriser la qualité des soins et la gestion des risques hospitaliers est donc perçu par une grande partie des praticiens comme contraignant et inapproprié au terrain. Au vu de ce manque de reconnaissance et d'appropriation du dispositif de DPC, il est légitime de se demander si le fait d'obliger un agent à se former peut lui être bénéfique. Un réel travail d'émulation et d'incitation auprès des professionnels au sein des établissements de santé serait à faire, en amont, pour améliorer le déploiement du DPC dans ce cadre.

Les limites du DPC

Au regard des entretiens réalisés au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, nous constatons que la mise en œuvre de cette décision politique est difficile. Nous remarquons un écart entre les besoins des professionnels de santé et les intentions politiques des décideurs. Les facteurs de l'échec du déploiement du DPC sont d'une part individuels (résistance des professionnels) et d'autre part institutionnels (manque de moyens et dysfonctionnement du dispositif).

A l'échelle individuelle, les praticiens ressentent l'obligation comme une contrainte et la réforme comme une volonté de la part des pouvoirs publics de contrôler leurs pratiques. Le système de DPC a été sujet à de nombreuses polémiques et a rencontré de vives oppositions. Les avis sur ce nouveau dispositif sont divergents : si pour certains, la mesure est une solution à l'isolement et à l'évolution technologique, pour d'autres, elle ne répond pas aux attentes des praticiens et constitue une obligation difficile à respecter dans le cadre d'un service hospitalier. Les organisations de travail telles que les institutions hospitalières, sont des structures complexes qui ne permettent pas d'appliquer rapidement et efficacement les mesures législatives prises par le gouvernement. En quelque sorte, le système de santé représente pour la société française le modèle d'organisation bureaucratique des organisations publiques, au sens Weberien du terme. Reprenant cette théorie, Philippe Bernoux, dans son ouvrage *la sociologie des organisations*²³⁴, définit le modèle bureaucratique comme obsolète du fait de sa lourdeur de fonctionnement et de son caractère rigide. Basée sur une définition stricte des postes de travail, sur une hiérarchie contraignante et sur un respect rigoureux des règles, cette bureaucratie n'est pas suffisamment adaptable au contexte dans lequel elle évolue. Annie Bartoli complète en précisant que « *les unités publiques, sous les pressions de l'environnement économique et social, [doivent] moderniser leur fonctionnement et*

234 BERNOUX Ph., *La sociologie des organisations*, 6^{ème} éd, [s.l.], Seuil, 2009, 466 p.

développer des formes organisationnelles supposées être plus souples que les configurations administratives d'antan ».²³⁵ L'approche *top-down* qui consiste, pour les pouvoirs publics, à faire des choix supposés assez clairs et rationnels pour être appliqués sur le terrain montre ses faiblesses et ses limites. Plusieurs cadres supérieurs de santé ont souligné l'importance de partir des besoins des professionnels sur le terrain pour objectiver les demandes des acteurs de santé : c'est une approche qualifiée de *bottom-up*. Cependant, ces deux approches ne sont pas fondamentalement opposées : « d'une certaine façon [...] ces perspectives sont plus complémentaires que antagonistes. Les approches *top-down* sont utiles quand il y a une seule décision à analyser et quand les objectifs de cette décision sont clairs. Les approches *bottom-up* sont plus adaptées quand il s'agit de regarder l'action des metteurs en œuvre sans qu'il n'existe de programme dominant »²³⁶. Ce constat « d'échec » de la mise en œuvre des politiques *top-down* a fait l'objet d'études qui montrent que « la multiplicité et la constante des écarts entre les programmes d'action publique et les pratiques qu'ils suscitent sont des constats récurrents. Mais ils sont en général appréhendés en termes d'anomalies, de passivité des acteurs publics, voire de résistance »²³⁷.

Un rapport de l'IGAS ayant pour objectif d'évaluer l'actuel dispositif de DPC a été publié le 30 avril 2014, sur la base d'une évaluation faite seulement un an après le décret organisant l'application des mesures relatives au DPC. Les conclusions dressées par ce rapport largement diffusé, desservent la popularité et la fiabilité du dispositif. Un grand nombre de défenseurs du DPC jugent, *a posteriori*, ce rapport prématuré et le délai fixé bien trop court pour permettre une mise en œuvre durable et solide du dispositif, tant au niveau national que régional.

Hypothèse 1 : Le DPC comme outil pour améliorer la qualité et la sécurité des soins

Le DPC est un outil de plus dans la continuité des politiques de modernisation de l'hôpital. Les pouvoirs publics cherchent à faire des économies tout en augmentant la performance des établissements de santé. En théorie, de par la nature de sa conception même, le DPC devrait permettre de participer à la réduction des dépenses de santé par une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Nous pouvons ainsi espérer une meilleure maîtrise financière au profit des établissements de santé et donc de l'Assurance Maladie et de l'Etat. Le DPC vise une meilleure maîtrise des technologies et une homogénéisation des pratiques professionnelles. A la question « Le

235 BARTOLI A. *Management dans les organisations publiques*, 3e éd, Paris, Dunod, 2009, p 225

236 Kubler D., De Maillard J.; *Analyser les politiques publiques*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2009, p 80

237 Lascoumes P., Le Galès P., *Sociologie de l'action publique*, 2^{ème} éd, Paris, Armand Colin, 2012, p 29

DPC peut-il apporter une modification dans les pratiques professionnelles ? », six professionnels de santé interrogés sur onze répondent affirmativement. Mais tel qu'il est mis en place dans les établissements de santé à l'heure actuelle, le DPC a-t-il vocation à augmenter la performance individuelle des professionnels ? la performance de l'institution ?

En théorie, la mise en place du DPC devrait engendrer une augmentation de la performance des professionnels et des institutions de santé mais il est difficile de le constater aujourd'hui car le déploiement du DPC au sein des établissements reste très limité.

Hypothèse 2 : le DPC comme outil favorisant le décloisonnement professionnel et le travail de collaboration

Le travail de collaboration fait partie inhérente des objectifs fixés par les pouvoirs publics lors de la création du DPC. La mise en place du dispositif devrait permettre d'uniformiser des pratiques en brisant le cloisonnement interprofessionnel à l'intérieur même d'un établissement de santé, le cloisonnement entre les praticiens de ville et ceux travaillant dans des structures hospitalières ainsi que celui existant entre le personnel médical et le personnel paramédical.

Même si les décloisonnements espérés par l'Etat sont difficiles à imaginer aujourd'hui, l'analyse des entretiens menés au CHU de Grenoble n'a pas révélé de résistance particulière en faveur du décloisonnement. Le DPC est un dispositif récent qui met en jeu des organisations complexes. Il nécessite du temps pour son implémentation et seul son déploiement complet nous permettra de juger de son effet sur le décloisonnement professionnel.

Discussion et propositions de réforme de la mesure relative au dispositif de DPC

Les limites du DPC, mises en évidence par l'analyse de nos entretiens et par le rapport de l'IGAS, jouent donc en défaveur d'une implémentation rapide et efficace du dispositif. Cette conclusion nous invite donc à discuter de recommandations et à proposer des pistes d'amélioration afin d'adapter le dispositif pour une meilleure mise en oeuvre.

Il est apparu très clairement lors des entretiens que le dispositif de DPC est perçu comme une mesure très contraignante et superflue dans une structure hospitalière universitaire telle que le CHU de Grenoble. Cette contrainte, en premier lieu, de par les moyens qu'elle nécessite (création de programmes de DPC adaptés, remplacement des agents en formation, organisation des actions, etc.) et en deuxième lieu de par la redondance des actions demandées avec la pratique quotidienne des

agents hospitaliers (RMM, CREX, etc.) est jugée excessive par les acteurs de santé. Ce constat reste toutefois propre aux structures hospitalières ayant une activité universitaire et donc une pratique quotidienne basée sur la transmission des savoirs et savoir-faire, avec une collaboration et la validation par ses pairs. Cette confrontation inévitable de son propre mode de fonctionnement avec une vision extérieure n'est pas toujours possible lorsque le praticien travaille sous un statut libéral ou privé. Une piste pour améliorer le déploiement du dispositif serait de l'adapter en revenant sur le caractère obligatoire de la mesure dans les Centres Hospitaliers Universitaires et de maintenir l'obligation pour les professionnels travaillant avec un statut libéral ainsi que dans les structures de santé à vocation non universitaire. Ces professionnels se verraient donner l'occasion d'échanger sur leurs pratiques à propos d'une prise en charge précise et de prendre du recul sur leur travail quotidien. Les agents hospitaliers, quant à eux, se verraient proposer une participation volontaire au dispositif et cette mesure pourrait lever une partie des résistances individuelles exprimées. Pour les médecins, la validation s'effectuerait par la participation effective à des congrès, à la réalisation de travaux de recherche, à la rédaction d'ouvrages ou d'articles, ou la lecture de publications médicales ainsi qu'à la participation à des EPP, CREX et RMM. Le médecin pourrait également enseigner au niveau universitaire. Pour les soignants, la validation s'effectuerait en pôle, notamment par la tenue d'une analyse des pratiques professionnelles une fois par trimestre, afin de partager leurs manières d'exercer à l'intérieur des différents services d'un même pôle. Cela permettrait d'uniformiser les pratiques d'un même pôle et d'augmenter la mobilité des agents. Des ateliers pluridisciplinaires faisant intervenir plusieurs catégories médicales et paramédicales pourraient être encouragés pour favoriser le décloisonnement et apprendre à promouvoir le travail collaboratif.

Le deuxième vice dont souffre le DPC est son manque de popularité. La promotion de ses enjeux institutionnels et professionnels à titre individuel serait favorable à son bon déploiement. Le DPC est insuffisamment connu et souffre de son manque de mise en lumière pour être correctement appliqué. Il est impératif de résoudre ce problème et de communiquer sur son existence, son principe et sa nécessité. Les cadres supérieurs pourraient être les ambassadeurs du DPC. Ils seraient le principal interlocuteur des soignants dans leur DPC, en assureraient la promotion, l'orientation et l'organisation dans le cadre de la formation de chacun. Chaque pôle désignerait deux à trois cadres de santé de proximité référents « DPC » pour valoriser le travail existant dans le pôle. La promotion du DPC pourrait se faire par l'édition d'un poster afin d'exposer clairement dans chaque service le principe du DPC et la mise en place spécifique dans l'unité de soins.

Limites du travail présenté dans le mémoire

Il existe, à ce jour, peu de résultats permettant de confirmer que le DPC puisse changer les pratiques des professionnels de santé et améliorer la prise en charge des patients. Il est ainsi difficile aujourd'hui, de dresser un bilan sur l'efficacité du dispositif à partir du travail présenté dans ce mémoire. Les limites de ce dernier sont inhérentes au sujet traité, aux choix d'approche et aux contraintes auxquelles j'ai été confrontées. L'étude d'un sujet récent comme le DPC se révèle plus complexe qu'un sujet déjà ancien pour lequel on dispose de données qualitatives et quantitatives. Par ailleurs, l'absence de recul pour l'analyse, le nombre d'entretiens, qui a été restreint par le temps imparti ainsi que par le manque de disponibilité des professionnels de santé peuvent représenter un biais méthodologique. De la même façon, le site d'étude choisi (le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble) ne permet pas de généraliser l'implémentation du DPC pour tous les professionnels de santé salariés. L'étude permet cependant d'obtenir un premier aperçu de l'appropriation de cet outil de formation.

Impact personnel en tant que cadre de santé

En tant que cadre de santé, la réalisation de ce travail m'a permis d'acquérir une expertise dans la connaissance du dispositif DPC. A mon sens, le cadre référent d'un pôle connaît le principe et les rouages du dispositif de développement professionnel continu. Cela lui permet de répondre aux questions du personnel paramédical sur l'intérêt d'une formation complémentaire et les modalités de sa réalisation. Mieux connaître ce dispositif me permettra d'informer les agents souhaitant ou ayant besoin de se former, de manière plus adaptée à leurs attentes. Il m'apparaît important qu'un entretien annuel de formation soit réalisé auprès des professionnels, afin de relever les compétences de chacun et d'autre part de souligner les lacunes pour optimiser les demandes de formation vers des actions de DPC. Le DPC est un principe essentiel de formation continue qui contribue à une mise à jour de la pratique et des connaissances des agents afin de proposer aux patients les prises en charge les plus adéquates, les plus homogènes et les plus pertinentes.

Et si la qualité et la sécurité des soins ne reposaient pas forcément sur la formation continue ?

Le lien entre qualité des soins et formation continue n'ayant pas été clairement mis en évidence dans ce travail, et antérieurement dans la littérature, une réflexion légitime serait de se questionner sur les

autres facteurs pouvant influencer sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients.

Une enquête réalisée en mars 2012, tente de répondre à cette question en questionnant 21000 praticiens sur les facteurs jouant en défaveur de la qualité de leur performances²³⁸. Selon les résultats de cette étude, 51 % des infirmiers salariés du public, 41 % des infirmiers salariés du privé et 18 % des libéraux, ainsi que 43 % des cadres de santé et 40 % des directeurs de soins estiment ne pas pouvoir assurer une qualité de soins optimale à leur patient à cause de leurs conditions d'exercice jugées défavorables (horaires de travail, rémunérations etc...).

A l'heure de la mise en place du programme complexe et coûteux du DPC, dont la vocation majeure est l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, n'y aurait-il pas des mesures élémentaires et prioritaires à appliquer pour améliorer significativement la prise en charge faite par les praticiens ?

238 Enquête « Les infirmiers alertent les pouvoirs publics et les candidats à la présidentielle sur la qualité et sa sécurité des soins ». 21 000 praticiens interrogés. Mars 2012. Disponible sur www.ordre-infirmiers.fr

Table des matières

Liste des sigles et acronymes.....	6
Introduction.....	8
1.De la formation continue au Développement Professionnel Continu.....	19
1.1 La qualité des soins et la gestion du risque médical en milieu hospitalier.....	19
1.1.1 La qualité des soins	19
1.1.2 La gestion du risque médical.....	23
1.1.3 L'évaluation des établissements de santé.....	27
1.2 La formation continue des professionnels de santé.....	30
1.2.1 L'accès à la formation continue pour les professionnels de santé.....	30
1.2.2 La Formation Médicale Continue (FMC).....	34
1.2.3 Le dispositif d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).....	35
1.3 L'instauration d'un devoir de Développement Professionnel Continu (DPC).....	36
1.3.1 L'émergence du DPC	37
1.3.2 Les organismes et institutions en lien avec le DPC.....	39
1.3.3 Les caractéristiques du DPC.....	42
2 . Le DPC comme outil d'amélioration de la qualité des soins en milieu hospitalier.....	46
2.1 Le déploiement du DPC au sein d'un CHU.....	46
2.1.1 Présentation de la gouvernance hospitalière.....	47
L'implantation du CHU de Grenoble.....	48
La gouvernance et l'organisation d'un CHU.....	48
Le financement et la gestion d'un CHU.....	49
2.1.2 Mise en place et communication autour du dispositif DPC.....	50
La mise en place du DPC.....	51
La diffusion des informations relatives au DPC.....	54
2.1.3 Appropriation du dispositif par les professionnels de santé.....	56
La mise en place des programmes de DPC.....	57
L'appropriation du dispositif par les agents.....	58
Le scepticisme des agents.....	59
Des adaptations du dispositif pour un meilleur déploiement.....	60
Les différences d'approches entre corps médical et corps paramédical.....	61
2.2 Le DPC comme outil pour améliorer la qualité des soins.....	62

2.2.1 Vers une systématisation du maintien des connaissances et l'évaluation des pratiques professionnelles.....	62
Des professionnels au cœur de l'évolution technologique.....	62
Un besoin de formation continue encore peu reconnu.....	63
Pour une systématisation du maintien des compétences.....	64
Pour une meilleure maîtrise des dépenses de santé et une diminution des risques.....	67
2.2.2 Vers la valorisation des pratiques déjà mises en œuvre en milieu hospitalier.....	68
La pratique quotidienne des professionnels hospitaliers.....	68
La valorisation de pratiques existantes.....	71
La création de programmes DPC basés sur l'existant.....	72
2.2.3 Vers une approche décloisonnée de la santé.....	73
Le décloisonnement : une priorité nationale.....	74
Le DPC comme vecteur de décloisonnement.....	75
La coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux.....	76
La coopération entre praticiens de ville et praticiens hospitaliers.....	77
La coopération interprofessionnelle et interdisciplinaire.....	78
2.3 Les limites du DPC.....	78
2.3.1 Une résistance face au changement et à l'évaluation des pratiques.....	79
La notion de changement dans les politiques publiques de santé.....	79
La résistance des professionnels de santé face au changement.....	80
L'obligation de DPC vue comme un dispositif de contrôle.....	82
La présence d'une rivalité entre les établissements de santé et les universités.....	83
2.3.2 Un projet inapproprié à la réalité du terrain.....	83
Un dispositif de formation et d'évaluation jugé inutile par les praticiens d'un CHU.....	83
Un excès de procédures inadapté au milieu hospitalier.....	85
La complexité du dispositif.....	85
Le manque de ressources humaines et financières allouées.....	87
2.3.3 Les vices de conception et les dysfonctionnements du dispositif.....	88
Un rapport défavorable de l'IGAS.....	88
Des dysfonctionnements pointés du doigt.....	89
Les propositions d'adaptation du dispositif.....	93
Conclusion et discussion.....	98
Bibliographie.....	107
Annexes.....	116

Bibliographie

Ouvrages

BARTOLI A., *Management dans les organisations publiques*, 3^{ème} éd, Paris, Dunod, 2009. 405 p.

BEITONE A., DOLLO Ch., GERVASONI J., RODRIGUES Ch., *Sciences sociales*, 7^{ème} éd, Paris, Dalloz, 2012, 582 p.

BERNOUX Ph., *La sociologie des organisations*, 6^{ème} éd, [s.l.], Seuil, 2009, 466 p.

BOUSSAGET L., JACQUOT S., RAVINET P., *Dictionnaire des politiques publiques*, 3^{ème} éd, Paris, Sciences Po, 2010, 771 p.

CATTEAU D. *La LOLF et la modernisation de la gestion publique : La performance, fondement d'un droit public financier rénové*, [s.l.], Dalloz-Sirey, 2007. 556 p.

CHAMPY F., *La sociologie des professions*, 2^{ème} éd, Paris, PUF, 2012, 258 p.

CLEMENT J-M., *La nouvelle loi Hôpital Patients Santé Territoires : analyse, critique et perspectives*, Bordeaux, Edition Les Etudes Hospitalières, 2009, 131 p.

DICTIONNAIRE, *Le Petit Larousse*, Paris, édition Larousse, 2011, 1811 p.

DONABEDIAN A., *The definition of quality and approach to its management*, Ann Arbor, Health Adm. Press, 1980.

DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., PAIRE Ch., *Droit hospitalier : cours M2*, [s.l.], 8^{ème} éd, Dalloz, 2011, 974 p.

HART J., LUCAS S. *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*, [s.l.], Lamarre,

2002. 180 p.

KUBLER D., De MAILLARD J., *Analyser les politiques publiques*, Grenoble, PUG, 2009, 221 p.

LASCOUMES P., Le GALES P., *Sociologie de l'action publique*, 2^{ème} éd, Paris, Armand Colin, 2012, 127 p.

LE BOTERF G., *Construire les compétences individuelles et collectives : Agir et réussir avec compétence*, 5^{ème} éd, Paris, Eyrolles, 2010, 285 p.

MAILLARD Ch., *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Paris, Bordas, 1986, 200 p.

MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'organisation, 1982, 440 p.

MULLER P., *Les politiques publiques*, 9^{ème} éd, Paris, PUF, 2011, 122 p.

PALIER B., *La réforme des systèmes de santé*, 6^{ème} éd, Paris, Presse Universitaire de France, 2012, 128 p.

PALIER B., *Gouverner la sécurité sociale*, 2^{ème} éd, Paris, PUF, 2005, 502 p.

STINGRE D., *Le service public hospitalier*, 4^{ème} éd, Paris, PUF, 2010, 126 p.

RAYSSIGUIERY., JEGU J., LAFORCADE M., *Politiques sociales et de santé : comprendre et agir*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2012, 671p.

WATZLAWICK P., *Le langage du changement*, Paris, éd du Seuil, 1980, 177 p.

Rapports

Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 - Pour un système de santé plus performant*, Genève, 2000.

Bras P., Duhamel G., Inspection Générale des Affaires Sociales. *Rapport sur la Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*, décembre 2008, 58 p.

Bocquet P.-Y., Peltier M., Inspection Générale des Affaires Sociales. *Mission sur la gestion du risque*, décembre 2010, 163 p.

Rapport d'activité 2010, *FPC 2006 des médecins libéraux : Formation Professionnelle Conventionnelle*, Fontenay sous-bois, OGC, 2011, 63 p.

Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM*, 22 mars 2012, 123 p.

Rapport Cordier, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé*, 19 Recommandations du comité des « sages », publié le 21 juin 2013, 108 p.

Haute Autorité de Santé, *Projet stratégique 2013-2016, Contribuer à la régulation par la qualité et l'efficience*, synthèse, Septembre 2013, 62 p.

Haute Autorité de Santé, *Réguler le système de santé par la qualité et l'efficience : le projet stratégique 2013-2016*. Dossier de Presse. Paris, Conférence de Presse le 25 septembre 2013, 12 p.

Discours

Discours de Mme Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, le 22 avril 2014, Discours disponible sur <http://www.lesechos.fr/24/04/2014/lesechos.fr/020346> consulté le 10 mai 2014.

Thèses et mémoires de master

KAHL Sarah, *Concilier qualité des soins et efficience à l'hôpital : un travail d'articulation pour le cadre d'aujourd'hui*, IFCS Grenoble, juin 2010, 65 p.

MATHIEU Marine, *La certification et les établissements de santé : entre résistance et appropriation*, IEP Grenoble, juillet 2014, 108 p.

NOEL Guillaume, *L'évolution des modalités de financement du système de santé français*, IEP Grenoble, juin 2012, 122 p.

REVIL Héléna, *Le « non-recours » à la Couverture maladie universelle. Emergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel*, 16 janvier 2014, Science Politique mention Politiques Publiques, 613 p.

THEVENEAU Laurent, *Performance hospitalière et culture soignante : réflexion autour de l'évolution du système sanitaire français*, juin 2012, IFCS Grenoble, 82 p.

Articles de revues

Haut Conseil de la Santé Publique, « définition de la qualité », in *Revue Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 35, juin 2011, p 24

Horsley T., Grimshaw J., Campbel C., « Maintaining the competence of Europe's workforce », in *British Medical Journal* [en ligne], septembre 2010, <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4687> consulté le 10 août 2014

Tamerlo F., Maharani K., « l'objectif national de dépenses de santé d'assurance maladie » in *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2851, 14 mars 2014, pp. 56-63

François P., « Revues de mortalité et de morbidité : une méthode d'amélioration des pratiques professionnelles », in *Revue générale, risques et qualité*, Vol. II, n°3, 2005, pp. 139-144

François P. *et al*, « Le comité de retour d'expérience (CREX) : une méthode pour l'amélioration de

la sécurité des soins », in *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 61, n° 2, 2013, pp. 155-161

Gonnet F., « Les relations de travail, entre la complexité et la sécurité, l'hôpital à vif, L'état des lieux », in *Séries mutations*, n°199, p 141

Warnet S., « Le DPC, un dispositif bien accueilli mais difficile à appliquer » Editorial, in *Revue Soins Cadres*, juin 2012, p 1.

Barsky E., « Le programme national pour la sécurité des patients 2013-2017 », in *Revue Soins Cadres*, n°86, mai 2013

La gestion des établissements de santé « les personnels des établissements de santé publics de santé », p 476

IRDES, « Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A », in *Revue Questions d'économie de la santé*, n° 186, avril 2013

Cours d'enseignement supérieur

Dubois P., *Approches économiques du fonctionnement hospitalier*, Institut d'Études Politiques de Grenoble, le 13 janvier 2014

François P., *Gestion de la qualité en santé*, Institut de Formation des Cadres de Santé de Grenoble, le 14 novembre 2012

Angelé-Halgand N., *Outils de gestion hospitalière et pilotage de la performance*, Institut d'Études Politiques de Grenoble, le 13 mars 2014

Hubert J., (DG) CHU de Grenoble, *Le mode de gouvernance du CHU de Grenoble*, Institut d'Études Politiques de Grenoble, le 17 décembre 2013

Madelmont M., *Gestion de pôle et filière de soins*, Institut d'Études Politiques de Grenoble, les 16 et 17 janvier 2014

Documents électroniques

http://www.chu-grenoble.fr/doc/Documents/comunication/professionnel_sante/BROCHURE%20FORMATION%20CHU%202014.pdf, consulté le 10 juin 2014

www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/recommandations/HAS/2005/guide_EPP.pdf, consulté le 8 juillet 2014

<http://www.ars.fr/presentation-generale>, consulté le 8 juillet 2014

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1356682/fr/les-fiches-methodes-de-dpc consulté le 17 juin 2014

<http://www.sante.gouv.fr/le-developpement-professionnel-continu-dpc-une-demarche-innovante-au-service-des-patients.html>, consulté le 30 juillet 2014

<http://www.hospimedia.fr>, consulté le 12 septembre 2013

<http://www.anfh/anfhfr> consulté le 8 septembre 2014

http://www.larevuedupraticien.fr/sites/default/files/DPC_en_questions.pdf Avril 2012, consulté le 30/06/2014

<http://www.snphar.com/data/upload/files/Dossier-DPC-PHARE60.pdf>, consulté le 3 juin 2014

<http://www.edukeo.net/valuation-professionnelle-a02669974.htm>, consulté le 4 juillet 2014

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article371>, consulté le 2 mai 2014

<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS-PRESENTATION2014.pdf>, consulté le 14 juillet 2014

<http://www.larevuedupraticien.fr/article-web/dpc-une-porte-qui-souvre>, consulté le 11 juillet 2014

<http://www.fifpl.fr/index.php>, consulté le 20 juillet 2014

<http://ressources-de-la-formation.fr/-Les-textes-de-la-formation-.html>, consulté le 21 juillet 2014

<http://www.securite-sociale.fr/Les-sources-de-financement-de-la-Securite-sociale>, consulté le 11 juillet 2014

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_613048/fr/rapport-definir-ensemble-les-nouveaux-horizons

de-la-qualite-en-sante, consulté le 8 juillet 2014

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1600749/fr/references-le-crex-methode-de-dpc, consulté le 1 septembre 2014

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1346440/fr/certification-des-etablissements-de-sante, consulté le 29 août 2014

<http://www.qualite-securite-soins.fr/se-documenter/sur-la-qualite-et-la-gestion-des-risques>, consulté le 18 mai 2014

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027123217>, Arrêté disponible en ligne à l'URL, consulté le 12 décembre 2013 et le 10 août 2014

http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103, consulté le 10 août 2014

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000751/index.shtml> Rapport complet, consulté le 15 juillet 2014

<http://www.sante.gouv.fr/missions-d-interet-general-et-a-l-aide-a-la-contractualisation-migac,918.html>, consulté le 24 août 2014

<http://www.larevuedupraticien.fr/article-web/dpc-une-porte-qui-souvre>, consulté le 2 août 2014

<http://www.ordre-infirmiers.fr>, Enquête « Les infirmiers alertent les pouvoirs publics et les candidats à la présidentielle sur la qualité et sa sécurité des soins », consulté le 10 août 2014

<http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/formation/dpc-un-arrete-fixe-six-orientations>, consulté le 15 juin 2014

<http://www.formation-medicale-continue.fr/fmc/fmc.html>, consulté le 15 juin 2014

<http://www.ameli.fr>, consulté le 14 août 2014

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation-six-decrets-encadrent>, consulté le 30 octobre 2013

Textes législatifs

Ordonnances n°45-10 du 4 et 19 octobre 1945 relatives à l'organisation de la Sécurité Sociale

Ordonnance n°67-706 du 21 août 1967 relative au Code de la Sécurité Sociale

Loi n°71-515 du 16 juillet 1971, relative à l'organisation de la formation professionnelle continue

dans le cadre de l'éducation permanente

Loi n°83-25 du 19 janvier 1983, dite « Loi Bérégovoy », portant diverses mesures relatives à la Sécurité Sociale

Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, dite « Ordonnance Juppé », relative au remboursement de la dette sociale

Ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996, dite « Ordonnance Juppé », relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale

Ordonnance n°96-344 du 24 janvier 1996, dite « Ordonnance Juppé », portant mesures relative à l'organisation de la Sécurité Sociale

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, dite « Ordonnance Juppé », relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, dite « Ordonnance Juppé », portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n°2004-391 du 4 mai 2004, relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique

Loi n°2004-810 du 13 août 2004, dite « Loi Douste-Blazy », relative à l'assurance-maladie

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, dite « réforme de la gouvernance », relative à l'organisation de l'hôpital public

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

Annexes

Annexe I : Article 59 de la loi HPST	p 117
Annexe II : Guides des entretiens des professionnels de santé.....	p123
Annexe III : Tableau récapitulatif des entretiens des professionnels de santé	p 128
Annexe IV : Masque vierge pour la création d'un programme DPC	p 129

Résumé

Anne-Marie Prud'Homme, Master 2 Politiques Publiques de Santé à Sciences Po Grenoble
Sous la direction de Mme Héléna Revil chercheur associée à PACTE et chargée de recherche
à la Structure Fédérative de Recherche « Santé-Société »
Année 2013-2014

Le Développement Professionnel Continu : un outil d'amélioration des pratiques des professionnels de santé

Etude de cas au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble

Les professionnels du corps médical et paramédical détiennent depuis longtemps une obligation déontologique de maintien des connaissances et de la pratique. Le 21 juillet 2009, l'article 59 de la loi HPST a refondu le système de formation continue pour en faire une obligation légale à l'usage de tous les professionnels de santé : le Développement Professionnel Continu (DPC). Cette mesure confronte opportunités et contraintes à l'échelle individuelle et institutionnelle. L'analyse d'entretiens avec des professionnels de santé responsables de l'implémentation du DPC dans une institution publique hospitalière de la région Rhône-Alpes nous montre clairement les enjeux du dispositif mais aussi les limites de sa mise en œuvre. Même si le DPC semble encourager la coopération, la transversalité et le décloisonnement entre les différents professionnels de santé, la contrainte et la difficulté de l'implémentation du dispositif, dans un contexte de pénurie de personnels et de réduction des dépenses globales de santé, rend son appropriation difficile et remet en cause la pertinence de ce système au sein d'un CHU. Il est, à ce jour, difficile de mesurer la pertinence de cette réforme au niveau institutionnel et national compte-tenu des premiers balbutiements. Malgré une mise en œuvre lente et peu probante, des pistes d'améliorations voient pourtant le jour.

Mots-clef : Développement Professionnel Continu (DPC), professionnels de santé, qualité des soins, gestion du risque, Centre Hospitalier Universitaire.