



EHESP

**Directeur d'Établissement Sanitaire,
Social et Médico-Social**

Promotion : **2013 - 2014**

Date du Jury : **décembre 2014**

**Le Développement Professionnel Continu,
un dispositif majeur de management pour
le directeur d'Établissement**

L'exemple de l'EHPAD du Centre Médical des Monts de Flandre

François DHAINÉ

Remerciements

Je tiens à remercier M. HALOS, Mme VERHOEST et l'ensemble de l'équipe de direction de l'EPSM des Flandres pour la confiance, les conseils et le temps qu'ils ont tous pu m'accorder. Je remercie également l'ensemble des professionnels de l'établissement qui ont répondu à mes sollicitations.

Je tiens aussi à saluer l'accompagnement sans faille de M. HANEUSE durant la formation. Je remercie MM. ALVESTEGUI et DERCHE pour leurs précieux avis relatifs à la construction de ce mémoire.

Enfin, merci à mes proches pour leur soutien.

Pauline, Alexandre et Héloïse, merci pour tous vos sacrifices et ces quelques moments difficiles.

« Jamais trop vieux pour apprendre, on n'est jamais trop jeune pour enseigner ; jamais trop faible pour donner, on n'est jamais trop fort pour accepter. La vie est échange et solidarité »

Geneviève LAROQUE.

Sommaire

Introduction	1
1 Le DPC, dispositif récent et décrié, pièce maîtresse du renforcement des organisations	5
1.1 Les fondements du DPC	5
1.1.1 Les évolutions de la Formation Continue au sein de la Fonction Publique Hospitalière	5
1.1.2 L'essor de la démarche qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles	9
1.1.3 La genèse du DPC : les rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.....	12
1.2 Le DPC, un dispositif complexe regroupant de nombreux acteurs et suscitant toujours les débats	14
1.2.1 L'obligation de DPC et ses principales orientations	14
1.2.2 Un fonctionnement reposant sur l'interaction de nombreux acteurs	16
1.2.3 Un corpus juridique et réglementaire dense et en constante évolution	17
1.2.4 Une mise en œuvre émaillée de difficultés et de critiques	18
1.3 Le DPC, au cœur des préoccupations des structures sanitaires et médico-sociales	20
1.3.1 Le développement des compétences pour mieux répondre aux besoins des usagers	20
1.3.2 Le DPC, outil stratégique et transversal des établissements.....	23
2 Déceler les potentialités de l'EHPAD du CMMF pour relever le défi du DPC	25
2.1 Positionnement de l'EHPAD du CMMF	25
2.1.1 Profil de l'établissement.....	25
2.1.2 Les profils des résidents révèlent des besoins de compétences.....	31
2.1.3 Les professionnels de l'EHPAD	34
2.2 La place du DPC et la politique de formation au sein de l'Etablissement	35
2.2.1 La politique de formation de l'EPSM des Flandres.....	35
2.2.2 La politique de formation à l'EHPAD du CMMF	37

3 Pistes de réflexion et préconisations pour instaurer et maintenir une dynamique DPC au sein de l'EHPAD et d'un établissement	39
3.1 Renforcer et valoriser les compétences des professionnels à l'aide d'un programme DPC structurant et novateur	39
3.1.1 La réflexion des professionnels sur la démarche et le projet de l'établissement : un préalable	39
3.1.2 De la formation interne aux attentes d'un programme de DPC	41
3.2 Le dispositif DPC au service du management du directeur	44
3.2.1 Au-delà du programme et de l'obligation, les Groupes d'Analyse de Pratiques en EHPAD renforcent le travail d'équipe et l'amélioration continue	44
3.2.2 Le plan DPC d'un établissement repose sur la combinaison de nombreux outils et contribue à renforcer le management du directeur	46
3.2.3 Le DPC pour faire rimer qualité de vie au travail et qualité de vie des usagers	47
Conclusion	49
Sources et bibliographie.....	51
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et medico-sociaux
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
APP	Analyse des pratiques professionnelles
ARS	Agence régionale de santé
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CFP	Congé de formation professionnelle
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLAN	Comité de liaison alimentation nutrition
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CME	Commission médicale d'établissement
CMMF	Centre médical des monts de Flandre
CMRR	Centres mémoire de ressources et de recherche
COPIL	Comité de pilotage
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREX	Comité de retour d'expérience
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSI	Commission scientifique indépendante
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSP	Code de la santé publique
CTE	Comité technique d'établissement
CVS	Conseil de la vie sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIF	Droit individuel à la formation
DPC	Développement professionnel continu
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Direction des ressources humaines
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
EPSM	Etablissement public de santé mentale
ESMS	Etablissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
ETP	Effectif temps-plein rémunéré
FAM	Foyer d'accueil médicalisé

FMC	Formation médicale continue
FMEP	Fonds mutualisé de financement des études relatives à la promotion professionnelle
FPH	Fonction Publique Hospitalière
FPTLV	Formation professionnelle tout au long de la vie
GAP	Groupes d'analyse de pratiques
GIR	Groupe iso-ressource
GMP	GIR moyen pondéré
GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
HAS	Haute autorité de santé
IFAS	Institut de formation d'aides-soignants
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MMS	Mini-mental state
NPI	Inventaire neuropsychiatrique
ODPC	Organisme de développement professionnel continu
OGDPC	Organisme gestionnaire du développement professionnel continu
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
PEP	Pratique exigible prioritaire
PMP	Pathos moyen pondéré
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
SNS	Stratégie nationale de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UCC	Unité cognitivo-comportementale
USLD	Unités de soins de longue durée
VAE	Validation des acquis de l'expérience

Introduction

Le Développement Professionnel Continu (DPC) a été instauré par la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009¹. Confirmé par les décrets d'application parus depuis le 1er janvier 2012, le DPC est une obligation annuelle pour l'ensemble des professionnels de santé, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou salariés. L'article 4133-1 du CSP dispose que le DPC « a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». Depuis le 1er janvier 2013, le DPC remplace définitivement les précédents dispositifs de formation pour l'ensemble des professionnels de santé, notamment la Formation Médicale Continue (FMC). Le DPC s'intègre dans la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV) de la Fonction Publique Hospitalière (FPH).

Les établissements dans lesquels le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (ESMS) exerce se caractérisent par la prise en charge ou l'accompagnement d'usagers vulnérables. Qu'ils s'agissent de la maladie, de la perte d'autonomie, d'un handicap ou de difficultés sociales, les besoins des personnes et les situations complexes dans lesquelles elles se trouvent vont justifier le recours à de multiples compétences. La finalité de ces établissements est de répondre de la manière la plus adaptée à leurs besoins, dans un souci continu de sécurité et de qualité. La formation, la qualification et les compétences des professionnels semblent alors être des outils majeurs pour répondre aux besoins des personnes âgées, handicapées ou souffrant d'une maladie. Au regard des avancées de la recherche médicale, des innovations thérapeutiques, des progrès liés aux sciences sociales et techniques ou de l'évolution des besoins des usagers, la démarche d'apprentissage des professionnels de santé se doit d'être également permanente. La définition du DPC exprime la volonté de répondre à ces exigences. Dans ce cadre, le dispositif semble être une ressource essentielle pour le directeur d'établissement.

La démographie et la structuration des emplois dans les ESMS permettent de qualifier le DPC de stratégique pour les établissements sanitaires et médico-sociaux. En effet, sur les 515 000 infirmiers recensés par le répertoire ADELI, plus de 70% exercent en

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

établissements de santé² qui regroupent toutes les activités du secteur sanitaire et sont aussi gestionnaires d'une partie des structures médico-sociales (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : EHPAD ; Maison d'Accueil Spécialisée : MAS ; Foyer d'Accueil Médicalisé : FAM ; foyers de vie, etc.). Les professionnels aides-soignants exercent également majoritairement en établissements, en EHPAD ou en structures accueillant des personnes souffrant d'un handicap. En EHPAD³, les professionnels aides-soignants peuvent représenter en moyenne plus de 40 % du total des effectifs et les infirmiers 10%. A l'hôpital, les professionnels paramédicaux représentent plus de 75% des emplois. Chaque professionnel de santé doit participer à au moins un programme de DPC par an. Le programme doit être une formation associant deux activités (l'analyse des pratiques professionnelles et l'acquisition et le perfectionnement des connaissances et des compétences) se déroulant dans le temps.

De plus, la loi du 2 janvier 2002⁴ rénovant l'action sociale et médico-sociale a fixé l'obligation pour les établissements sociaux et médico-sociaux de recourir à des évaluations internes et externes des activités et des prestations pour en mesurer la qualité. Pour répondre à la protection des usagers et à la promotion de l'autonomie, les établissements ont l'obligation de mettre en œuvre une gestion des ressources humaines où le développement des compétences est prépondérant. L'évaluation de l'établissement peut relever de plusieurs fonctions. Elle doit mesurer :

- ▶ La pertinence des politiques sociales
- ▶ La pertinence du fonctionnement d'une organisation
- ▶ L'efficacité des pratiques d'accompagnement et de soins
- ▶ L'analyse des besoins sociaux
- ▶ L'amélioration continue de la qualité.

De fait, l'évaluation des structures médico-sociales apprécie la pratique professionnelle et la formation des personnels et interroge la gestion et le développement des compétences.

Ainsi, le DPC tente de remédier aux difficultés suivantes : des formations de professionnels de santé qui ne relient pas suffisamment les aspects cognitifs à la pratique du soin, des formations didactiques qui n'influencent pas assez les pratiques. Le DPC imbrique 3 notions essentielles pour favoriser la qualité des soins : le développement des connaissances, l'évaluation et l'analyse de pratiques ainsi que le suivi des actions d'amélioration. En tant qu'employeurs, les établissements doivent permettre à leurs professionnels de santé de suivre des programmes DPC et mettre en œuvre une stratégie

² Drees : la profession infirmière, situation démographique et trajectoires professionnelles. Novembre 2010.

³ Observatoire des EHPAD. KPMG Avril 2014

⁴ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

de déploiement du dispositif. Pourtant, les établissements relevant de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) disposaient depuis 2008 d'un panel d'outils à travers la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV) leur permettant de concilier les besoins de l'institution aux intérêts personnels en matière de formation. De part sa définition et son champ d'intervention, le DPC constitue un outil supplémentaire de la FPTLV mais en devient surtout l'axe principal pour les professionnels de santé.

Au sein de l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) des Flandres, la formation se traduit comme un axe central du projet d'établissement. Le bilan de la mise en œuvre de la FPTLV dévoile d'ailleurs de nombreuses actions répondant à la fois aux besoins de l'établissement et donc des usagers en matière de compétences mais aussi aux projets personnels des professionnels. L'EPSM des Flandres compte 6 secteurs de psychiatrie générale adulte et 2 secteurs de psychiatrie Infanto juvénile. Il dispose également de deux structures médico-sociales :

- ▶ La Résidence Reuze-Lied qui regroupe 40 places de Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et 20 places de Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM).
- ▶ Le Centre Médical des Monts de Flandre (CMMF), spécialisé dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, qui comporte 65 places d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPAD), 15 lits d'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) et un service de consultation mémoire.

La mise en œuvre du DPC à l'EPSM des Flandres s'est d'abord traduite par les réponses apportées à la communauté médicale suite à la suppression de la FMC. L'EPSM, qui dispose d'une expérience significative dans le domaine de l'ingénierie de la formation, a aussi profité de la réforme pour se positionner comme Organisme de DPC (ODPC). Alors que l'EHPAD du CMMF devait construire son projet de service, la question de la mise en œuvre du DPC pour les structures médico-sociales s'est posée.

Ces premiers constats (ampleur de la réforme, positionnement stratégique et mise en situation au sein de l'EHPAD) nous interrogent sur le potentiel en matière de management que laisse entrevoir le dispositif pour le directeur d'établissement. **Le DPC peut-il devenir un dispositif structurant le management d'un directeur d'établissement sanitaire ou médico-social ?** L'étude s'attachera à :

- ▶ Comprendre et analyser les fondements et l'architecture du nouveau dispositif
- ▶ Identifier les points clés et les acteurs externes et internes dans le déploiement d'une démarche DPC
- ▶ Elaborer des pistes de réflexion et des préconisations relatives à la mise en œuvre du DPC des professionnels paramédicaux des établissements sanitaires et médico-sociaux

- ▶ Mesurer jusqu'où le dispositif DPC peut-il permettre de décliner de manière opérationnelle le projet d'un établissement
- ▶ Appréhender le retentissement du DPC dans le fonctionnement des équipes et dans la prise en charge et l'accompagnement des usagers
- ▶ Evaluer l'impact managérial que peut représenter le DPC pour le directeur d'établissement.

Le travail s'est d'abord nourri du foisonnement juridique qui encadre le DPC. Ce dispositif et notamment l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC) ont fait également l'objet de débats et de critiques médiatisés, débouchant d'ailleurs très rapidement sur une mission conduite par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Au cours du stage de professionnalisation, j'ai mené la conduite d'élaboration du projet d'établissement de l'EHPAD. Cette délégation m'a permis à la fois de solliciter régulièrement les professionnels soignants sur l'ensemble des priorités de la structure et d'analyser finement les besoins des usagers. Comme au cours de mes actions relatives aux démarches d'évaluation ou simplement à partir d'observations directes, les entretiens avec les principaux acteurs internes de l'établissement m'ont permis de concevoir et d'enrichir l'étude.

Si le DPC est un dispositif récent et décrié, il semble pourtant se définir comme une pièce maîtresse du renforcement des organisations (Partie 1). Il convient alors de déceler les potentialités de l'EHPAD du CMMF pour relever le défi du DPC (Partie 2). Enfin, des pistes de réflexion et des préconisations seront présentées afin d'instaurer et de maintenir une dynamique DPC au sein de l'EHPAD et d'un établissement (partie 3).

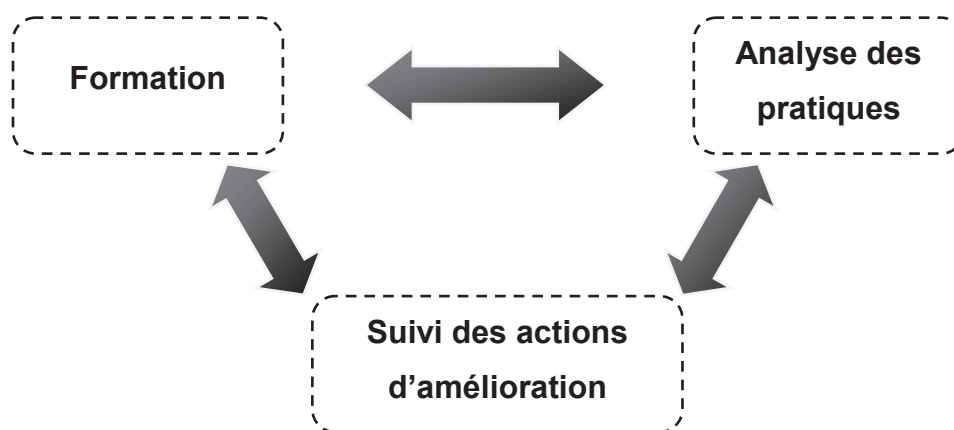
1 Le DPC, dispositif récent et décrié, pièce maîtresse du renforcement des organisations

1.1 Les fondements du DPC

Le DPC regroupe des notions jusque là isolées :

- ▶ **Formation continue** (perfectionnement des connaissances)
- ▶ **Evaluation et Analyse des Pratiques Professionnelles** (EPP-APP)
- ▶ **Démarche qualité** (amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins).

DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU



Il est convenu d'abord de rappeler les principaux concepts qui fondent le nouveau dispositif.

1.1.1 Les évolutions de la Formation Continue au sein de la Fonction Publique Hospitalière

Le concept de la formation continue dans les établissements de la FPH s'est nourri de la loi du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente⁵. Cette loi définit la formation professionnelle continue comme permettant « l'adaptation des travailleurs au changement des techniques et des conditions de travail, de favoriser leur promotion sociale par l'accès aux différents niveaux de la culture et de la qualification professionnelle et leur contribution au développement culturel, économique et social. L'Etat, les collectivités locales, les établissements publics, les établissements d'enseignement publics et privés, les associations, les organisations

⁵ Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente

professionnelles, syndicales et familiales, ainsi que les entreprises, concourent à l'assurer ».

Dès lors, cette loi fondatrice concilie les **intérêts des employeurs** (« l'adaptation des travailleurs ») à **ceux des professionnels** (« leur promotion sociale »).

Face à l'évolution des besoins des établissements et des professionnels et s'appuyant sur les avancées en la matière obtenues par les partenaires sociaux dans le secteur privé, la FPH s'est dotée d'un important corpus juridique relatif à la formation :

- ▶ Le décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière
- ▶ La loi du 20 juillet 1992 sur la validation des acquis de l'expérience (VAE)
- ▶ Le protocole d'accord du 19 octobre 2006 portant sur le développement du dialogue social, la formation, l'amélioration des conditions de travail, l'action sociale et les statuts des personnels de la fonction publique hospitalière
- ▶ L'arrêté du 29 juin 2007 portant agrément de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) en qualité d'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA).

Avec la loi du 2 février 2007 relative à la modernisation de la fonction publique, la formation continue devient la **Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie** (FPTLV).

La FPTLV est instaurée par le décret du 21 août 2008⁶. Celui-ci étaye les conditions de mise en œuvre de la formation professionnelle dans les établissements relevant de la FPH. Il offre aux agents de nouveaux dispositifs personnalisables et confirme les outils des établissements. L'article 1 définit la FPTLV comme le moyen permettant aux professionnels « d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité. Elle contribue à créer les conditions d'un égal accès aux différents grades et emplois entre les hommes et les femmes ».

Les 8 actions décrites dans le décret répondent aux objectifs suivants :

- ▶ Donner une formation aux agents sans qualification
- ▶ **Garantir l'adaptation des agents à leur emploi**
- ▶ Préparer les professionnels à des examens et des concours
- ▶ Permettre aux agents le suivi d'études en vue de la promotion professionnelle
- ▶ Proposer des actions de conversion professionnelle
- ▶ Réaliser des projets personnels et professionnels (Congé de Formation Professionnelle, CFP)

⁶ Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

- ▶ Proposer un bilan de compétences
- ▶ Préparer les agents à la VAE.

Les actions relevant de l'adaptation des professionnels à leur emploi (développement des compétences) sont classées en 3 catégories :

- ▶ L'adaptation immédiate au poste de travail (2.a du décret)
- ▶ L'adaptation à l'évolution prévisible des emplois (2.b du décret)
- ▶ Le développement des connaissances ou compétences et l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences (2.c du décret).

Au travers de la définition d'outils, le décret définit la formation comme un **enjeu collectif** au service d'un droit de formation de plus en plus individuel.

La FPTLV renforce à la fois les droits et les obligations en matière de formation. En effet, le dispositif place le professionnel comme acteur de son parcours. Les professionnels ont ainsi un accès de droit à la formation si aucune action n'a eu lieu au cours des 3 dernières années. La rémunération et les primes sont garanties durant la période de formation. Le professionnel bénéficie chaque année d'un entretien avec son supérieur hiérarchique « visant à déterminer les besoins de formation ».

Le plan de formation est à l'initiative de l'établissement. Il regroupe les actions de formation retenues par l'établissement notamment en fonction de ses orientations stratégiques et des besoins et aspirations en développement des compétences individuelles et collectives. Le plan de formation doit lister des actions qui répondent :

- ▶ Aux besoins de formation professionnelle initiale
- ▶ Aux actions de développement des compétences
- ▶ Aux préparations aux examens et concours
- ▶ Aux études promotionnelles (outil de promotion interne qui permet aux agents d'obtenir un certificat ou un diplôme du secteur sanitaire ou social)
- ▶ Aux actions de conversion
- ▶ Aux actions de préparation à la VAE.

Le plan de formation prévoit les actions de formation financées par l'établissement après avis du Comité Technique d'Etablissement (CTE) en tenant compte notamment du projet d'établissement, des besoins de perfectionnement, des évolutions et des nécessités de promotion interne, ainsi que des priorités nationales et des plans de santé publique.

Le plan de formation est à l'initiative de l'établissement et les professionnels peuvent demander à bénéficier d'une action inscrite au plan. A contrario, l'établissement peut obliger le professionnel à suivre une formation inscrite au plan si elle répond à une action de formation initiale ou pour garantir leur adaptation à l'emploi.

La FPTLV, au-delà de confirmer des actions comme le CFP, la promotion professionnelle, le bilan de compétences ou la VAE, crée des dispositifs nouveaux.

Le passeport formation qui permet au professionnel d'identifier et de s'approprier ses connaissances, ses compétences et ses aptitudes professionnelles.

Le Droit Individuel à la Formation (DIF) qui est un droit reconnu à chaque agent de demander une formation dans le cadre d'un contingent d'heures attribuées annuellement : 20 heures par année plafonnées à 120 heures. Le professionnel a la possibilité de solliciter une formation sur le DIF. Néanmoins, le dialogue avec l'établissement est un facteur clé de réussite dans la mise en œuvre du DIF. Après deux années consécutives où l'agent voit sa demande de DIF rejetée, il peut saisir l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA).

La période de professionnalisation est un dispositif qui peut être demandé par l'établissement ou par l'agent. Elle peut être mobilisée pour anticiper les risques d'inadaptation des professionnels à l'évolution des méthodes et des techniques ou pour favoriser l'accès à des emplois correspondant à des compétences nouvelles, des activités professionnelles ou des qualifications différentes.

Le financement de la formation des établissements relevant de la FPH se décompose en trois fonds. Pour près de 93% des établissements, ils sont gérés en totalité par l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH). Les fonds se décomposent de la façon suivante :

- ▶ 2,1% de la masse salariale pour les actions du plan de formation
- ▶ 0,2% de la masse salariale pour les CFP, les bilans de compétence et les congés liés aux VAE
- ▶ 0,6% de la masse salariale pour le Financement du Fonds Mutualisé des Etudes Promotionnelles (FMEP)

Les établissements consacrent donc **2,9% de leur masse salariale** aux actions de la FPTLV. La masse salariale étant le premier poste de dépenses des établissements, la formation représente donc un budget significatif. Il est d'ailleurs passé de 2,3% en 2006 à 2,9% en 2009 avec l'instauration progressive de la cotisation pour le FMEP. Cela se traduit par près de 800 000 départs en formation financés par l'ANFH, près de 4 000 dossiers financés de CFP et 2 500 bilans de compétence.

Depuis le 1^{er} janvier 2013, **le DPC s'intègre dans la FPTLV** qui compte désormais 10 dispositifs : le plan de formation, le DIF, la VAE, le bilan de compétences, le passeport formation, les études promotionnelles, le CFP, la période de professionnalisation, les entretiens de formation et le DPC. Cependant, le DPC regroupe d'autres concepts afin de rapprocher **les compétences des professionnels** des attentes et des besoins des

usagers ainsi que des exigences réglementaires (sécurité et qualité des soins, évaluation et pertinence des pratiques professionnelles).

1.1.2 L'essor de la démarche qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles

A) Historique de la Démarche Qualité dans le système de santé

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité se définit comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera 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 ». Le concept de la qualité, ancien et très prégnant dans les secteurs industriels, est amorcé dans le système de santé français dans la loi du 31 juillet 1991⁷. L'article L.710-4 dispose en effet que « les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience ».

C'est l'ordonnance du 24 avril 1996⁸ qui concrétise la démarche en introduisant la procédure d'accréditation, ancêtre de la certification, pour les établissements hospitaliers. L'accréditation était alors mise en place par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Cette agence est devenue la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis la loi du 13 août 2004⁹ qui a également remplacé l'accréditation par le concept de certification des établissements de santé. La certification vise, en portant une appréciation indépendante sur la qualité des prestations fournies dans les établissements, à **améliorer la qualité des soins** et à mettre à la disposition des usagers et des pouvoirs publics une information sur la qualité des services rendus. Elle se distingue de l'inspection dans la mesure où elle met l'accent sur **la participation des professionnels** de l'établissement. Il leur est en effet demandé d'effectuer une évaluation propre à leur établissement, un diagnostic qualité (forces et faiblesses), en se basant sur des éléments de référence fournis par la HAS.

La revue de littérature internationale présentée par la HAS¹⁰ indique qu'une majorité des études démontrent un **effet positif** sur les **organisations et le management** des

⁷ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

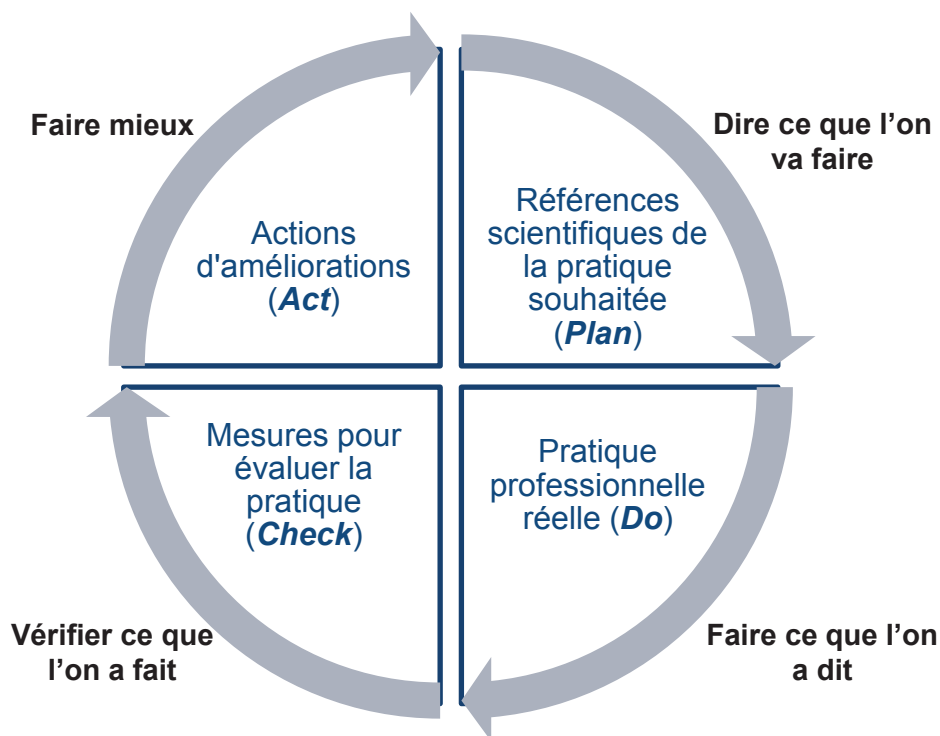
⁸ Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

¹⁰ HAS, Quel est l'impact de la certification des établissements de santé ? Revue de la littérature internationale

établissements de santé, ainsi que sur la mise en œuvre des **bonnes pratiques professionnelles**.

Pour la HAS, « **les fondamentaux de la démarche qualité s'intègrent aisément dans le cadre du DPC** ».



Pour les établissements médico-sociaux, l'émergence de la démarche qualité s'inscrit dans **la loi du 2 janvier 2002**. Cette loi présente des innovations majeures, notamment dans l'affirmation des droits des usagers et dans l'obligation de recourir à des **procédures d'évaluations internes et externes** (jugement de la pertinence du fonctionnement de l'établissement, mesure de l'efficacité des pratiques d'accompagnement et de l'amélioration continue de la qualité). La loi instaure un régime d'évaluation interne (tous les 5 ans) et externe (tous les 7 ans) des établissements sociaux et médico-sociaux pour :

- ▶ Lutter contre la maltraitance et garantir que les droits et les attentes des usagers sont bien au centre des préoccupations institutionnelles des professionnels
- ▶ Supprimer les mauvaises pratiques professionnelles
- ▶ **Améliorer la formation des personnels.**

L'article L312-8 du Code de L'Action Sociale et des Familles (CASF) dispose en effet que « les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard

notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ». L'évaluation externe est directement reliée à la décision de renouvellement de l'autorisation de l'établissement. L'article L313-1 précise en effet que cette décision est exclusivement subordonnée aux résultats de l'évaluation externe.

Pour mettre en œuvre les évaluations, la loi de financement de la sécurité sociale de 2007 a donc créé l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). L'ANESM entend répondre à la nécessité d'étendre la dynamique de la maîtrise médicalisée au secteur médico-social et d'améliorer la qualité. Elle se décrit comme une structure qui assure la coordination générale du processus d'évaluation et émet en toute indépendance des avis, des recommandations et des référentiels concernant les pratiques professionnelles. Les principaux objectifs de l'ANESM sont de :

- ▶ Développer une culture de la bientraitance en établissement
- ▶ Habilitier les organismes indépendants qui mesureront périodiquement la mise en œuvre des bonnes pratiques
- ▶ Accompagner les établissements et les services dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de leurs prestations au bénéfice des usagers.

L'ANESM développe des partenariats avec la HAS et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

B) L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

L'EPP constitue d'abord une obligation pour l'ensemble des médecins au travers la loi du 13 août 2004¹¹. L'article L4133-1-1 dispose que « l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation (...). Il est satisfait à cette obligation par la participation du médecin à un des dispositifs prévus à l'article L. 1414-3-1 ou à un des dispositifs agréés dans des conditions fixées par décret ». Le décret du 14 avril 2005¹² dispose que « 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

¹¹ LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

¹² Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles

élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue. »

Il faut attendre le décret du 15 mai 2007¹³ pour que la notion d'EPP relative aux professions paramédicales soit juridiquement amorcée. En effet, le décret charge le Haut Conseil des professions paramédicales de :

- ▶ « Promouvoir une réflexion interprofessionnelle sur les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé et la répartition de leurs compétences »
- ▶ « De participer, en coordination avec la Haute Autorité de Santé, à la diffusion des recommandations de bonne pratique et à la promotion de l'évaluation des pratiques des professions paramédicales ».

Concrètement, l'EPP consiste donc à **mesurer ce qui est fait** dans la pratique professionnelle, pour le **comparer à la pratique attendue** par les recommandations professionnelles. Ces recommandations peuvent être issues des études cliniques, de la réglementation, des conférences de consensus, etc.; elles sont élaborées avec une méthode explicite par la HAS. La HAS propose 4 types d'approches¹⁴ :

- ▶ Par comparaison à un référentiel : audit clinique, revue de pertinence, enquête de pratique...
- ▶ Approche par processus : analyse des processus, chemin clinique...
- ▶ Par résolution de problème : analyse des processus, Revue de Morbi-Mortalité, méthode d'analyse des causes (Comité de Retour d'Expérience : CREX)...
- ▶ Par indicateurs : mise en place et analyse d'indicateurs...

Dans le cadre de la certification des établissements de santé, la stratégie de développement de l'EPP est obligatoire et constitue une Pratique Exigible Prioritaire (PEP).

1.1.3 La genèse du DPC : les rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

En 2005, l'Etat saisie l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) à propos de l'organisation de la formation continue des professions médicales et paramédicales¹⁵. Il

¹³ Décret n° 2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales

¹⁴ HAS, L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Juin 2005

¹⁵ AUTUME Christine d', POSTEL-VINAY Daniel, Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales, Janvier 2006, rapport IGAS

ressort du rapport d'inspection que « le dispositif de formation médicale continue comporte des faiblesses préoccupantes et de nature à compromettre sa bonne marche ultérieure et la satisfaction de ses objectifs ».

Rapport IGAS, Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales, AUTUME Christine d', POSTEL-VINAY Daniel. Janvier 2006	
LES PRINCIPALES FAIBLESSES SOULEVEES	LES PRECONISATIONS
<ul style="list-style-type: none"> › Absence de données globales et fiables sur les pratiques réelles en matière de FMC et d'EPP 	<ul style="list-style-type: none"> › Consolider les ressources existantes sans mobiliser davantage de fonds publics
<ul style="list-style-type: none"> › Manque de données sur les coûts de formation, les financements et leur répartition ; Risque relatif aux conflits d'intérêt entre instances d'agrément et organismes de formation, dépendance du financement de l'industrie pharmaceutique 	<ul style="list-style-type: none"> › Mieux garantir la transparence de l'utilisation des financements de la FMC par le biais d'une charte entre les acteurs
<ul style="list-style-type: none"> › Fragilité juridique et conceptuelle des fondements du dispositif de FMC. Distinction EPP et FMC fragile. 	
<ul style="list-style-type: none"> › Absence de cadre clair de pilotage 	<ul style="list-style-type: none"> › Mieux assurer le pilotage du dispositif et prévoir une mise en œuvre progressive

En novembre 2008, l'IGAS rend un second rapport portant sur la FMC et l'EPP des médecins¹⁶. Le constat, là encore, est sévère. Le rapport pointe toujours le manque de transparence et de données fiables. Allant plus loin, il juge que **certaines formations impactent peu les pratiques professionnelles** lorsqu'elles prennent « des formes pédagogiques traditionnelles » (formations didactiques). Pour terminer, le rapport constate de réelles avancées avec la mise en œuvre de la FMC et de l'EPP. Néanmoins, leur efficacité n'est pas optimale. Les dispositifs sont complexes et difficilement évaluables. La mission de l'IGAS préconise donc une remise à plat des systèmes et fixe des objectifs :

- ▶ Fédérer FMC et EPP au sein d'un **nouveau concept : le DPC** dont l'objectif serait d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins : c'est ici la clé fondatrice

¹⁶ BRAS Pierre-Louis, DUHAMEL Gilles, Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins, décembre 2008, rapport IGAS.

du nouveau dispositif : les formations essentiellement didactiques n'influent pas assez sur la pratique des professionnels de santé.

- ▶ Contrôler le respect de l'obligation des médecins de s'inscrire dans le développement d'activités de formation qui débouchent sur une amélioration des pratiques
- ▶ Valider les formations et actions d'évaluation réalisées par un organisme agréé
- ▶ Définir les rôles et les responsabilités des instances de gouvernance du DPC et des différents acteurs : HAS, ordres, syndicats, sociétés savantes, organismes de DPC, etc.

C'est ainsi qu'en juillet 2009, le législateur introduit dans la loi HPST **l'obligation de DPC pour l'ensemble des professionnels de santé.**

1.2 Le DPC, un dispositif complexe regroupant de nombreux acteurs et suscitant toujours les débats

1.2.1 L'obligation de DPC et ses principales orientations

L'article 59 de la loi HPST du 21 juillet 2009 fixe 5 objectifs au nouveau dispositif :

- ▶ L'analyse des pratiques professionnelles
- ▶ Le perfectionnement des connaissances
- ▶ L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- ▶ La prise en compte des priorités de santé publique
- ▶ La maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

L'obligation annuelle de DPC concerne l'ensemble des professionnels de santé. En effet, l'obligation recouvre :

- ▶ Les professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens)
- ▶ Les paramédicaux, qu'ils relèvent de la filière soignante (infirmiers, aides-soignants), de rééducation (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien...) ou médico-technique (manipulateur-radio, préparateur en pharmacie) et les métiers de l'appareillage (opticien, orthoprothésiste...).

Il s'agit donc de l'ensemble des professions régies par le Code de la Santé Publique (CSP) quels que soient les modes d'exercices :

- ▶ Professions libérales
- ▶ Salariés
- ▶ Hospitaliers.

Les décrets d'application relatifs au DPC pour chaque profession de santé définissent le contenu de l'obligation :

- ▶ « Le DPC comporte l'**analyse**, pour tous les professionnels de santé, de leurs **pratiques professionnelles** ainsi que l'**acquisition** ou l'**approfondissement** de **connaissances** ou de **compétences** »
- ▶ « Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une **démarche permanente** »
- ▶ « le professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC en participant, au cours de chaque année civile à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel »

Le programme de DPC se définit comme une formation regroupant 2 activités, l'analyse des pratiques professionnelles et l'acquisition ou le perfectionnement des connaissances et des compétences. Il se déroule dans le temps¹⁷. Par décret, le programme DPC doit :

- ▶ « Etre conforme à une orientation nationale ou à une orientation régionale de DPC »
- ▶ Comporter des méthodes et des modalités validées par la HAS après avis de la Commission Scientifique Indépendante (CSI)
- ▶ Etre mis en œuvre par un organisme de DPC (ODPC) enregistré auprès de l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC) et évalué positivement par la CSI.

Les orientations nationales ont été fixées par l'arrêté du 26 février 2013. Elles ont été reconduites pour l'année 2014¹⁸. Elles sont au nombre de 6 :

- ▶ Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients
- ▶ Contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients
- ▶ Contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques
- ▶ Contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles
- ▶ Contribuer à l'amélioration de la santé environnementale
- ▶ Contribuer à la formation professionnelle continue définie à l'article L6331-1 du Code du travail.

Les méthodes et les modalités de DPC sont définies par la HAS¹⁹. La liste des méthodes est évolutive et s'articule autour de 6 approches :

¹⁷ Lexique DPC OGDPC

¹⁸ Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013

¹⁹ Annexe 1 : DPC, méthodes et modalités de DPC. HAS. Mai 2014

- ▶ Pédagogique ou cognitive (en groupe ou individuellement) : formation présentielle, formation diplômante, etc. (A compléter par une activité d'analyse des pratiques)
- ▶ Analyse des pratiques : gestion des risques, revue de dossiers et analyse de cas, indicateurs, analyse des parcours de soins, analyse de parcours professionnel. (A compléter par une activité d'acquisition des connaissances ou de compétences)
- ▶ Approche intégré à l'exercice professionnel
- ▶ Dispositifs spécifiques (accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque, éducation thérapeutique, etc.)
- ▶ Enseignement et recherche (formateurs pour des activités de DPC, etc.)
- ▶ Simulation.

1.2.2 Un fonctionnement reposant sur l'interaction de nombreux acteurs

Le DPC est ainsi devenu depuis le 1^{er} janvier 2013 une obligation pour l'ensemble des professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice. Cela regroupe 22 professions²⁰ soit plus de 1,5 millions de personnes, dont plus de **515 000 infirmiers** et **340 000 aides-soignants** diplômés d'Etat.

Le dispositif s'appuie donc sur de nombreux acteurs²¹ : certains intégrés dans le système, d'autres créés pour le faire fonctionner, dont les principaux sont :

Les Organismes de DPC (ODPC) : ils proposent et mettent en œuvre des programmes de DPC. Ils ont été évalués par les CSI.

L'Organisme de Gestion du DPC (OGDPC) : créé le 1^{er} juillet 2012, l'OGDPC enregistre l'ensemble des ODPC. Il finance les programmes de formation et verse les indemnités des professionnels de santé libéraux (pour les autres modes d'exercices, les professionnels de santé restent rémunérés par leur employeur). L'OGDPC recense l'ensemble des programmes de DPC.

Les Commissions Scientifiques Indépendantes (CSI) : elles sont au nombre de 5 (CSI des médecins, CSI des chirurgiens-dentistes, CSI des sages-femmes, CSI des pharmaciens et CS du Haut Conseil des professions paramédicales). Elles doivent évaluer les ODPC, donnent leur avis sur les orientations nationales du DPC (publiées par le Ministère) et sur les méthodes et les modalités du DPC définies par la HAS.

La Haute Autorité de Santé : elle met à disposition des ODPC et des professionnels de santé les méthodes et les modalités de DPC après avis des CSI compétentes.

²⁰ Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthopédistes, pédicures, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes, psychomotriciens, ergothérapeutes, diététiciens, manipulateurs de radiologie, techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie, opticiens, prothésistes, audioprothésistes, orthésistes.

²¹ Annexe 2 : schéma de fonctionnement du DPC. Extrait du rapport IGAS : Contrôle de l'Organisme Gestionnaire du DPC et évaluation du DPC des professions de santé, mai 2014.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) : elles peuvent être amenées à publier des orientations régionales de DPC et à contrôler l'obligation de certains professionnels de santé.

Les Ordres : ils doivent contrôler au moins tous les 5 ans l'obligation de DPC des professionnels.

Les Etablissements de Santé et les Etablissements Médico-sociaux : ils doivent contrôler au moins tous les 5 ans l'obligation de DPC. Ils élaborent le Plan de DPC, assurent la traçabilité et peuvent devenir ODPC.

Les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA) comme l'ANFH : ils gèrent et mutualisent la cotisation de la contribution pharmaceutique pour le DPC médical et transmettent à l'OGDPC le rapport annuel d'exécution.

1.2.3 Un corpus juridique et réglementaire dense et en constante évolution

La mise en œuvre du DPC a nécessité de **nombreux textes juridiques** portant à la fois sur sa gouvernance et les nominations dans les instances, mais aussi sur ses orientations et ses modalités. Chaque statut professionnel (médecins, auxiliaires médicaux, pharmaciens, etc.) a fait l'objet de décrets et d'arrêtés. La liste des textes juridiques et réglementaires est volumineuse (près de 40 textes...). En voici quelques exemples :

- ▶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- ▶ Décret no 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux
- ▶ Décret no 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC
- ▶ Décret no 2012-30 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales
- ▶ Arrêté du 19 avril 2012 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « OGDPC »
- ▶ Arrêté du 31 octobre 2012 portant nomination à l'organisme gestionnaire du DPC
- ▶ Arrêté du 12 décembre 2012 relatif à la composition du dossier de demande d'enregistrement en qualité d'organisme de DPC et du dossier d'évaluation prévus aux articles R. 4021-23 et R. 4021-24 du code de la santé publique
- ▶ Décision n°2012.0201 DC SEVAM du 19 décembre 2012 du collège de la HAS portant adoption de la liste des méthodes de DPC
- ▶ Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du DPC des professionnels de santé pour l'année 2013

- ▶ Arrêté du 19 juillet 2013 relatif aux modalités d'appréciation des critères d'évaluation prévues à l'article R. 4021-25 du code de la santé publique
- ▶ Arrêté du 25 juillet 2013 relatif au modèle d'attestation délivrée par un organisme de DPC à un professionnel de santé justifiant de sa participation à un programme de DPC
- ▶ Instruction n° DGOS/RH4/2014/238 du 28 juillet 2014 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Par ailleurs, l'**avant-projet de loi de santé**²² prévoit d'abroger une série d'articles du CSP concernant les objectifs et l'obligation de DPC pour les différents professionnels, et rassemblerait ces dispositions, modifiées, dans un seul nouvel article. L'article 27 de l'avant-projet de loi de santé dispose également d'une **nouvelle définition du DPC** : «le développement professionnel continu constitue une obligation pour les professionnels de santé. Il a pour objectif l'amélioration des pratiques des professionnels de santé par l'actualisation et le **développement des compétences** dans le cadre des domaines d'action et des objectifs prioritaires d'amélioration de la santé portés par la stratégie nationale de santé. Il associe l'analyse, l'évaluation des pratiques professionnelles et le perfectionnement des connaissances sur la base des recommandations des conseils nationaux professionnels de spécialité et selon des méthodes validées par la Haute Autorité de santé ».

Un rapport de l'IGAS portant sur le contrôle de l'OGDPC²³ pointe d'ailleurs « une gestion administrée » du DPC et précise que « nombre de règles apparaissent relever de décisions pratiques et non de normes juridiques. Or, leur inscription dans un texte fige la gestion ». Cette **inflation juridique et réglementaire** du dispositif a débouché sur une mise en œuvre relativement longue entre l'instauration du DPC par la loi du 21 juillet 2009, les périodes transitoires et son effectivité pleine et entière en janvier 2013.

1.2.4 Une mise en œuvre émaillée de difficultés et de critiques

Les professionnels de santé, et en particulier les médecins, ont **critiqué publiquement** et à de nombreuses reprises la mise en œuvre du DPC, notamment au cours de l'année 2013. C'est d'abord les retards d'indemnisation des programmes DPC des médecins

²² Projet de loi relatif à la santé NOR : afsx1418355/rose- titre liminaire : rassembler les acteurs de la sante autour d'une stratégie partagée. APM.

²³ DEUME Bernard, GEORGES Philippe, NATALI Jean-Philippe, Contrôle de l'Organisme Gestionnaire du DPC et évaluation du DPC des professions de santé, mai 2014, rapport IGAS.

libéraux qui ont focalisé les crispations. Mais au-delà, la mise en œuvre du DPC était durement jugée : « maquis administratif redoutable, système non fluide, lourd et complexe, dispositif sans gouvernance claire et manque d'interprofessionnalité, étatisation de la formation médicale... »²⁴.

Face aux difficultés de mise en œuvre et aux critiques, la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé a donc sollicité l'IGAS pour procéder à un contrôle de l'OGDPC. La mission de l'IGAS fut rapidement élargie au dispositif DPC dans son ensemble : « les difficultés de fonctionnement de cet organisme (ndlr. ODPC) ne prenaient qu'une part relative dans les critiques portées par les différents acteurs du DPC qui remettaient en cause certains aspects de la réforme ».

La mission de l'IGAS relève ainsi plusieurs « vices de conception » de la réforme. Sans vouloir être exhaustif, il apparaît important de retenir quelques critiques principales :

- ▶ En dépit d'un foisonnement juridique et réglementaire encadrant le DPC, aucune disposition ne fixe le contenu de l'obligation de DPC. L'IGAS se demande si quelques heures de formation sans rapport avec l'activité professionnelle peuvent valoir DPC.
- ▶ L'IGAS relève que le manquement à l'obligation de DPC n'est pas formalisé. Les critères de l'insuffisance professionnelle des principales professions de santé ne recouvrent pas le défaut de formation continue.
- ▶ L'IGAS pose la question de la pérennité financière du système. Face au nombre de professionnels devant répondre à l'obligation, l'IGAS remarque que les pouvoirs publics n'ont pas budgété les crédits y afférents. Selon elle, « compte-tenu des contraintes budgétaires, la mise en œuvre de l'obligation de DPC pour l'ensemble des professionnels de santé semble donc hors de portée ».
- ▶ L'IGAS remarque également que les CSI ne sont pas à l'abri de conflits d'intérêt. De nombreux membres de CSI présentent des liens avec des structures ODPC.
- ▶ Pour l'IGAS, la procédure d'évaluation des ODPC n'est pas en adéquation avec leur nombre : elle juge qu'au regard des CSI, il faudrait plusieurs années pour évaluer les quelques milliers de dossiers d'ODPC.

L'IGAS a donc formulé 4 scénarios de réformes du DPC et de l'OGDPC, allant du maintien du système actuel corrigé des dysfonctionnements jusqu'à la suppression de l'OGDPC et le retour au droit commun en matière de formation. Au regard des dispositions prises dans l'avant-projet de loi de santé sur le DPC, il n'y a que peu de doutes sur **le maintien du dispositif**. En revanche, l'obligation de DPC pourrait s'étaler sur une période de 3 ans en favorisant les priorités retenues par la Stratégie Nationale de Santé (SNS).

²⁴ Hospimédia : Ressources humaines : le dispositif du DPC gagne un peu en souplesse pour répondre au flot des critiques. 29/11/2013

Au regard des incidences et des différents champs soulevés par le nouveau dispositif, certaines difficultés et critiques étaient peut-être inévitables. Néanmoins, **l'ensemble des représentants des professionnels de santé** reconnaissent que le dispositif porte une **innovation majeure** : le rapprochement de la formation cognitive et de l'analyse des pratiques professionnelles.

1.3 Le DPC, au cœur des préoccupations des structures sanitaires et médico-sociales

1.3.1 Le développement des compétences pour mieux répondre aux besoins des usagers

A) L'évolution des besoins des usagers

La population française vieillit. La population âgée de plus de 60 ans représentait 21% de la population générale en France en 2004. En 2020, on estime que cette proportion passerait à plus de 27% et à près de 35% en 2040. En 2004, les personnes âgées de plus de 80 ans représentaient 4,4% dans la population générale. En 2020 et en 2040, l'on prévoit que ces personnes représenteront respectivement 6.5% et 11,4% de la population française. A ce phénomène s'associe la diminution du soutien familial envers les personnes âgées dépendantes, même si la place de la famille et des aidants reste essentielle. Cette évolution sociétale renforce **la nécessité des structures médico-sociales** lorsque la personne ne peut plus rester seule à son domicile. Le vieillissement de la population induit également le développement des maladies chroniques et la perte d'autonomie.

L'entrée en EHPAD se fait de plus en plus tard (âge moyen d'entrée de près de 85 ans), lorsque la personne ou la famille ne peuvent plus faire autrement. On observe que les niveaux de dépendance et de soins requis en EHPAD augmentent. D'après l'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees) de février 2014²⁵, « Le GMP²⁶ des EHPAD passe en moyenne de 663 à la fin 2007 à 700 à la fin 2011. Il est plus élevé dans les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) : 845 à la fin 2007 et 866 à la fin 2011 ». Ces évolutions influent directement sur **les besoins en compétences** des établissements, en réponse à la complexité des prises en charge et des accompagnements qu'ils rencontrent.

²⁵ Drees : L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. N°877. Février 2014

²⁶ GMP : GIR Moyen Pondéré. La grille AGGIR permet d'évaluer le degré de dépendance des personnes. En fonction de leur perte d'autonomie, les personnes sont rattachées à l'un des 6 Groupes-Iso-Ressources (des plus dépendantes, GIR 1, au moins dépendantes, GIR 6)

Dans les structures pour personnes handicapées comme les FAM ou les MAS, leur définition place déjà le soin comme l'une des activités principales. En effet, les MAS reçoivent des personnes adultes «incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants. » Les FAM accueillent des adultes lourdement handicapés dont la dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel, les oblige à recourir à une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence et nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Les personnes handicapées gagnent elles aussi de l'espérance de vie. L'âge moyen des usagers progresse également et nécessite des **compétences nouvelles ou à renforcer** pour les équipes.

Les dispositions législatives (loi du 2 janvier 2002, loi du 4 mars 2002, loi du 11 février 2005) concernant les droits de l'usager, du patient et de la personne handicapée ont également changé le rapport qu'entretiennent les usagers avec le système global de santé. Les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux doivent être en capacité de faire émerger les droits des usagers à travers l'affirmation du consentement ou de la citoyenneté par exemple.

Ces évolutions justifient l'importance du développement continu des compétences des professionnels de santé au contact de populations vulnérables, nécessitant des soins et des accompagnements spécifiques.

B) Des compétences individuelles aux compétences collectives

Le dictionnaire définit la compétence comme « la capacité reconnue en telle ou telle matière, et qui donne le droit d'en juger ». Les sciences humaines et plus particulièrement la gestion des ressources humaines utilisent fréquemment **la notion de compétence**. Pour le répertoire des métiers de la FPH, la compétence est « un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels, structuré, mobilisé et utilisable en fonction des activités à réaliser dans des situations de travail actuelles et futures. C'est aussi la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances associées à ces savoir-faire et des savoir-être. La compétence est inséparable de l'action et elle ne peut être véritablement appréhendée qu'au travers de l'activité par laquelle elle s'exprime et dont elle permet la réalisation ».

Cette définition place la gestion des compétences comme un **axe essentiel** du management d'un établissement. L'évaluation des prestations des ESMS ou la certification des établissements de santé vont en effet largement résulter des

compétences des professionnels. La valorisation des compétences sera en outre le moyen de rappeler aux professionnels l'importance que l'établissement leur confère et sera donc **source de motivation**. La gestion des compétences est d'ailleurs présentée comme **l'une des missions principales** dans le référentiel métier de **directeur d'établissement** sanitaire, social et médico-social : « Il met en œuvre une politique stratégique et opérationnelle de **gestion des moyens humains** et financiers de l'établissement pour répondre aux besoins des personnes accueillies ou accompagnées. Il encadre des équipes pluridisciplinaires en favorisant le **développement des compétences et savoir-faire des personnels** dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Il développe une politique **d'évaluation continue des bonnes pratiques professionnelles** et s'assure de la qualité des prestations (médicales, soignantes, sociales et éducatives, administratives, techniques, logistiques et hôtelières) ».

Il existe plusieurs approches de la compétence. Pour Guy Le Boterf²⁷, « il est fort probable que la première décennie du troisième millénaire verra les entreprises chercher à développer leurs **compétences collectives** et ne plus se préoccuper seulement des compétences individuelles de leurs employés ». Les compétences collectives ne seraient donc pas seulement la somme des compétences individuelles puisque l'auteur poursuit : « la compétence collective résulte de la qualité de la coopération entre compétences individuelles ».

Les facteurs de réussite ne dépendent donc pas seulement des compétences individuelles des professionnels. L'amélioration des prestations dépend alors de la capacité des agents à s'ouvrir aux autres, à travailler avec les autres mais aussi à **l'organisation et aux aspects managériaux**. Cette dimension de la compétence ne va pas de soi : au-delà des compétences techniques qui seront toujours indispensables, la volonté de travailler à plusieurs et de se donner des objectifs communs dépend fortement de facteurs humains et nécessite des qualités de communication, de leadership, de manager.

Cette compétence collective renforce les attentes formulées autour du **travail en équipe**, notamment dans le domaine du soin. Pour la HAS, « 1/3 des événements indésirables graves pourraient être évités grâce à une meilleure coordination et une meilleure communication des équipes »²⁸.

La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) doit donc à la fois se pencher sur les compétences individuelles et collectives. Elle peut se définir

²⁷ LE BOTERF Guy, Construire les compétences individuelles et collectives, 4^e édition revue et argumentée, Editions d'Organisation, 2006.

²⁸ HAS, PACTE - Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe

comme la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et plans d'action de ressources humaines :

- ▶ Visant à maîtriser de façon anticipée à court, moyen, et long terme, les écarts collectifs et individuels entre les besoins et les ressources
- ▶ En termes de volume, de compétences et de coûts
- ▶ En fonction des orientations et choix stratégiques et organisationnels de l'établissement.

La GPMC est aussi le moyen de renforcer l'attractivité des carrières des professionnels et de mettre en place des plans de formation répondant **aux orientations stratégiques de l'établissement**. Elle permet également d'actualiser l'ensemble des compétences des professionnels qui évoluent dans le temps (expériences professionnelles).

1.3.2 Le DPC, outil stratégique et transversal des établissements

Les établissements sanitaires et médico-sociaux se caractérisent par leur contexte mouvant, en **constante évolution**. Les regroupements et les nouvelles formes de coopération, l'évolution de la législation, ainsi que les réformes de gouvernance des établissements bousculent les organisations. Les dispositifs de la FPTLV offrent des outils de conduite du changement et fondent donc un instrument majeur de management. Le DPC doit permettre à l'établissement de lier la formation continue aux analyses de la pratique professionnelle et de concilier la démarche stratégique de l'établissement aux attentes individuelles des professionnels.

Le DPC est donc **transversal** dans la mesure où il permet de répondre aux orientations stratégiques du **projet d'établissement** et aux différents aspects de la contractualisation des établissements (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens CPOM, conventions tripartites, contrat de pôles en interne par exemple). Il est aussi un outil au service des professionnels dans la construction de leur carrière et de leurs **projets professionnels**.

Que l'établissement accueille des patients, des personnes âgées ou des personnes handicapées, l'objectif reste le même : **l'usager** est au cœur de ses préoccupations. Pourtant et alors que les formations initiales des professionnels paramédicaux sont standardisées (Institut de Formation en Soins Infirmiers et d'Aides-soignants IFSI, IFAS, etc.), il existe une **variabilité des pratiques** dans la prise en charge et l'accompagnement des usagers au sein d'un même établissement²⁹. L'extension de l'évaluation des pratiques et plus généralement de l'analyse peut permettre d'approcher une forme de consensus sur les pratiques (ou en tout cas de diminuer la variabilité des pratiques). Les modalités de DPC offrent la possibilité de formaliser des **espaces de**

²⁹ Risques et qualité en milieu de soins, le DPC, un défi pour la qualité et la sécurité des soins. Page 35. Mars 2014

réflexion et de construction sur les pratiques professionnelles. Ces temps doivent le plus possible permettre l'échange autour de la réalité du terrain et des modes de coopération possibles en favorisant la parole de chacun. Pour l'établissement, il s'agit là encore d'un outil permettant de rechercher l'amélioration continue de la qualité. Le DPC doit valoriser les principales formes d'évaluation de pratiques des professionnels qui sont source d'apprentissage et d'amélioration des prises en charge, en permettant également de **valoriser et d'impliquer les équipes** soignantes. En ce sens, le DPC peut devenir le garant de la sécurité et de la **qualité des soins et des accompagnements**, notions qui finalement pourraient résumer la finalité des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Au regard des méthodes et des modalités du DPC, les établissements disposent généralement de nombreux outils qui peuvent être repris dans les programmes de DPC. Pour certaines structures sanitaires et médico-sociales, l'un des enjeux est d'ailleurs de se **positionner comme ODPC** pour valoriser les démarches volontaires en matière d'analyse de pratiques professionnelles mais aussi de formations cognitives. Car si le DPC porte une innovation majeure, il mobilise pour l'essentiel **des outils déjà largement investis** par les professionnels. Un établissement ODPC pourra proposer à ses professionnels des programmes leur permettant de satisfaire à l'obligation de DPC. Cette possibilité accentue le pilotage de l'établissement en matière de plan de DPC. L'établissement ODPC peut également ouvrir ses programmes aux professionnels de santé extérieurs rencontrant des problématiques similaires.

Les concepts et les objectifs du DPC semblent s'inscrire dans les principales orientations stratégiques des établissements. Interdisciplinaire, rapprochant les intérêts individuels et collectifs, centré sur la qualité des soins et des accompagnements, le DPC doit constituer un **objectif majeur** pour les établissements. **Identifier les besoins des usagers et déceler les potentiels collectifs** d'une structure deviennent alors des étapes incontournables.

2 Déceler les potentialités de l'EHPAD du CMMF pour relever le défi du DPC

2.1 Positionnement de l'EHPAD du CMMF

2.1.1 Profil de l'établissement

L'EHPAD du Centre Médical des Monts de Flandre (CMMF) est issu de la transformation de lits de long séjour, officialisée par arrêté du 31 mars 2010. La capacité est de 65 places. **Toutes les personnes admises** le sont en raison de troubles psycho comportementaux en rapport avec **une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées**. Certains résidents ont été admis après un échec dans une structure traditionnelle, d'autres n'avaient jamais pu intégrer un établissement soit en raison de leur âge, soit en raison des troubles du comportement présentés. L'EHPAD du CMMF accueille jusqu'à **5 personnes âgées de moins de 60 ans** et, pour une part significative de l'ensemble des personnes accueillies, les premiers signes de la maladie sont apparus avant 60 ans.

L'EHPAD du CMMF est réparti en 4 unités accueillant de 14 à 18 résidents sur 3 niveaux :

- ▶ Au rez-de-chaussée, le Mont Noir : cette unité de 14 places accueille plus particulièrement des résidents présentant un **syndrome frontal**. Elle donne accès au Jardin de la Mémoire, fermé, de forme circulaire, permettant une déambulation facile et sans obstacle. Ce jardin est accessible à l'ensemble des résidents de la structure et de leurs familles. Ce lieu permet également des temps de détente et d'intimité.
- ▶ Au premier étage, deux unités :
 - ▶ Le Mont des Cats qui accueille 17 résidents
 - ▶ Le Mont de Lille qui accueille 16 résidents
- ▶ Au second étage, le Mont Cassel qui accueille 18 résidents.

A) Place de l'EHPAD au sein de son territoire

a) *Des résidents originaires d'un territoire à dimension régionale*

A la différence de la plupart des maisons de retraite, les résidents originaires de la commune d'implantation (Bailleul) et même du bassin de vie de proximité ne sont pas majoritaires au sein de la structure. L'EHPAD du CMMF répond à des **besoins** qui **dépassent** sensiblement ceux de la cité et même ceux de **la zone de proximité** de la Flandre Intérieure (définie comme zone de proximité par l'Agence Régionale de Santé, elle correspond « au cadre d'intervention pour le médico-social en tant qu'espaces de

sous-planification et de programmation des schémas, en tant que territoires de lancement des appels à projet »³⁰).

Provenance géographique des résidents		
Provenance géographique (au 31 mars 2014)	Nombre de résidents	En %
Ville de Bailleul	7	11%
Zone de proximité (Flandre Intérieure hors Bailleul)	19	30%
Autres villes du département	27	43%
Autres villes du Pas-de-Calais	7	11%
Autres	3	5%
TOTAL	63	100%

Seulement 1 résident sur 10 est originaire de Bailleul, ville de plus de 14 500 habitants. 4 résidents sur 10 sont originaires de la zone de proximité de la Flandre Intérieure.

Entre 2009 et 2013, sur 63 entrées, **20 résidents étaient déjà dans un EHPAD**, représentant plus de 30% des admissions.

Au regard de la provenance des résidents (6 résidents sur 10 ne sont pas originaires de la zone de proximité), l'activité de l'EHPAD repose donc sur l'évolution démographique et épidémiologique d'un territoire plus vaste.

b) Une situation démographique, sociale et épidémiologique spécifique

En février 2014, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) du Nord pas de Calais³¹ a publié un rapport d'étude portant sur « *la fragilité sociale des personnes âgées du Nord : entre vieillissement, précarité et dépendance* ». Il ressort de ce travail que la **question du vieillissement** est spécialement importante dans le Nord car il s'agit du département qui compte **le nombre le plus important de personnes âgées** : 466 000 personnes âgées de 60 ans et plus, soit 18,2% de la population totale en 2007. À l'horizon 2025, la part des personnes de 60 ans et plus va progresser au même rythme qu'en moyenne nationale (environ + 6 points) ce qui induira près de 170 000 séniors supplémentaires.

L'étude rappelle le lien entre état de santé de la population et fragilités sociales. Si la situation financière des séniors du Nord n'apparaît pas plus fragile que celle du reste de la population du département, elle s'avère plus difficile que pour la moyenne de France

³⁰ ARS Nord-Pas-de-Calais : Projet Régional de Santé du Nord-Pas-de-Calais, les territoires de santé.

³¹ INSEE, Fragilité sociale des personnes âgées du Nord : entre vieillissement, précarité et dépendance, Février 2014

métropolitaine. En particulier pour les 60-74 ans, le taux de 13 % de ménages sous le seuil de pauvreté est parmi les plus élevés du pays.

La fragilité sociale des personnes âgées s'exprime également par la dépendance physique et mentale. L'enjeu est important pour le département puisque **la dépendance est plus présente qu'au niveau national** : en 2007, 10,6 % des personnes âgées du département sont dépendantes, soit 49 000 personnes, contre 9,2 % en France métropolitaine. Les moins bonnes conditions sanitaires accentuent cet écart avec la reste de la métropole, et se traduisent notamment par des taux de dépendance plus élevés quel que soit l'âge, de + 1 point pour les 60 à 69 ans jusqu'à + 3 points passés les 85 ans. Dans ce cadre, le nombre de personnes âgées dépendantes dans le Nord progresserait fortement d'ici 2025 (entre + 34 % et + 48 % selon les hypothèses retenues).

En ce qui concerne l'épidémiologie portant sur la maladie d'Alzheimer et les autres démences, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) publiait en 2013 des chiffres alarmants³². En France, le nombre de personnes atteintes s'élevaient en 2010 entre 750 000 et 1 000 000 de personnes. Les projections retenues s'élèvent entre 1,29 et 1,40 millions de personnes malades en 2030. Le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées devrait donc progressé de 40 à 70% dans les 20 années à venir. Sur les cantons d'Hazebrouck, d'Armentières et de Bailleul, qui constituent la filière gériatrique dans laquelle se situe l'EHPAD du CMMF (172 000 habitants), on estime que plus de **11% de la population âgée de plus de 60 ans** est atteinte de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée.

c) *L'émergence de la filière gériatrique*

La circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques³³ dispose que « *la filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quelque soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique* ».

La filière gériatrique « Flandre Lys et Flandre Intérieure » se réunit régulièrement depuis plusieurs années et a fait l'objet d'une formalisation par le biais d'une convention signée en juillet 2011. Elle doit poursuivre son développement autour de l'hôpital de jour gériatrique du Centre Hospitalier d'Armentières et des consultations de gériatrie. Elle couvre 4 Comités Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) dont celui des cantons

³² InVS, Maladie d'Alzheimer et démences apparentées : taux d'ALD, de patients hospitalisés et de mortalité en France métropolitaine, 2007 et 2010 ; février 2013

³³ Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

de Bailleul et Merville qui dispose de locaux et d'une permanence 6 jours sur 7 au sein de l'EPSM des Flandres.

L'ensemble des activités du CMMF est partie prenante de la filière gériatrique du territoire « Flandre Lys et Flandre Intérieure » portée par le Centre Hospitalier d'Armentières. Les spécificités du CMMF représentent **des atouts indéniables** et reconnus pour la filière : consultation mémoire, unité cognitivo-comportementale (UCC), EHPAD spécialisé.

B) Place de l'EHPAD au sein de l'EPSM des Flandres

L'EHPAD du CMMF est une structure rattachée à un Etablissement de Santé, l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) des Flandres. L'EPSM des Flandres dispose d'une offre de soins basée autour de 6 secteurs de psychiatrie générale et 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. L'EPSM des Flandres s'inscrit sur deux territoires de santé : territoire de la Métropole pour la Flandre Intérieure et territoire du Littoral pour les secteurs de Dunkerque et couvre une population de plus de 368 000 habitants.

a) *Le projet d'Etablissement de l'EPSM des Flandres*

Sur les 8 **orientations du projet d'établissement 2013-2017** de l'EPSM des Flandres, 3 visent l'accompagnement de l'EHPAD du CMMF :

- ▶ Orientation 4 : organiser le parcours de soin de la personne âgée.
- ▶ Orientation 7 : impulser les coopérations sanitaires et médico-sociales, ainsi que les actions territoriales spécifiques
- ▶ Orientation 8 : un dispositif médico-social inscrit dans la qualité de la prise en charge des résidents

b) *L'expertise des directions fonctionnelles de l'EPSM au service de l'EHPAD*

Directions fonctionnelles de l'EPSM des Flandres	Principaux domaines de compétence	Expertises au service de l'EHPAD du CMMF
▶ Direction des services financiers et de la patientèle	Budgets ; contrôle de gestion ; Admission ; Facturation ; CRUQPC, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Budget ▶ Commission d'admission ▶ Réglementations / litiges financiers ▶ Droit des résidents
▶ Direction des technologies et du système d'information	Système d'information ; nouvelles technologies ; réseaux ; téléphonie, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informatisation du dossier résident ▶ Circuit du médicament ▶ Support technique, maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre
▶ Direction des Ressources Humaines	Gestion des carrières ; organisation du travail ; médecine du travail ; instances représentatives des personnels ; qualité de vie au travail, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Expertise et droit des RH ▶ Organisation et conditions de travail ▶ Gestion des effectifs en liaison avec la Direction des soins et le chef de pôle
▶ Direction de la stratégie, de la coordination des pôles et de la communication	Projet d'établissement ; CPOM ; projet social ; GPMC ; formation ; communication ; gouvernance, développement durable, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plan de formation ▶ Communication ▶ Méthodologie de projets ▶ Gouvernance du pôle
▶ Direction de la qualité et de la gestion des risques	Politique qualité ; prévention gestion des risques ; document unique ; APP, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Démarche qualité gestion des risques ▶ Promotion de la bientraitance
▶ Direction des soins	Projet de soins ; recrutements et affectation des personnels paramédicaux ; coordination des soins ; Equipe Opérationnelle d'Hygiène ; encadrement des stagiaires ; plan bleu, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Recrutements et affectations des professionnels en liaison avec la DRH et le chef de pôle ▶ Affectation des stagiaires ▶ Projet de soin ▶ Participation au CVS et commissions de coordination gériatrique
▶ Direction des prestations hôtelières et logistiques	Marchés publics ; politique d'achats ; Restauration ; blanchisserie ; transports ; espaces verts ; CLAN, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Equipements ▶ Prestations d'entretien ▶ Restauration ▶ Blanchisserie
▶ Direction des investissements et des infrastructures	Patrimoine ; locations ; travaux ; assurances ; études techniques ; sécurité ; sécurité incendie ; plan blanc, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Entretien du bâtiment, travaux et rénovations ▶ Sécurité incendie

C) Place de l'EHPAD au sein du CMMF

Le Centre Médical des Monts de Flandre (CMMF) a ouvert en septembre 1993 pour répondre aux difficultés d'hébergement des patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées dont la sévérité des troubles du comportement ne permettait pas le maintien au domicile ou en structure médico-sociale. Aux 80 lits d'USLD (unité de soins longue durée) a été associé un service de consultation mémoire, animé par l'équipe du Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille. Il fut le **premier centre mémoire** décentralisé initiant ainsi le réseau des consultations.

Evolution de la qualification des lits du CMMF	
De 1993 à 2001	80 lits USLD
De 2002 à 2008	65 lits ULSD + 15 lits SSR
Depuis 2009	65 places EHPAD + 15 lits UCC

Entre 1997 et 2001, le CMMF a porté un projet expérimental d'hébergement temporaire pour la réalisation de bilans à la recherche des causes d'aggravation comportementale. Cette expérimentation a débouché sur la qualification de 15 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) fin 2001. Le plan Alzheimer 2008-2012 a ensuite permis de labéliser ce service en Unité Cognitivo-Comportementale dès 2009.

Actuellement, le CMMF réunit donc **3 activités** :

- ▶ La consultation mémoire conventionnée avec le CMRR du CHU de Lille (plus de 1000 consultations en 2013)
- ▶ L'UCC de 15 lits avec en moyenne 135 admissions par an la plupart du temps suivies d'un retour au domicile (ou EHPAD) dans 2 cas sur 3
- ▶ Un EHPAD de 65 places accueillant **exclusivement** des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

La prise en charge et l'accompagnement des patients et des résidents du CMMF **nécessite que les professionnels disposent de parfaites connaissances** des maladies neurodégénératives, des difficultés comportementales et des complications liées à ces maladies. Entre 2009 et 2013, sur 63 admissions à l'EHPAD, 46 résidents avaient, en amont de leur entrée, été hospitalisés à l'UCC du CMMF (près de 75% des admissions).

2.1.2 Les profils des résidents révèlent des besoins de compétences

L'ensemble des résidents présente une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée diagnostiquée avant l'entrée dans la structure. Entre 2009 et 2013, **les pathologies** des personnes accueillies se répartissent de la manière suivante :

- ▶ 33% des résidents souffrent de maladie d'Alzheimer
- ▶ 28% de dégénérescence fronto temporale
- ▶ 22.7% de déclin d'origine mixte
- ▶ 7.8% de maladie à corps de Lewy
- ▶ 3% de déclin d'origine vasculaire
- ▶ 2.8% de déclin d'une autre origine (Psychose maniaco-dépressive, Chorée de Huntington).

La proportion importante de dégénérescence fronto temporale (une pathologie rare et tout à fait atypique pour un EHPAD) s'explique par le fait que la structure s'est spécialisée depuis plusieurs années dans l'accueil des résidents présentant un syndrome frontal.

Il est fréquent que les résidents de l'EHPAD du CMMF, souffrant de déclin cognitif, présentent **des troubles sévères du comportement** :

- ▶ Idées délirantes, hallucinations
- ▶ Agitation, agressivité
- ▶ Dépression, anxiété
- ▶ Euphorie, exaltation de l'humeur
- ▶ Apathie, indifférence,
- ▶ Désinhibition, impulsivité, familiarité, irritabilité
- ▶ Comportement moteur aberrant
- ▶ Troubles du sommeil, de l'appétit, des conduites alimentaires
- ▶ Modifications brutales du comportement (agitation, somnolence...)
- ▶ Syndrome confusionnel

Les personnes accueillies à l'EHPAD du CMMF **ont toutes perdu** de manière significative une partie de **leur autonomie**.

Le GMP de l'EHPAD du CMMF					
Années	2009	2010	2011	2012	2013
GMP	855	888	905	919	880

Le GMP de l'EHPAD du CMMF reste **très élevé** entre 2009 et 2013. A titre de comparaison, le GMP moyen des EHPAD du département du Nord était de 700 en 2012.

D'après l'étude de la DREES de février 2014³⁴, « Le GMP des EHPAD passe en moyenne de 663 à la fin 2007 à 700 à la fin 2011. Il est plus élevé dans les USLD : 845 à la fin 2007 et 866 à la fin 2011 ». Sur les 5 dernières années, le niveau de dépendance des résidents de l'EHPAD du CMMF est supérieur à ceux observés en USLD.

Structuration des GIR de l'EHPAD du CMMF au 31 décembre 2013			
Groupe	Résidents	En %	Les autres EHPAD : Enquête CNSA ³⁵
GIR 1	23	38%	20%
GIR 2	30	49%	35%
GIR 3	3	5%	16%
GIR 4	5	8%	19%
GIR 5	0	0%	6%
GIR 6	0	0%	5%

Cette étude précise encore que « la part des résidents très dépendants en EHPAD (en GIR 1 et 2) atteint 55% en 2011 ». Au 31 décembre 2013, la part des GIR 1 et 2 représente 87% à l'EHPAD du CMMF.

Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) permet de déterminer pour un EHPAD le niveau moyen des soins médicaux et techniques nécessaires. Il est établi à partir de l'analyse transversale des besoins en soins requis, appelée coupe PATHOS, qui donne lieu à une cotation en points. D'après les données de la CNSA, les EHPAD tarifés au GMPS (GMP soins) ont un PMP moyen de 185 sur la période 2010-2012. A l'EHPAD du CMMF, le PMP s'établissait à 262 en 2011 et 223 en 2009, ce qui correspond, là aussi, à **des niveaux courants constatés en USLD**.

Afin de mesurer le stade d'évolution de la pathologie neurologique des personnes accueillies, le mini-mental state (MMS) est régulièrement mis à jour pour la structure.

Au 31 décembre 2013, les résultats étaient :

- ▶ 45 résidents ont un MMS inférieur à 5/30, soit 73.7%
- ▶ 6 compris entre 5 et 10, soit 10%,
- ▶ 2 compris entre 10 et 15, soit 3%,
- ▶ 4 compris entre 15 et 20, soit 6.5%,
- ▶ 3 compris entre 20 et 25, soit 5%,
- ▶ 1 résidente a un MMS supérieur à 25, soit 1.6%

³⁴ L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. DREES. N°877. Février 2014

³⁵ Les soins en EHPAD en 2012. CNSA. Octobre 2013

Sur les 5 dernières années, **la moyenne d'âge** des personnes accueillies est restée stable, autour de 77 ans, avec une représentation féminine plus forte (59% de femmes, 41% d'hommes). La moyenne d'âge est donc sensiblement en dessous de la moyenne d'âge des autres EHPAD (de plus de 85 ans). **Les personnes âgées de moins de 75 ans** représentent à l'EHPAD du CMMF **plus de 40% de la population accueillie** alors qu'en général, cette proportion s'élève à moins de 15%.

L'ancienneté dans la structure est en moyenne de 4,4 ans mais on constate de grands écarts dans les durées de présence : 3 résidents sont accueillis dans la structure depuis plus de 10 ans dont une dame depuis plus de 17 ans. La durée moyenne de séjour semble supérieure aux données générales (4,4 ans contre 3,8 ans).

Les nouvelles admissions à l'EHPAD du CMMF					
	2009	2010	2011	2012	2013
Nombres de nouvelles admissions	6	17	10	20	10
Taux de nouvelles admissions (1)	9%	26%	15%	31%	15%
Âge moyen à l'entrée	78	72	75	72	69

(1) : le taux est calculé en divisant le nombre de nouvelles admissions par la capacité de l'établissement

Le taux de nouvelles admissions est inférieur à celui observé dans les autres EHPAD³⁶ (19% en moyenne contre 27%). Pourtant, le taux moyen des autres EHPAD est fortement corrélé au GMP moyen (en exemple, le taux est de plus de 40% lorsque le GMP est supérieur à 694).

L'établissement accueille jusqu'à **5 résidents de moins de 60 ans** dont l'admission nécessite une dérogation d'âge accordée par le Conseil Général. Depuis 2009, 9 résidents sont entrés avant 60 ans avec une moyenne d'âge de 54,75 ans lors de l'admission, le plus jeune avait 43 ans et souffrait de dégénérescence fronto temporale. Cinq étaient suivis dans le cadre d'une dégénérescence fronto temporale et 3 pour une maladie d'Alzheimer à début précoce. Sur un total de 63 entrées en 5 ans, 19 résidents avaient présenté les premiers signes de la maladie avant 60 ans.

Les professionnels de l'EHPAD accompagnent donc des résidents touchés sévèrement par la maladie dans leur autonomie et leur comportement. Ils ont donc **besoin de comprendre** les effets de la maladie pour **développer des compétences et des pratiques adaptées** à la population accueillie. L'âge des résidents, plus jeunes que dans d'autres structures, nécessite également l'émergence de **réflexions collectives et pluriprofessionnelles**.

³⁶ Observatoire des EHPAD, janvier 2013. KPMG

2.1.3 Les professionnels de l'EHPAD

Au 31/12/2013, l'EHPAD du Centre Médical des Monts de Flandre disposait de :

- ▶ 63 agents non médicaux pour 56,5 Equivalents Temps-Plein (ETP)
- ▶ Un médecin coordonnateur à mi-temps
- ▶ Un praticien attaché, qui assure des vacations et des astreintes au centre médical des monts de Flandre.
- ▶ Trois kinésithérapeutes, deux orthophonistes, une pédicure podologue conventionnés qui assurent des soins aux bénéficiaires des résidents
- ▶ Une coiffeuse conventionnée qui assure des prestations aux bénéficiaires des résidents.

Sur les 63 agents non médicaux, 46 sont titulaires, 5 stagiaires, 1 contractuel en contrat à durée indéterminée et 11 contractuels à durée déterminée.

Répartition fonctionnelle des agents non médicaux par profession au 31/12/2013 :

Fonctions	Nombre d'agents	Nombre d'ETP
Cadre supérieur de santé	1	0,5
Cadre de santé	1	1
Infirmière coordinatrice	1	1
Infirmiers	9	8,8
Aides-soignants	33	32,3
Aides-médico-psychologiques	2	2
Auxiliaires de vie sociale	10	6,8
Animateurs	2	1,8
Assistante sociale	1	0,3
Agent d'accueil	1	1
Agents administratifs	2	1
Total	63	56,5

Répartition par âge et par sexe

Sexe ; âge	18 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	Total
Homme	1		2	2		1		1	7
Femme	10	12	6	5	7	8	4	4	56
Total	11	12	8	7	7	9	4	5	63

La moyenne d'âge des professionnels masculins est de 38 ans et 5 mois, 37 ans et 2 mois pour les professionnels féminins soit une moyenne générale de 37 ans et 3 mois. Les valeurs extrêmes se situent à 19 ans et 57 ans.

On constate une répartition par tranche d'âge relativement uniforme excepté pour les deux premières tranches, 18-25 ans et 26-30 ans qui représentent plus d'un tiers de l'effectif total.

9 % des agents étaient présents à l'ouverture de la structure. Le renouvellement est constant mais s'est vu accentué en 2010 et surtout en 2012. Plus de 60 % des agents ont moins de 5 ans d'expérience au sein de la structure, 30 % moins de 2 ans.

Près de 70% des professionnels de l'EHPAD entrent dans **l'obligation du DPC**. Les professionnels, de part les caractéristiques des résidents et afin de réduire les écarts de pratiques ou de perceptions, ont besoin **d'espaces de réflexion et d'analyse**. En matière de DPC, au-delà de remplir ses obligations, l'établissement doit rechercher le **renforcement et la valorisation de ses compétences**.

2.2 La place du DPC et la politique de formation au sein de l'Etablissement

2.2.1 La politique de formation de l'EPSM des Flandres

Dans le projet d'établissement de l'EPSM des Flandres, la formation est définie comme « **un outil central** du développement et de la valorisation des compétences, elle permet aux professionnels de s'ouvrir à de nouveaux horizons de recherche et de la connaissance et mettre leurs savoirs au profit de la qualité des soins et de la prise en charge du patient ». La formation relève de la Direction de la Stratégie mais les démarches (GPMC, DPC...) sont menées en lien avec la Direction des Ressources Humaines (DRH), la Direction des Soins (gestion des compétences) et la Direction Qualité (EPP). L'établissement collabore étroitement avec l'ANFH.

Depuis le décret de 2008 relatif à la FPTLV, l'établissement a mis en œuvre des axes prioritaires de formation répondant aux **orientations nationales** dont le bilan se révélait riche à la fin 2012. Quelques exemples sans exhaustivité :

- ▶ Gestion de la violence et de l'agressivité (167 agents)
- ▶ Bientraitance (115 agents)
- ▶ Accueil du nouvel arrivant (88 agents).

L'établissement a également axé ses plans de formation successifs au regard **d'orientations institutionnelles**, comme par exemple :

- ▶ Droits des usagers, législation psychiatrique (156 agents)
- ▶ Les gestes d'urgence (271 agents)
- ▶ Les entretiens infirmiers (104 agents).

L'établissement a par ailleurs accompagné les agents en formation (9 agents en formation d'infirmiers, 14 agents en formation de cadres de santé, etc.).

Les fondements des plans de formation pour les années 2014 à 2018 reposent sur :

- ▶ Des actions de formation engagées et devant se poursuivre : **bientraitance, douleur**, circuit du médicament, etc.
- ▶ La promotion professionnelle articulée avec la démarche de GPMC
- ▶ **Le DPC**
- ▶ La formation du nouvel arrivant et le tutorat
- ▶ **La collaboration et les réseaux**

Pour assister le Comité Technique d'Établissement (CTE), une commission de formation (représentants du personnel, de la direction et les référents « formation ») définit les grands axes et les priorités en matière de formation. **Les budgets de formation** sont en **partie délégués** au niveau du **pôle d'activité**. Les formations obligatoires et institutionnelles ne sont pas déléguées, comme les formations promotionnelles ou d'autres dispositifs tels que le CFP. Toutes les orientations font l'objet de discussions en commission de formation, en CTE et en bureaux de pôle.

En matière de DPC, **l'EPSM des Flandres a été enregistré** sous le numéro d'organisme 2855 auprès de l'OGDPC pour la période transitoire qui devait s'achever jusqu'au 30 juin 2013. Le rapport de l'IGAS sur l'OGDPC a soulevé la question de cette période transitoire qui n'a toujours pas été officiellement prolongée. Cependant, le dossier d'évaluation de l'établissement **a été jugé conforme** le 21 janvier 2014. En revanche, le dossier de l'établissement doit encore faire l'objet d'une évaluation par la CSI. L'établissement dispose de 2 programmes de DPC « témoins » :

- ▶ La gestion de la violence et de l'agressivité (formation Oméga)
- ▶ Le tutorat des nouveaux professionnels paramédicaux.

2 autres programmes ont été déposés par l'établissement :

- ▶ L'accompagnement et l'encadrement des stagiaires paramédicaux
- ▶ Le dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte.

Une instance a été créée en juin 2013 sous le nom de **Comité de Pilotage DPC** (COPIL DPC). Le COPIL est composé du directeur général, des directeurs adjoints en charge des Ressources Humaines, de la Stratégie, de la Qualité, des Soins, du praticien hospitalier chargé de la FMC et du responsable du département Formation Continue. Il s'est réuni une fois en 2013.

L'EPSM des Flandres semble avoir placé la formation continue au cœur de ses préoccupations depuis de nombreuses années. En matière de DPC, l'établissement en tant qu'ODPC offre des possibilités **de valoriser des travaux d'équipes**. Le COPIL DPC est le lieu où les actions potentiellement éligibles doivent être discutées. **Il n'y a pas de programme DPC** relatif au secteur médico-social et donc **à l'EHPAD du CMMF**.

2.2.2 La politique de formation à l'EHPAD du CMMF

L'EHPAD du CMMF s'appuie sur le service Formation de l'EPSM des Flandres et bénéficie de l'adhésion de l'établissement à l'ANFH. Les besoins en matière de formation sont repartis en 2 niveaux :

- ▶ **Les formations liées au projet de pôle** dont dépend l'EHPAD (Pôle des Monts de Flandres). Le plan de formation est validé en bureau de pôle qui bénéficie d'une délégation de la direction (mise en place depuis 2012), sur proposition de l'EHPAD et correspondant aux besoins d'évolution de la structure. En 2013, les principales formations retenues dans le plan étaient :
 - ▶ Maladie d'Alzheimer (**programme de formation interne**)
 - ▶ Approches non médicamenteuse pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer
 - ▶ Accompagnement des personnes en fin de vie
 - ▶ Alimentation et maladie d'Alzheimer
 - ▶ Journée humanité bienveillance
 - ▶ Animer un atelier esthétique
 - ▶ Assistant de soins en gérontologie
 - ▶ La fonction d'infirmière référente
- ▶ **Les formations hors pôle**. Elles sont directement gérées par l'EPSM des Flandres. Elles concernent à la fois les formations obligatoires dites institutionnelles et les formations promotionnelles ou d'adaptation à l'emploi. En 2013, les formations « hors pôle » retenues étaient par exemple :
 - ▶ Gestes d'urgence
 - ▶ Manutention portage
 - ▶ Transmissions ciblées
 - ▶ Formation incendie
 - ▶ Formation à l'accompagnement et à l'encadrement des stagiaires paramédicaux
 - ▶ Omega (gestion de violence et de l'agressivité)

Les propositions de formation liées au pôle sont discutées avec les professionnels lors de l'entretien d'évaluation annuel. En 2013, 50 agents de l'EHPAD du CMMF ont pu bénéficier d'une formation, ce qui représente un total de 2135 heures de formation.

Les professionnels de l'EHPAD du CMMF peuvent bénéficier d'un **programme de formation réalisé en interne**. Celui-ci porte sur les difficultés de prise en charge et d'accompagnement que liées à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées. Construit autour de 3 modules, le programme de formation s'appuie sur **les ressources internes** du CMMF :

- ▶ **Le module 1** porte sur les aspects cliniques des maladies, les troubles du comportement et la sensibilisation à la bientraitance. Il est animé par 2 gériatres praticiens hospitaliers de l'établissement.
- ▶ **Le module 2** est relatif aux aspects nutritionnels, aux activités d'animation et aux aides techniques (ergothérapie). Un gériatre est accompagné d'un ergothérapeute, d'un diététicien et d'une animatrice de l'établissement.
- ▶ **Le module 3** présente la prévention, le dépistage et la gestion de la douleur des résidents et des patients ainsi que l'accompagnement et la prise en charge de la fin de vie. 2 gériatres de l'établissement animent le module avec la participation d'un médecin de l'équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs du territoire.

Chacun des modules se déroule sur une journée (3 fois 6 heures). Chaque année, en fonction de l'organisation des services, une dizaine de professionnels de l'EHPAD participe au programme de formation.

Le positionnement de l'EHPAD du CMMF, la situation de l'EPSM des Flandres (gestionnaire de l'EHPAD) et la politique formation révèlent un **terrain favorable** à l'appropriation du DPC pour les équipes de l'EHPAD. Au regard des connaissances et des compétences que développent les professionnels et du positionnement de l'EHPAD dans son environnement, il semble que le DPC soit un moyen de **valoriser la structure et ses équipes**. Il devient alors nécessaire de mettre en œuvre une porte d'entrée nouvelle pour favoriser l'investissement des professionnels de l'EHPAD dans le DPC.

3 Pistes de réflexion et préconisations pour instaurer et maintenir une dynamique DPC au sein de l'EHPAD et d'un établissement

3.1 Renforcer et valoriser les compétences des professionnels à l'aide d'un programme DPC structurant et novateur

3.1.1 La réflexion des professionnels sur la démarche et le projet de l'établissement : un préalable

L'EHPAD du CMMF a réalisé son **évaluation interne** fin 2012 avec l'aide d'une société prestataire et grâce à la participation des professionnels. Si ces résultats ont incité les professionnels à **poursuivre la dynamique** engagée autour de la personnalisation des accompagnements et des prises en charge, ils ont aussi mis en lumière **l'absence de projet d'établissement**. Depuis la loi 2002-2 du 02 janvier 2002, chaque établissement ou service social ou médico-social doit, conformément à l'article L.311-8 du CASF, élaborer un Projet d'Etablissement ou de service. Cet article dispose que : « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement (...) ».

Au cours du second semestre 2013, le groupe « projet d'établissement » s'est constitué avec l'objectif de formaliser la feuille de route de l'EHPAD pour les 5 années à venir³⁷. Ce groupe de travail réunissait des professionnels volontaires de l'EHPAD, le chef de pôle, l'encadrement, des membres du Conseil de la Vie Sociale (CVS) et les représentants de la direction de l'EPSM des Flandres. Nous avons réussi à valoriser la parole des soignants, qui ont largement contribué à la détermination des orientations stratégiques ; 3 axes ont été retenus :

- ▶ **Maintenir et développer** l'accompagnement et la prise en charge des personnes accueillies au regard de leurs spécificités : la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
- ▶ **Affirmer et développer** l'accompagnement et la prise en charge des personnes jeunes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
- ▶ **Conforter et amplifier** le positionnement de l'EHPAD du CMMF au sein de son territoire et de la filière gériatrique et l'ouverture sur l'extérieur.

³⁷ L'élaboration du projet d'établissement de l'EHPAD fut l'une de mes missions principales déléguées durant le stage de professionnalisation

Lorsque ces axes stratégiques ont été validés, les professionnels membres du groupe se sont investis dans la suite de projet. Dans les différentes unités de vie de l'EHPAD, chaque orientation a fait l'objet de brainstorming **entre soignants**. Ces temps dédiés étaient valorisés et faisaient l'objet de récupération horaire sur le temps de travail. Les restitutions des ateliers ont très rapidement confirmé l'hypothèse selon laquelle le programme de formation interne constituait un **repère central** pour les professionnels et **donnait du sens** à chacune des orientations. Alors que le groupe n'avait pas évoqué le dispositif du DPC, les professionnels ont rattaché le programme de formation interne à l'EHPAD dans les 3 axes retenus :

- ▶ Le programme de formation interne nourrissait les spécificités de l'établissement autour de la maladie Alzheimer et des maladies apparentées
- ▶ Il permettait d'appréhender les différents stades d'évolution de la maladie et notamment les caractéristiques de la maladie précoce
- ▶ Le programme de formation était défini comme un moyen de renforcer le positionnement de l'EHPAD du CMMF au sein de son territoire à travers la filière gériatrique et les EHPAD voisins.

Pour renforcer le programme de formation et lui permettre de répondre aux différents volets stratégiques retenus dans le projet d'établissement, nous avons **communiqué** sur la démarche de DPC en insistant sur les points nous paraissant essentiels :

- ▶ Le DPC regroupe les apports cognitifs et l'évaluation des pratiques
- ▶ L'EPSM des Flandres est enregistré comme ODPC et peut répondre à l'obligation des professionnels
- ▶ Les modes de travail en équipes existants à l'EHPAD peuvent compléter un dispositif de formation cognitive.

La démarche participative d'élaboration du projet d'Etablissement d'un EHPAD semble donc être la base de réflexion essentielle à la mise en œuvre d'un plan DPC. Elle permet de définir le sens et les priorités du dispositif. La conjonction entre l'écriture du projet d'Etablissement et la réflexion relative au DPC a représenté une opportunité.

Les retours des équipes furent satisfaisants. Nous avons alors sollicité le COPIL DPC de l'établissement qui s'est réuni en mars 2014. Le COPIL s'est favorablement prononcé pour que le programme de formation fasse l'objet d'une formalisation DPC.

3.1.2 De la formation interne aux attentes d'un programme de DPC

A) La définition des objectifs du programme

L'**identification des besoins** exprimée dans notre 2^{ème} partie est l'**étape préalable** à la définition des objectifs du programme. Les objectifs traduisent donc :

- ▶ Les besoins de compétences tant en interne qu'en externe relatifs à la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées
- ▶ La valorisation des ressources humaines médicales du CMMF de l'EPSM des Flandres.

La finalité du programme repose sur le savoir-faire et l'expérience des équipes de l'EHPAD et de l'UCC du CMMF. Elle se résume à **comprendre les troubles du comportement lors de démence pour apprendre à les gérer en EHPAD**. Les objectifs peuvent donc être :

- ▶ Mieux connaître la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées
- ▶ Connaître les différents troubles du comportement de chaque maladie : maladie d'Alzheimer, dégénérescence frontotemporale, démence vasculaire, maladie à corps de Lewy
- ▶ Différencier ces troubles de ceux en lien avec une maladie psychiatrique
- ▶ Reconnaître une confusion à l'origine des troubles du comportement et savoir la gérer
- ▶ Identifier les facteurs environnementaux pouvant favoriser les troubles du comportement
- ▶ Savoir dépister les troubles du comportement dus aux douleurs
- ▶ Accompagner les proches des résidents ayant des troubles du comportement
- ▶ Favoriser une réflexion éthique autour des résidents ayant des troubles du comportement.

B) Les orientations et l'identification des recommandations

Au regard de l'arrêté du 26 février 2013 fixant les orientations nationales du DPC, le programme s'inscrit dans plusieurs orientations :

- ▶ Orientation n°1 : contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients
 - ▶ La promotion de la prévention ou de dépistage
- ▶ Orientation n°2 : contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients
 - ▶ L'amélioration de la qualité de vie du patient et la prise en charge des personnes fragiles et/ou handicapées, et de leur entourage
 - ▶ La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance

- La formation à la relation « professionnel de santé-patient » ou « partenariat soignant-soigné »
- Orientation n°3 : contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques
- Développer une approche sur la pertinence des soins et des actes par des outils adaptés à son amélioration.

Le programme de DPC doit s'appuyer sur des **recommandations professionnelles** qui permettent de garantir selon la HAS « la rigueur et la légitimité de la démarche ». Les professionnels médicaux pilotes du programme s'appuient sur les recommandations et les référentiels suivants :

- La Bienveillance, définition et repère pour sa mise en œuvre - ANESM - Juillet 2008
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social - ANESM - Février 2009
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - HAS - Mai 2009
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux - ANESM - Octobre 2010
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge - HAS - Décembre 2011
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge de l'apathie - HAS - octobre 2013
- Les outils MobliQual.

C) Les modalités du programme répondant à la démarche DPC

Pour que le programme soit reconnu DPC, les décrets d'application rappellent qu'il doit « comporter une des méthodes et des modalités validées par la HAS après avis de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales ». La méthode retenue par la HAS relative à la formation présentielle³⁸ précise que le programme doit nécessairement comporter :

- « **Un temps d'acquisition ou d'approfondissement de connaissances ou de compétences** qui peut utiliser des méthodes pédagogiques variées et adaptées aux professionnels concernés

³⁸ Développement professionnel continu – Fiche méthode – formation présentielle - HAS - Mai 2014

- ▶ **Une modalité de transfert des connaissances/compétences** (exemples : messages-clés synthétisés sur des documents écrits ou des envois par adressage électronique)
- ▶ **Un dispositif de suivi de l'acquisition des connaissances/compétences** (par exemple : questionnaire avant-après).

Cette activité de formation doit être complétée par **un temps d'analyse des pratiques** qui peut être :

- ▶ Soit intégré à la formation, par exemple au moment de l'identification des besoins de formation ou encore lors de l'évaluation de l'impact de la formation
- ▶ Soit externalisé, en complément de la formation et articulé avec elle ».

Le programme de formation interne de l'EHPAD du CMMF doit donc faire l'objet d'ajustements pour proposer aux agents et aux professionnels extérieurs (de la filière par exemple) un programme DPC. Pour répondre aux différents objectifs nés de la réflexion des professionnels à travers le projet d'établissement, le programme pourrait s'articuler de la manière suivante :

Etape 1 : acquisition de connaissances et de compétences dans la gestion des troubles du comportement lors de démence en EHPAD (l'enseignement se basera essentiellement à partir de cas cliniques)

Journée 1 :

- ▶ Evaluation des compétences (questionnaire)
- ▶ Connaissance de la maladie : signes cliniques
- ▶ Les troubles du comportement dans les principales maladies à l'origine d'un syndrome démentiel
- ▶ Evaluation des troubles du comportement avec les échelles NPI (Inventaire NeuroPsychiatrique) et de Cohen-Mansfield
- ▶ Différenciation d'une maladie psychiatrique
- ▶ Etiologies des troubles du comportement lors d'un syndrome démentiel
- ▶ Conduite à tenir devant un résident agité et agressif
- ▶ Particularité des malades jeunes
- ▶ Les traitements non-médicamenteux
- ▶ Recommandations professionnelles

Journée 2 :

- ▶ Reconnaître la douleur comme étiologie à des troubles du comportement
- ▶ Accompagner les proches des résidents ayant des troubles du comportement

- ▶ Questionnement éthique pour une équipe soignante devant accompagner des résidents avec troubles du comportement (restriction de la liberté d'aller et venir, hypersexualité, hospitalisation, etc.)
- ▶ Evaluation des compétences (questionnaire)

Etape 2 : espace de réflexion sur les pratiques professionnelles et d'identification d'actions et de suivi d'amélioration

Journée 3 :

- ▶ Identification des situations réelles vécues par les stagiaires : analyse interprofessionnelle
 - ▶ Troubles du comportement
 - ▶ Situations de refus de soins en EHPAD
 - ▶ Accompagnement des aidants / familles
- ▶ Réflexions pluriprofessionnelles sur le projet personnalisé des résidents présentant des troubles du comportement
- ▶ Evaluation des compétences (questionnaire)

L'intégration du programme dans le dispositif DPC nécessite de travailler la **traçabilité** de documents requis. L'établissement devra remettre aux participants un livret pédagogique qui mentionnera le programme détaillé, les points clés de la formation et les principales recommandations. En tant qu'ODPC, l'établissement remettra à chaque professionnel une attestation de présence au programme.

3.2 Le dispositif DPC au service du management du directeur

3.2.1 Au-delà du programme et de l'obligation, les Groupes d'Analyse de Pratiques en EHPAD renforcent le travail d'équipe et l'amélioration continue

Les temps d'analyse de pratiques peuvent être externalisés à l'activité de formation cognitive. La HAS propose des fiches relatives aux différentes approches d'analyses des pratiques :

- ▶ 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.

Si nous cherchons à valoriser **les compétences collectives** et réduire la variabilité des pratiques des professionnels tout en se reposant sur les travaux déjà réalisés dans nos établissements, le Groupe d'Analyse de Pratiques (GAP) semble l'approche la plus adaptée aux EHPAD³⁹. Mettre en œuvre et formaliser cette approche permettent à la structure de **démontrer son implication dans la démarche d'amélioration continue de la qualité**. Le cadre de santé pourrait en être l'animateur. Ces instants autorisent à chaque professionnel d'exposer ses pratiques, sans jugement, en restant centré sur des problématiques de terrain. Les groupes d'analyse de pratiques doivent stimuler le débat et faire émerger les différents points de vue pour **permettre un rapprochement** vers les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Ces temps seraient l'occasion d'aborder différemment les événements et les dysfonctionnements rencontrés les jours précédents. Pour le directeur, valoriser ces échanges en favorisant une organisation du travail qui permette ces réflexions renforce sans doute **la confiance** nécessaire à un **management participatif**. Ces temps d'échange peuvent contribuer à renforcer le sens du travail et de l'institution, à prévenir la maltraitance et à mettre en valeur **le travail d'équipe**. La traçabilité permettra de valoriser le dispositif en déclinant une charte relative aux GAP, précisant l'organisation et le fonctionnement et en rédigeant les comptes-rendus à l'issue de chaque échange.

Les groupes d'analyse de pratiques doivent concerner un petit nombre de professionnels dont l'objectif est d'analyser des situations cliniques rencontrés dans la structure. La HAS préconise d'organiser les groupes autour de 4 étapes :

- ▶ La sélection des dossiers repose sur les choix du groupe. Les critères de sélection sont variés. Les dossiers sélectionnés doivent soulever un questionnement sur l'existence d'un problème d'accompagnement ou de prise en charge.
- ▶ Le groupe doit s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques (ANESM et HAS par exemple)
- ▶ Chaque professionnel présent expose son regard sur l'accompagnement et la prise en charge du résident afin de permettre une analyse collective des difficultés rencontrées et des confrontations de pratiques
- ▶ A l'issue de l'analyse, le groupe formalise des actions d'amélioration en proposant par exemple d'amender le projet personnalisé du résident.

³⁹ Développement professionnel continu – Fiche méthode – les groupes d'analyse de pratiques - HAS - Mai 214

En EHPAD, au-delà des réunions de synthèse, ces temps peuvent s'organiser autour de l'équipe soignante d'une unité de vie. Périodiquement, la direction valorise des temps qui permettent à l'équipe d'étudier 4 ou 5 dossiers. Les réflexions approfondissent les échanges des réunions de synthèses qui n'autorisent pas toujours une réelle démarche réflexive autour du projet personnalisé.

3.2.2 Le plan DPC d'un établissement repose sur la combinaison de nombreux outils et contribue à renforcer le management du directeur

Au-delà des orientations nationales et des axes stratégiques du projet d'établissement, le plan DPC va mobiliser l'essentiel des outils et des services à disposition du directeur. En préalable, au regard des objectifs du DPC, les orientations du projet de soins, les résultats de certification (réserves, certification) et de l'évaluation externe pour les structures médico-sociales devront orienter les axes retenus dans le plan DPC. Le plan doit investir les stratégies existantes dans nos structures et s'appuyer également sur les bilans partagés de la FPTLV, les plans d'actions qualité et la GPMC.

En établissement de santé, la politique DPC doit permettre de solliciter l'**ensemble des acteurs**. La CME, la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), le CTE et donc les partenaires sociaux vont orienter et valider le plan DPC. La mise en œuvre et le suivi du plan reposeront tant sur les personnels administratifs (direction, responsable formation) que sur l'encadrement soignant. Le dispositif doit être le moyen de **responsabiliser**, d'**associer** et de **mobiliser** différents partenaires internes à l'établissement :

- ▶ **Responsabiliser** : que ce soit au travers des délégations de mise en œuvre ou de suivi ou plus généralement eu égard aux obligations des professionnels en la matière, le DPC doit renforcer les responsabilités de nombreux acteurs tout en confiant au directeur la définition, le cadrage et les arbitrages du projet.
- ▶ **Associer** : le plan DPC va permettre de consulter les principaux acteurs (soignants, commissions, personnels administratifs) afin qu'ils contribuent à la réalisation d'objectifs communs, en favorisant les initiatives et en valorisant les pratiques des professionnels.
- ▶ **Mobiliser** : le DPC peut représenter une opportunité pour développer une image positive de l'établissement et renforcer l'adhésion des professionnels à la démarche qualité.

Le plan DPC peut donc être un projet transversal et structurant de l'établissement et repose sur la dynamique du directeur : c'est lui qui définira le cadre de référence et qui impulsera la démarche.

Si l'établissement est en capacité d'être ODPC ou s'il souhaite valoriser dans le cadre du DPC les méthodes d'analyses de pratique, le **recensement des pratiques** potentiellement éligibles au DPC est essentiel. L'outil d'auto-diagnostic de l'ANFH permet d'obtenir une vision cohérente de l'ensemble des actions se rapprochant du DPC⁴⁰.

3.2.3 Le DPC pour faire rimer qualité de vie au travail et qualité de vie des usagers

Les missions du directeur sont d'impulser une politique permettant la meilleure réponse aux **besoins des usagers** en favorisant notamment le développement des compétences et l'évaluation continue des bonnes pratiques professionnelles. Les liens entre qualité de vie au travail et qualité des soins et des accompagnements sont avérés. Cette dimension est d'ailleurs de plus en plus prégnante dans le cadre de la certification des établissements de santé notamment. Pour la HAS, la qualité de vie au travail se définit comme « l'objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise. Elle fait valoir que la perception qu'ont les salariés de la qualité de vie au travail dépend de **leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail**. Elle met en avant le rôle des salariés et de leurs représentants **en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées**, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, de l'encadrement et des experts. En cela, c'est un objet à part entière des relations sociales dans l'entreprise ». En combinant l'apport et le renforcement des connaissances à l'amélioration des pratiques et des organisations, un programme de DPC peut **redonner du sens** aux professionnels de santé. Les réflexions sur les pratiques professionnelles et la possibilité d'apprentissage sont entre autre des moyens de **reconnaitre l'importance du travail des soignants** (motivation, utilité sociale et reconnaissance).

Face à la pénibilité du travail et au risque d'usure dont les facteurs sont nombreux en EHPAD, le DPC doit offrir aux agents des moyens de résorber les sources de tension et de stress. Face aux difficultés des professionnels, le DPC et plus particulièrement les analyses de pratiques peuvent représenter des moyens **de prévention et de soutien**. Plus généralement, dans notre exemple, le programme de DPC de l'EHPAD s'apparente à un véritable projet institutionnel. Ce programme devrait en effet décliner de manière opérationnelle les orientations stratégiques du projet d'établissement et ses valeurs. Par ricochet, l'institutionnalisation du programme doit faciliter l'adaptation à l'emploi des nouveaux arrivants. Enfin, le développement des compétences à travers le nouveau dispositif de DPC renforce les possibilités de mobilité et d'avancement. Les professionnels de santé doivent savoir que leur carrière n'est pas figée et que

⁴⁰ ANFH Franche-Comté, outil auto-diagnostic DPC

l'établissement cherche à favoriser **le projet de l'institution à travers les projets individuels**.

L'objectif central du DPC est évidemment l'amélioration continue de la qualité des soins et des accompagnements. Par exemple, le programme DPC de l'EHPAD présenté ci-dessus doit fournir aux professionnels les moyens d'adapter l'accompagnement à chaque résident. La compréhension des troubles du comportement va favoriser la recherche de solutions singulières pour **améliorer la qualité de vie du résident**. L'organisation pluriprofessionnelle du programme DPC contribue à répondre à la promotion de l'autonomie et à la prévention et à la gestion des risques liés à la vulnérabilité des personnes accueillies. Le programme doit également renforcer la personnalisation des accompagnements des personnes qui souffrent de troubles du comportement liés à la maladie. Qu'ils s'agissent de troubles alimentaires, d'agitation, ou par exemple de désinhibition, de modifications brutales de comportement, le programme, axé sur les pratiques et les cas cliniques, renforce l'éventail des réponses des soignants. **Les interactions entre le projet personnalisé et l'état de santé** du résident seront ainsi favorisés.

Conclusion

Mettre en œuvre et faire vivre le développement professionnel continu des professionnels de santé au sein d'un établissement peut structurer les principaux aspects de management du directeur. Associer le développement des connaissances, l'analyse des pratiques et le suivi des actions d'amélioration favorise l'émergence et l'adaptation des compétences collectives des professionnels de santé. La finalité de cette conjonction (l'amélioration continue des prises en charge et des accompagnements) répond au rôle premier du directeur : mettre en place les conditions nécessaires à la qualité des services rendus aux usagers. Développer les compétences est une condition fondamentale dans l'activité de management : la qualité de l'établissement en dépend et les professionnels ont besoin de reconnaissance.

Pour le directeur, initier la démarche DPC va préalablement nécessiter l'identification précise des besoins des populations accueillies et d'en anticiper les évolutions. Face à la complexité des situations que peuvent rencontrer les usagers, cette investigation ne peut se traduire que par une étude associant le directeur et les professionnels. Au-delà d'instaurer un climat de confiance, cette approche permet de favoriser un constat partagé en renforçant le sens et la vision des missions de l'établissement.

Le pilotage de la démarche DPC demande de la transversalité. Le dispositif peut impacter le management stratégique et opérationnel du directeur. En effet, le DPC peut être le moyen de décliner les orientations stratégiques du projet d'établissement. Pour réussir, la démarche doit s'efforcer de stimuler les responsabilités de chacun. Dans notre étude, les soignants de l'EHPAD ont revendiqué le programme de formation comme fil conducteur des orientations stratégiques de la structure. L'ensemble des services administratifs (la direction générale et les directions des ressources humaines, des soins, de la qualité et de la stratégie) doivent permettre de mettre en œuvre l'action ; La gouvernance est partagée.

La démarche DPC, à travers les analyses de pratiques, est un outil qui permet au directeur de maintenir les professionnels de santé dans une dynamique d'auto-évaluation et de remise en question. Elle peut alors contribuer à la réussite de la certification ou de l'évaluation externe. En positionnant le professionnel comme acteur et les besoins de l'utilisateur comme finalité, le DPC renforce la qualité de vie au travail et la qualité de vie ou de prise en charge de l'utilisateur.

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- ▶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- ▶ Loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie
- ▶ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- ▶ Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles
- ▶ Décret n°2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales
- ▶ Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière
- ▶ Décret no 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu
- ▶ Décret no 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux
- ▶ Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013
- ▶ Circulaire DHOS/RH2/RH4 no 2009-173 du 22 juin 2009 relative à l'application du décret no 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière
- ▶ Circulaire n° DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- ▶ Instruction n° DGOS/RH4/2014/238 du 28 juillet 2014 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Ouvrages

- ▶ DERENNES Odile et LUCAS André / 2005, le développement des ressources humaines, tome 2, Rennes : édition ENSP, 445 pages.
- ▶ LE BOTERF Guy, Construire les compétences individuelles et collectives, 4^e édition revue et argumentée, Editions d'Organisation, 2006

Articles

- ▶ HAS, Quel est l'impact de la certification des établissements de santé ? Revue de la littérature internationale
- ▶ Formation, DPC, entretien professionnel et gestion des compétences, novembre-décembre 2013, Revue Hospitalière de France.
- ▶ Lettre DPC et pratiques, spécial DPC, N°63, mars 2012, Haute Autorité de Santé.
- ▶ Santé RH, Tout ce que vous avez toujours rêvé de savoir sur le développement professionnel continu. Juin 2012
- ▶ Lettre DPC et pratiques, infirmiers, N°67, septembre 2012, Haute Autorité de Santé.
- ▶ Lettre DPC et pratiques, le DPC mode d'emploi, n°73, mars 2013, Haute Autorité de Santé.
- ▶ Risques et qualité en milieu de soins, le DPC, un défi pour la qualité et la sécurité des soins. Mars 2014

Rapports

- ▶ HAS, L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Juin 2005.
- ▶ AUTUME Christine d', POSTEL-VINAY Daniel, Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales, Janvier 2006, rapport IGAS.
- ▶ BRAS Pierre-Louis, DUHAMEL Gilles, Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins, décembre 2008, rapport IGAS, 58 pages.
- ▶ DEUME Bernard, GEORGES Philippe, NATALI Jean-Philippe, Contrôle de l'Organisme Gestionnaire du DPC et évaluation du DPC des professions de santé, mai 2014, rapport IGAS, 123 pages.

Mémoires

- ▶ GIRARD Anne, la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie : un enjeu stratégique et un levier majeur de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, 2010, Rennes, EHESP, 78 pages.
- ▶ RICOUX Catherine, quelle valorisation pour le personnel paramédical impliqué dans un processus institutionnel d'évaluation des pratiques professionnelles, 2011, Rennes, EHESP, 62 pages.

Sites internet :

- ▶ Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH), Guide du DPC, disponible sur internet : <http://www.anfh.fr/site/guide-du-dpc>
- ▶ Site de la Haute Autorité de Santé : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil-2012
- ▶ Site de l'Organisme Gestionnaire du DPC : <https://www.ogdpc.fr>

Liste des annexes

<i>Annexe 1. DPC, méthodes et modalités de DPC. HAS. Mai 2014</i>	<i>II</i>
<i>Annexe 2. Schéma de fonctionnement du DPC</i>	<i>VII</i>

Annexe 1. DPC, méthodes et modalités de DPC. HAS. Mai 2014

ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Développement professionnel continu

Méthodes et modalités de DPC

Mai 2014

Ce document présente :

- la liste des méthodes et des modalités de DPC* ;
- les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective des professionnels à un programme de DPC*.

Ce document a été validé par la HAS le 14 mai 2014 après avis des commissions scientifiques indépendantes (CSI) des médecins, pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes et de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales (CSHCPP).

Pour les médecins, cette liste a été élaborée avec le concours d'un organisme composé de conseils nationaux professionnels de spécialité d'exercice selon des modalités définies par une convention conclue entre cet organisme et l'État (art. R. 4133-4 du décret 2011-2116 relatif au DPC des médecins).

→ Ce document est destiné aux organismes de DPC qui mettent en œuvre des programmes de DPC.

MÉTHODE ET PROGRAMME DE DPC

Le professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un **programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel***.

- Ce **programme** de DPC doit* :
 - être conforme à une **orientation** nationale ou à une orientation régionale de DPC ;
 - comporter **une des méthodes** et des modalités validées par la HAS après avis de la commission scientifique indépendante (ou de la commission scientifique du HCPP) ; ces méthodes et modalités précisent les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de DPC ;
 - être mis en œuvre par **un organisme de DPC** enregistré et **et évalué positivement par la CSI correspondante de la profession ou la CS du HCPP****.

* Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux, décret 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes, décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins, décret 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes, décret 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens.

** Les organismes de DPC sont évalués par la commission scientifique indépendante compétente ou la commission scientifique du HCPP (cf. art. R. 4021-24 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC). Si elle (l'évaluation) est défavorable, le suivi des programmes mis en œuvre par cet organisme ne concourt pas, pour le professionnel de santé, au respect de son obligation de DPC.

CONDITIONS PERMETTANT D'APPRÉCIER LA PARTICIPATION EFFECTIVE D'UN PROFESSIONNEL À UN PROGRAMME DE DPC*

Un programme collectif de DPC se conçoit comme une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui permet de satisfaire l'obligation individuelle des professionnels de santé qui y participent.

Ce programme a vocation à s'inscrire dans une démarche pluriannuelle (appelée aussi « parcours de DPC ») cohérente au regard des besoins des patients et des professionnels et de leur mode d'exercice.

Les **conditions qui permettent d'apprécier la participation effective** d'un professionnel à un programme de DPC sont les suivantes :

1. Le programme

- Un programme de DPC associe deux activités :
 - **l'analyse des pratiques professionnelles**, lors d'une activité explicite qui comporte :
 - un temps dédié,
 - un référentiel d'analyse reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts...),
 - une analyse critique et constructive des pratiques réalisées, par rapport à la pratique attendue,
 - des objectifs et des actions d'amélioration,
 - un suivi de ces actions et une restitution des résultats aux professionnels ;
 - **l'acquisition/le perfectionnement des connaissances/compétences**, lors d'une activité explicite qui comporte :
 - un temps dédié,
 - des objectifs pédagogiques,
 - des supports pédagogiques reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, éthiques, organisationnelles, consensus d'experts...),
 - une évaluation, notamment de l'acquisition des connaissances, et une restitution des résultats aux professionnels.
- Ces deux activités sont articulées entre elles, sans ordre prédéfini, et sont **planifiées**.
- Ces deux activités prévoient un temps **d'échange** entre les participants au programme et concernant leurs pratiques (difficultés rencontrées, modalités de prise en charge, résultats obtenus...).
- **L'indépendance** de toute influence, notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé, est garantie (art. 4021-25 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC [OGDPC]).
- **La confidentialité** des données personnelles des professionnels de santé, celles relatives à leurs pratiques et celles des patients, est garantie.

2. Les supports utilisés (papier, numériques)

- Les supports utilisés pour décrire les pratiques recommandées (supports pédagogiques, référentiels d'analyse des pratiques...) utilisent des références scientifiques identifiées.
- Les supports ne comportent aucune promotion.
- Les auteurs des supports sont identifiés et leurs liens d'intérêts sont portés à la connaissance des participants.
- Les autres sources de financements éventuels sont affichées.
- Les supports issus de la presse scientifique professionnelle respectent des critères de qualité décrits dans une fiche spécifique.

* Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux, décret 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes, décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins, décret 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes, décret 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens.

3. Les intervenants (auteurs, formateurs, concepteurs, experts...)

- Tous les intervenants sont tenus de faire connaître à l'ensemble des participants en début de présentation/ programme/session les liens d'intérêts qu'ils entretiennent, notamment avec les entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé.
- L'expertise pédagogique, scientifique ou méthodologique des intervenants est portée à la connaissance des participants.

4. La traçabilité de l'engagement des professionnels

- Il est demandé à chaque professionnel de santé :
 - de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel d'activité**. Celui-ci comprend au minimum :
 - les besoins identifiés par le professionnel,
 - le programme suivi,
 - les actions d'amélioration mises en œuvre ;
 - et de pouvoir **justifier** les actions entreprises en conservant tous les **documents** susceptibles de lui être demandés. Il s'agit par exemple : d'attestation de présence à une activité, de compte rendu de réunion, de résultats d'évaluation, de fiche de suivi d'actions d'amélioration (exemple : nouvelle procédure de prise en charge le cas échéant), etc.

LISTE DES MÉTHODES UTILISABLES DANS LE CADRE DU DPC

Pour construire leurs programmes de DPC, les organismes de DPC sont invités à choisir, parmi les méthodes citées ci-dessous, les mieux adaptées au contexte de soins, aux objectifs poursuivis, aux attentes des professionnels et aux démarches déjà entreprises.

Le tableau synthétique suivant présente la liste des méthodes selon un classement par type d'approche.

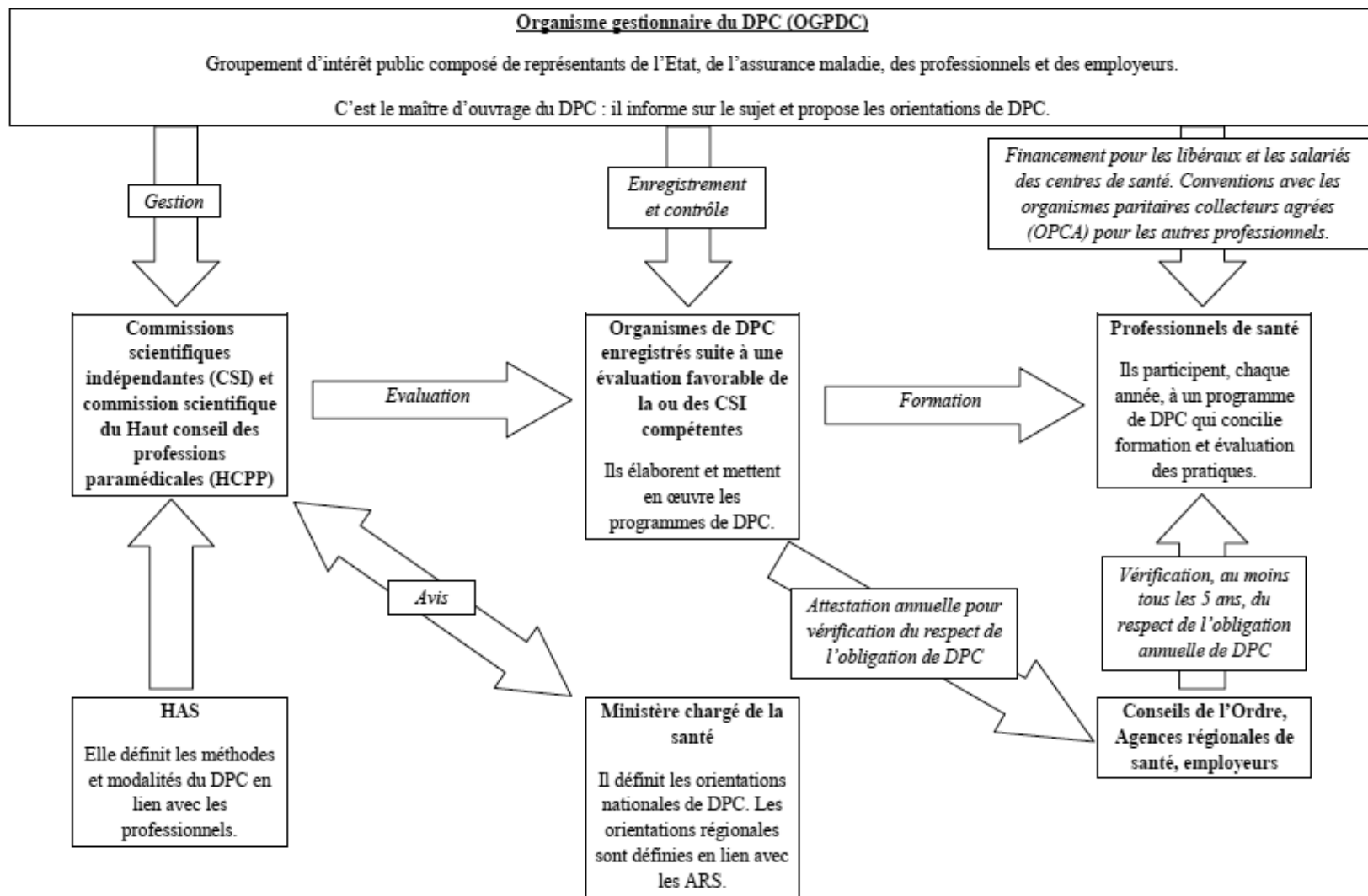
Cette liste a vocation à être évolutive.

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC	
1. Pédagogique ou cognitive		
1.1. En groupe	<ul style="list-style-type: none">● formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire...)● revue bibliographique et analyse d'articles	À compléter par une activité d'analyse des pratiques : <ul style="list-style-type: none">● soit intégrée à la démarche cognitive, au moment de l'identification des besoins de formation ou de l'évaluation de l'impact de la formation ;● soit externalisée, en complément de l'activité cognitive, et articulée avec elle.
1.2. Individuelle	<ul style="list-style-type: none">● formation à distance (<i>e-learning</i>, supports écrits et numériques...)● formations diplômantes ou certifiantes (autres que les diplômes universitaires [DU] validés¹ par les CSI et la CSHCPP)	

1. Certains DU validés par les commissions scientifiques (indépendantes ou du Haut Conseil des professions paramédicales) permettent aux professionnels de valider automatiquement leur DPC. Ils ne sont donc pas concernés dans cette liste (art. R. 4133-5, art. R. 4143-5, art. R. 4153-5, art. R. 4236-5, art. R. 4382-5 des décrets relatifs au DPC du 30 décembre 2011).

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC	
2. Analyse des pratiques		
2.1. Gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> • revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMED) • analyse <i>a priori</i> des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE...) 	<p>À compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel/de la recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser • soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques, et articulée avec elle
2.2. Revue de dossiers et analyse de cas	<ul style="list-style-type: none"> • groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles • réunions de concertation pluridisciplinaire • revue de pertinence 	
2.3. Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • suivi d'indicateurs • registres, observatoire, base de données • audit clinique 	
2.4. Analyse des parcours de soins	<ul style="list-style-type: none"> • chemin clinique • patients traceurs 	
2.5. Analyse de parcours professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • bilan de compétences 	
3. Approche intégrée à l'exercice professionnel		
<p>Ce sont celles où l'organisation en équipe de l'activité clinique, biologique, pharmaceutique quotidienne, implique à la fois une protocollisation et une analyse des pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestion des risques en équipe • exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé...) 		
4. Dispositifs spécifiques		
<ul style="list-style-type: none"> • 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 janvier 2010 et art. L. 6221-1 du CSP) • programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009) • protocole de coopération (art. 51 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009) • formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux) 		
5. Enseignement et recherche		
<ul style="list-style-type: none"> • publication d'un article scientifique • recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité • maîtrise de stage • formateurs pour des activités de DPC 		
6. Simulation		
<ul style="list-style-type: none"> • session de simulation en santé • test de concordance de script (TCS) 		

Annexe 2. Schéma de fonctionnement du DPC



Source : HAS, présentation mission

DHAINE

François

Décembre 2014

**Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social
Promotion 2013-2014**

Le Développement Professionnel Continu, un dispositif majeur de management pour le Directeur d'Établissement

Résumé :

Notre travail repose sur la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu (DPC) au sein d'un EHPAD rattaché à un Établissement de Santé. Le personnel soignant des établissements est dans l'obligation de suivre un programme de DPC depuis janvier 2013. Si le DPC comporte une innovation majeure (la combinaison de l'apport cognitif et de l'analyse des pratiques professionnelles), il représente aussi une opportunité pour les directeurs de valoriser les pratiques déjà existantes dans leurs établissements. L'étude des potentialités de l'EHPAD en matière de DPC révèle que le dispositif s'avère être un outil de management essentiel pour les directeurs. Favorisant les compétences collectives et donc la qualité des soins et des accompagnements, le DPC peut à la fois répondre aux projets professionnels des agents et renforcer la cohésion des équipes. Le DPC permet alors de répondre en transversal aux attentes des usagers, des professionnels et de l'institution.

Mots clés :

DISPOSITIF FORMATION, GESTION DES COMPETENCES, ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE, EHPAD, PROJET D'ETABLISSEMENT, DEMARCHE QUALITE, ANALYSE PRATIQUES, EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, TRAVAIL D'EQUIPE, DEMENCE ALZHEIMER, MANAGEMENT HOSPITALIER, DIRECTEUR, NORD, FRANCE

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.