



EHESP

Filière Directeur des soins

Promotion : **2011**

Date du Jury : **décembre 2011**

**Quelle valorisation pour le personnel
paramédical impliqué dans un
processus institutionnel d'évaluation
des pratiques professionnelles**

Catherine RICOUX

Remerciements

Je souhaite, tout d'abord remercier l'ensemble des professionnels qui ont bien voulu répondre à mes sollicitations et sans qui ce travail n'aurait pas pu être.

Je tiens également à remercier l'ensemble des directeurs des soins de mon lieu de stage, pour m'avoir guidée dans mon cheminement vers cette fonction.

Je tiens également à remercier Marie Élisabeth COSSON pour son aide méthodologique et son soutien dans les moments de doute.

Enfin, une pensée pour ma petite famille, qui a dû me supporter dans les deux sens du terme.

Il n'y a guère au monde un plus bel excès que celui de la reconnaissance.

Jean de la Bruyère (1645 – 1696)

Sommaire

Introduction	1
1 De la démarche qualité à la valorisation des évaluations des pratiques professionnelles	5
1.1 De la démarche qualité à l'évaluation des pratiques professionnelles	5
1.1.1 Historique de la démarche qualité	5
1.1.2 La certification version V2010	6
1.1.3 Les évaluations de pratiques professionnelles	7
1.2 De la formation médicale continue au développement professionnel continu	9
1.2.1 La formation médicale continue.....	9
1.2.2 Le développement professionnel continu	10
1.3 Vers une forme de valorisation des professionnels paramédicaux impliqués dans une démarche EPP.....	13
1.3.1 Les facteurs de motivation et la notion de reconnaissance.....	14
1.3.2 Un exemple de stratégie managériale de la qualité	15
1.3.3 La remise de certificat : une forme de valorisation institutionnelle	17
2 De la théorie à la pratique : état des lieux de la valorisation dans un établissement de santé	19
2.1 Méthodologie de l'enquête	19
2.1.1 Présentation générale de l'établissement.....	19
2.1.2 Choix de la population enquêtée	20
2.1.3 Méthodologie d'analyse.....	21
2.1.4 Les limites de l'étude.....	22
2.2 L'enquête	22
2.2.1 Identifier les attentes des professionnels paramédicaux.....	22
2.2.2 Détailler les réflexions des directeurs de soins.....	28
2.2.3 Confrontation des 2 regards.....	32
2.3 Retour sur les hypothèses de travail	34
2.3.1 Première hypothèse	34

2.3.2	Deuxième hypothèse	34
2.3.3	Troisième hypothèse	34
2.3.4	Quatrième hypothèse	35
3	Préconisations et perspectives	37
3.1	Améliorer l'existant	37
3.1.1	Faire connaître le dispositif de valorisation existant	37
3.1.2	Clarifier les responsabilités en matière d'EPP.....	37
3.1.3	Un outil de traçabilité au service de la reconnaissance institutionnelle.....	38
3.1.4	Anticiper les directives relatives au DPC.....	39
3.2	Amener les cadres de proximité à exercer leur fonction contrôle	39
3.2.1	Créer une proximité entre direction des soins et encadrement supérieur....	39
3.2.2	Définir les modes de fonctionnement entre encadrement supérieur et cadres de proximité	40
3.2.3	De la formation à la contractualisation	41
3.3	Vers une démarche de recherche en soins.....	42
3.3.1	Inscrire les EPP dans la stratégie institutionnelle de développement de la recherche en soins	43
3.3.2	Mobiliser les acteurs de l'EPP dans la valorisation de leurs travaux par l'écriture	44
3.3.3	Accompagner les professionnels dans une démarche de promotion externe de leurs travaux	45
3.3.4	Vers une reconnaissance universitaire	46
	Conclusion.....	49
	Bibliographie.....	51
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNDPC	Conseil National du Développement Professionnel Continu
CNFMC	Conseil National de la Formation Médicale Continue
CREX	Comité de Retour d'EXpérience
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et MédicoTechniques
DS	Directeur des Soins
DPC	Développement Professionnel Continu
ECTS	European Credits Transfert System
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OGDPC	Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
RMM	Revue de Morbi-Mortalité
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

Mon expérience professionnelle en tant que cadre de santé, puis cadre supérieur de santé, m'a amenée à travailler dans divers établissements sanitaires. Au cours de ces années, ceux-ci ont été obligés de s'inscrire dans des démarches d'accréditation, puis de certification.

Mon implication s'est limitée dans un premier temps à des activités de membre participant à l'auto-évaluation ou à un groupe de travail. Dans un second temps, j'ai occupé les fonctions de co-pilote du comité des Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP).

Dans ce cadre, j'ai participé à la rédaction de la charte de ce comité. Cette première étape a nécessité une réflexion approfondie sur le rôle de ce comité tant en matière d'organisation, de traçabilité, de validation des EPP, qu'en matière de référent méthodologique et de garant de la cohérence institutionnelle. Il semblait important de s'assurer que les différentes démarches d'EPP menées, n'interféreraient pas entre elles, limitant ainsi le risque de désorganiser les soins ou de générer de nouveaux dysfonctionnements.

Lorsque les premières validations de participations aux démarches EPP organisées en séance plénière avec le médecin expert extérieur ont eu lieu, il m'est apparu indispensable de délivrer un certificat tant aux professionnels médicaux qu'aux professionnels paramédicaux. En effet, à l'époque pour la Haute Autorité de Santé (HAS,) seuls les professionnels médicaux ayant participé à une démarche EPP recevaient un certificat. Cependant la décision de faire de même pour les paramédicaux n'était pas réglementaire, et seul le chef d'établissement apposait sa signature sur le certificat. Ce dernier était remis à l'intéressé au cours d'une cérémonie en présence de ses pairs et faisait l'objet d'une inscription dans son dossier de formation continue.

La plupart des établissements de santé sont aujourd'hui confrontés à des problèmes financiers, nécessitant de mettre en œuvre des plans de retour à l'équilibre.

L'un des moyens pour améliorer l'efficacité consiste à recentrer les professionnels paramédicaux sur leur cœur de métier. De plus, les professionnels de la qualité, rencontrés ces dix dernières années, s'accordent pour dire que l'implication des personnels dans la démarche qualité est très fluctuante. Les périodes de préparation à la certification, les phases d'évaluation sont très intenses, en revanche entre deux certifications le taux d'implication diminue fortement, c'est ce que j'appelle l'effet « soufflet ». Pour autant la qualité des soins reste au cœur des préoccupations tant des professionnels que des usagers et des tutelles.

Les démarches de certification, notamment la troisième version dite V2010, accordent une place prépondérante aux EPP ainsi qu'à la stratégie managériale de l'établissement en la matière.

Les experts visiteurs attachent une grande importance à la continuité de la démarche EPP entre deux visites de certification. Il est donc important pour la direction d'un établissement de santé de définir une stratégie permettant de répondre à cette exigence et d'en évaluer la mise en œuvre.

D'après le référentiel métier¹ du directeur des soins, celui-ci « *est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans ce cadre. Il en coordonne la mise en œuvre et l'évaluation. Il veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients* ».

Il a donc un regard à apporter sur les démarches d'évaluation de pratiques professionnelles impliquant des personnels paramédicaux.

En outre, ces démarches, favorisent le développement de compétences et peuvent avoir un impact sur la gestion prévisionnelle du directeur de soins coordonnateur général en matière d'emplois et de compétences.

Mais, il est aussi important de compter avec la valorisation des professionnels, la reconnaissance de ces démarches individuelles et collectives peut servir de facteur de motivation des professionnels et devenir un levier important pour le directeur des soins.

Dans le même temps la loi hôpital, santé, patient et territoires, institue le développement personnel continu et inscrit les EPP comme obligation pour les professions non médicales. Le temps passé par ces professionnels mais aussi tous les paramédicaux nécessite d'être fidèlement tracé.

Ainsi je m'interroge sur la plus-value que pourrait apporter à un établissement de santé, un processus de valorisation des paramédicaux impliqués dans des démarches EPP.

J'émet plusieurs hypothèses pour répondre à cette interrogation :

- ✓ Le processus de valorisation des paramédicaux impliqués dans une démarche EPP au sein d'un établissement ne correspond pas à leurs attentes ;
- ✓ La réalisation des EPP n'est pas considérée comme valorisante par les paramédicaux ;
- ✓ Le processus de valorisation existant ne répond pas aux besoins de la direction des soins.
- ✓ Un processus de valorisation institutionnel est un facteur de motivation contribuant à limiter l'effet « soufflet » entre deux itérations de la certification des établissements de santé.

¹ Référentiel métier directeur des soins consultable sur le site metiers-fonctionpubliquehospitalier.sante.gouv.fr

Afin de vérifier ces hypothèses, je mets à profit le temps dévolu au stage dans la formation pour réaliser une enquête de terrain.

Le recueil de données sera effectué en deux temps, une enquête qualitative auprès des membres de la direction des soins, et une enquête quantitative auprès d'un échantillon représentatif de la population paramédicale de l'établissement. J'entends confronter les avis de la direction des soins et des professionnels paramédicaux.

Si la première partie de ce travail est d'ordre conceptuel pour ancrer les éléments de contexte, la seconde partie sera, elle, consacrée au recueil de données et aux résultats de l'analyse. La troisième et dernière partie décrira des propositions d'action et les perspectives envisageables.

1 De la démarche qualité à la valorisation des évaluations des pratiques professionnelles

Qualité, évaluation des pratiques professionnelles, sont désormais des mots usuels du vocabulaire des personnels hospitaliers. Cependant, il est souhaitable de préciser ces concepts pour faciliter le travail de recherche à venir. Il n'en demeure pas moins que cette phase doit être ancrée dans la réalité. Ainsi, après avoir explicité ces concepts clés, l'accent sera mis sur le développement professionnel continu, avant de mettre en lumière les aspects de la valorisation.

1.1 De la démarche qualité à l'évaluation des pratiques professionnelles

La pratique de la qualité dans les établissements de santé a évolué au gré des années. Le terme actuel de cette évolution est représenté par les évaluations des pratiques professionnelles. Pour me permettre de mieux cerner ce que sont ces évaluations de pratiques professionnelles, il m'est apparu évident de commencer en remontant le temps.

1.1.1 Historique de la démarche qualité

La démarche qualité a été introduite dans les établissements de santé par l'article L.710-4 de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, qui précise 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* ».

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, concrétise la démarche par la création de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Cet établissement public d'État, à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre de la santé, a deux missions :

- ✓ Favoriser le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles dans tous les domaines, et dans tous les cadres d'exercice ;
- ✓ Mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé.

Les procédures françaises d'accréditation et de certification s'inspirent du modèle canadien. Elles sont axées sur le parcours patient et entendent responsabiliser les établissements de santé dans le domaine de l'amélioration continue de la qualité des soins grâce à une approche pédagogique.

Cette approche se matérialise par la mise à disposition des établissements de santé de référentiels, de guides, d'auto-évaluations, d'outils d'évaluation.

La première démarche d'accréditation a pour objectif de sensibiliser les établissements de santé à la qualité par la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue. L'auto-évaluation des pratiques conduit les professionnels à adopter l'écriture en lieu et place de l'oralité.

La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, remplace l'ANAES par la Haute Autorité de Santé, la procédure d'accréditation devient procédure de certification. La deuxième procédure de certification débute en 2005. Elle évalue le niveau de mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue ainsi que celui de qualité atteint. Pour cela sept thématiques sont appréciées dont la politique et la qualité du management.

Cette seconde itération introduit le principe des évaluations des pratiques professionnelles. L'objectif est de renforcer la médicalisation de la démarche. Le nombre d'évaluations de pratiques professionnelles à mener est imposé par le manuel de certification. Il est proportionnel à la taille de l'établissement et à son type d'activité. Ces démarches s'inscrivent dans trois dynamiques d'évaluation par les professionnels :

- ✓ pertinence de leurs pratiques (référence 44),
- ✓ risques liés aux soins (référence 45),
- ✓ prise en charge de pathologies ou problèmes principaux de santé (référence 46).

1.1.2 La certification version V2010

« Si la V1 avait vocation à initier la démarche, si la V2 avait privilégié une médicalisation de la démarche, le nouveau dispositif a été pensé et développé pour mettre en œuvre une certification à la fois plus continue et efficiente »².

Les exigences sont renforcées en termes de structuration institutionnelle et de déploiement des démarches EPP dans les établissements de santé. Contrairement à la seconde itération le nombre de démarches EPP n'est plus imposé. Il appartient aux établissements de repérer et de valoriser les EPP.

La Haute Autorité de Santé demande que les démarches engagées le soient dans tous les secteurs. L'un des quatre objectifs généraux poursuivis par le développement de la 3^{ème} version est d' « inscrire la certification dans la régulation hospitalière par la qualité »³. Ainsi, cette troisième version de la certification, dite V2010, met en exergue les évaluations de pratiques professionnelles en les inscrivant parmi les treize pratiques exigibles prioritaires (PEP). Les experts visiteurs porteront une attention particulière au niveau atteint par l'établissement pour ces critères thématiques jugés essentiels.

L'objectif de mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité est renforcé par l'exigence d'intégration des EPP dans le quotidien des professionnels.

² HAS, avril 2011. « Manuel de certification des établissements de santé V2010 ». Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins.

³ Ibid. p3

L'acquisition d'une culture pérenne de l'évaluation est le nouvel objectif de la certification V2010.

Comme pour les deux itérations précédentes, l'auto évaluation permet à l'établissement de se catégoriser en notes A, B, C et D pour chaque critère. Dans cette troisième itération les cotations sont automatisées grâce à un programme informatique téléchargeable sur le site de la HAS. Pour se catégoriser A dans un critère, l'établissement doit pouvoir justifier d'au moins 90% du score maximal atteignable. Pour se catégoriser B dans un critère « normal », l'établissement doit justifier d'un niveau d'atteinte du score maximal compris entre 60 et 89 %.

En revanche dans le cadre d'une PEP l'exigence est supérieure, pour être catégorisé B le critère doit satisfaire 80 à 89% du score maximal. Les niveaux d'exigence diffèrent de même pour les cotations C et D.

Le Manuel de certification V2010 est découpé en deux chapitres, management de l'établissement et prise en charge du patient. La lisibilité du manuel est améliorée par une présentation en trois colonnes qui correspondent aux étapes d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, à savoir : prévoir, mettre en œuvre, évaluer et améliorer.

Sur les 85 critères que comporte le manuel de certification V2010, quatre sont relatifs aux EPP. Le critère 1f est une pratique exigible prioritaire. Il porte sur la politique et l'organisation de l'EPP (référence 1 : stratégie de l'établissement).

Les critères 28 a, b et c portent respectivement sur la mise en œuvre des démarches d'EPP, la pertinence des soins et les démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique.

1.1.3 Les évaluations de pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles est encadrée par des références réglementaires. Ainsi, le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles en donne la définition suivante : « *L'évaluation des pratiques professionnelles consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques* ».

Ce décret ne fait référence qu'à la pratique médicale des EPP. C'est le décret n° 2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales qui introduit la notion d'EPP paramédicales. Ainsi le Haut Conseil des professions paramédicales est chargé « *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* ». Il doit aussi « *promouvoir une réflexion interprofessionnelle* » notamment « *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 ».

L'évaluation du parcours patient ou d'un mode de prise en charge regroupe plusieurs thématiques et une multiplicité d'acteurs pluridisciplinaires. Les démarches EPP menées dans ce cadre sont le plus souvent collectives et concernent autant les équipes médicales que paramédicales.

L'EPP paramédicale n'est pas une nouveauté, mais elle n'est pas structurée par un texte réglementaire.

L'évaluation des pratiques professionnelles est un phénomène qui ne se limite ni au champ sanitaire, ni à la France. Les attendus en termes de sécurité, d'efficacité et de performance sont croissants.

Dans le domaine sanitaire l'enjeu est d'apporter une réponse aux exigences des usagers et des tutelles. Il s'agit de réduire les disparités de pratiques, de limiter les pertes de chance pour la patientèle, voire de limiter les dépenses de santé. Le dispositif d'EPP tel qu'il est proposé par la HAS revêt une dimension formative plus que normative.

La HAS propose une description de l'EPP sur son site internet, ainsi « *L'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé consiste à analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées. Une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients doit résulter de cette comparaison. Cette évaluation s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins conduite à différents niveaux : le système de santé publique (macro), l'organisation des soins en réseau entre différents professionnels (méso) et la pratique clinique (micro). La HAS propose une évaluation formative intégrée à l'exercice clinique et facilitée dans le cadre du développement de nouveaux modes d'exercice, plus collectifs et collaboratifs ».*

La HAS préconise plusieurs approches de sorte que chaque individu ou équipe se lançant dans la démarche puisse trouver une modalité adaptée à son exercice. Ainsi, quatre types de méthode sont proposés :

- ✓ Par comparaison à un référentiel (audit ciblé, revue de pertinence) ;
- ✓ Par approche processus (chemin clinique) ;
- ✓ Par résolution de problème (Revue de Morbi-Mortalité (RMM), analyse d'évènements indésirables en Comité de Retour d'EXpérience (CREX)) ;
- ✓ Par indicateurs.

S'inscrire dans une démarche EPP est un travail continu qui nécessite de s'engager à la poursuivre dans le temps par des évaluations.

Le suivi périodique des indicateurs pérennise la démarche. L'analyse de ce suivi peut aboutir à de nouvelles réflexions et faire l'objet d'une autre démarche EPP.

Ainsi, on observe une évolution de la mise en œuvre de la qualité dans les établissements de santé, d'une part en créant des démarches de certification plus exigeantes au fil des versions, d'autre part se succédant à un rythme de plus en plus rapide.

1.2 De la formation médicale continue au développement professionnel continu

Cette évolution n'est pas unique. Dans un laps de temps plus court, la formation médicale continue est sur la voie d'une révolution.

1.2.1 La formation médicale continue

La Formation Médicale Continue (FMC) était à l'origine un devoir déontologique de formation et d'évaluation de sa pratique. Ce n'est qu'en 1996 que cela est devenu une obligation légale.

L'article L 6155-1 de la loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise que les professionnels médicaux exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, ainsi que dans les établissements privés participant au service public hospitalier, sont soumis à une obligation de formation continue.

Le dispositif est renforcé en 2004, par l'intégration des évaluations des pratiques professionnelles.

« Les médecins sont soumis à une double obligation de FMC et d'EPP. Ces obligations sont individuelles et cumulatives. Toutes deux constituent un devoir déontologique. Elles font par ailleurs l'objet de régimes juridiques distincts »⁴.

Les règles de la procédure de validation de cette obligation de formation continue, allouent cent crédits aux praticiens ayant satisfait sur la période de cinq ans l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles fixée par la HAS. Les EPP menées dans le cadre de la version 2 de la certification pourront valider l'obligation d'EPP individuelle. L'article D.4133-0-1 du décret n°2005-346, relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles, inscrit les EPP comme partie intégrante de la formation médicale continue.

Les deux démarches sont complémentaires. Si l'EPP permet de s'interroger sur les pratiques, elle permet aussi de faire émerger les besoins en formation. De fait l'EPP peut être intégrée au processus de formation continue.

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2008 relatif aux EPP et à la formation médicale continue proposait de réunir EPP et FMC « *sous un concept commun susceptible de les englober et de leur donner sens. La notion de développement*

⁴ Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales novembre 2008, paragraphe 27

professionnel continu peut à cet égard être proposée »⁵. Cette notion plus large tend à mettre en exergue que les médecins ne sont pas uniquement assujettis à une obligation de moyens, mais qu'ils doivent actualiser tant leurs connaissances que leurs compétences. Cette démarche a du sens car elle sert l'objectif d'amélioration de la qualité du service médical rendu au patient.

D'autres arguments financiers, qualitatifs, en termes de résultats et de retour sur investissement viennent renforcer l'idée de la nécessité d'une démarche commune.

En attendant, la FMC est régie par un dispositif de validation complexe, faisant intervenir plusieurs organismes dont la HAS, et les conseils de l'Ordre départementaux.

L'arrêté du 13 juillet 2006, relatif au processus de validation de la formation médicale continue, décline les actions de formation en une classification en quatre catégories : la formation dite présentielle, la formation individuelle et à distance, les situations professionnelles formatrices et enfin les procédures d'évaluation auxquelles sont apparentées les EPP. Pour être validées les formations doivent être délivrées par un organisme agréé. Il existe pour cela trois Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue (CNFMC) au niveau national, la HAS joue ce rôle pour la catégorie relative aux EPP.

En 2008, le rapport de l'IGAS précité déplorait que *« le dispositif n'identifie pas le rôle institutionnel spécifique pour les futures Agences Régionales de Santé (ARS). Compte tenu du rôle qu'elles sont appelées à jouer en matière d'organisation de la santé, il importe toutefois qu'elles soient informées par les différentes parties prenantes de la FMC et de l'EPP localement et que la HAS porte à leur connaissance les bilans amalgamés au plan régional »⁶.*

Jusqu'en 2009, les professionnels de santé paramédicaux ayant participé ou mené des démarches EPP ne sont soumis ni à cette obligation réglementaire ni à quelque processus de validation de formation continue que ce soit.

1.2.2 Le développement professionnel continu

L'article 59 de La loi n°2009-879 du 21 juillet 20 09 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) remplace le dispositif de formation médicale continue par le Développement Professionnel Continu (DPC). Ce nouveau dispositif 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. Il constitue une obligation pour les médecins. »* .

⁵ Paragraphe 180

⁶ Paragraphe 290

Cette obligation faite à tous les praticiens ainsi qu'aux sages-femmes et aux professionnels paramédicaux, devrait prendre effet au premier janvier 2012. L'engagement des professionnels de santé sera mesuré annuellement.

Le développement professionnel continu unit dans une conception commune les notions de formation continue et d'évaluation des pratiques comme le préconisait le rapport de l'IGAS relatif à la formation médicale continue et aux évaluations des pratiques professionnelles.

La loi dite HPST devrait être suivie dans un avenir proche de la publication de plusieurs décrets d'application : « *des décrets en Conseil d'Etat précisent la détermination des règles selon lesquelles les professionnels de santé satisfont à leur obligation de développement professionnel continu ainsi que celles relatives à l'enregistrement des organismes concourant à l'offre dans ce domaine et au financement des programmes* »⁷ et « *des décrets (...) qui ont pour objet de décliner le contenu de l'obligation de développement professionnel continu pour les grandes catégories de professionnels de santé (...) l'organisation du DPC, son financement, son contrôle ainsi que sa mise en œuvre dans le cadre du service de santé des armées* »⁸.

Enfin, les décrets à venir préciseront que le DPC intègre les analyses et évaluations de pratiques ainsi que l'acquisition de connaissances et de compétences. Cette obligation s'intègre dans une démarche individuelle que tout un chacun sera amené à satisfaire en participant à un programme de développement professionnel continu.

Ces programmes devraient être définis selon une méthode validée par la Haute Autorité de Santé. Des orientations nationales ou régionales émises par les ARS sont envisagées.

La loi HPST prévoit aussi la création de plusieurs organismes.

Le Conseil National du Développement Professionnel Continu (CNDPC) a pour mission de conseiller le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé sur :

- ✓ Les modalités d'organisation nationale et la mise en œuvre ;
- ✓ Les priorités nationales ;
- ✓ Les critères d'enregistrement des organismes de formation ;
- ✓ Les critères et modalités permettant d'assurer la qualité des programmes et actions.

Ce conseil est composé de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), d'enseignants chercheurs, de délégués des syndicats représentatifs, des usagers et de la HAS.

⁷ Le développement professionnel continu (DPC), article du 29 octobre 2010 mis en ligne en novembre 2010 sur le site internet de la Direction générale de l'offre de soins, le 29 octobre 2010

⁸ Ibid

L'Organisme Gestionnaire de Développement Professionnel Continu (OGDPC), groupement d'intérêt public entre l'État et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), est composé d'un conseil d'orientation dans lequel le corps médical est majoritaire et d'un conseil de gestion relevant du ministère de la santé.

Il est chargé :

- ✓ D'assurer la gestion financière des actions de développement professionnel continu ;
- ✓ D'enregistrer et d'agréer les organismes de DPC et d'en publier la liste ;
- ✓ De prendre avis de la commission scientifique pour élaborer le cahier des charges ;
- ✓ De collecter les contributions versées par l'État, les caisses d'assurance maladie, les établissements, les employeurs.

Enfin la commission scientifique, indépendante des spécialités médicales, aura pour mission de :

- ✓ Préparer le cahier des charges des appels d'offres pour les organismes de DPC ;
- ✓ D'évaluer les réponses à ces appels d'offres ;
- ✓ D'évaluer les organismes formateurs ;
- ✓ De proposer des orientations nationales ;
- ✓ D'évaluer le dispositif ;
- ✓ D'élaborer et de mettre en œuvre les programmes nationaux de DPC.

Les professionnels de santé pourront s'adresser à un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC. Les crédits délivrés dans le cadre antérieur de la formation médicale continue seront remplacés par une attestation de participation à un programme de DPC. Cette attestation sera adressée par l'organisme formateur, le professionnel en adressera une copie à l'ordre professionnel du département.

Cependant, peu de métiers paramédicaux disposent d'un ordre professionnel. De fait, je pense que les établissements de santé ou la HAS devront s'y substituer pour procéder à l'enregistrement et la validation de l'obligation.

La mise en œuvre de programme de développement professionnel continu tel que le prévoit la loi nécessite donc, l'élaboration d'une stratégie d'établissement en la matière. Dans ce domaine, les présidents des Commissions Médicale d'Établissement (CME) ont désormais une place prépondérante.

En effet le décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé, leur confère la charge conjointe avec le directeur général de l'établissement de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la prise en charge des usagers.

Ce même décret leur confère par l'article D. 6143-37-2 la coordination de la politique médicale de l'établissement dont l'une des cinq missions est de coordonner l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux.

Ce dernier est élaboré par la commission médicale d'établissement.⁹ La sous-commission de la CME intitulée FMC – EPP devient ainsi de fait, dans la plupart des établissements publics de santé, la commission DPC.

Ces commissions intègrent parmi leurs membres le président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT). En effet, le décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la CSIRMT précise dans la section II que cette commission est consultée pour avis sur la politique de développement professionnel continu.

Le référentiel métier directeur des soins précise que dans le cadre de ses activités transversales le directeur des soins, coordonnateur général, participe à la définition du plan de développement professionnel continu pour les besoins des personnels non médicaux contribuant aux activités de soins.

Ce plan de développement professionnel continu intègre deux dimensions et nécessite une réflexion sur les modalités de mise en œuvre pour les établissements de santé. Une mission est actuellement menée sur ce sujet au sein de la HAS. Cette mission s'interroge notamment sur la place que pourraient prendre les programmes de coopérations entre professionnels de santé et la simulation en santé.

La révolution de la formation médicale continue conduit au développement professionnel continu. Ce nouveau dispositif intègre désormais les professionnels paramédicaux et les évaluations des pratiques professionnelles. Il nécessite de mettre en œuvre une forme de valorisation. Essayons de voir ce qu'elle pourrait être.

1.3 Vers une forme de valorisation des professionnels paramédicaux impliqués dans une démarche EPP

Avant tout, il m'apparaît important d'explicitier ce qu'est à mon sens la valorisation. La reconnaissance est une modélisation de la valorisation. Et avant de reconnaître, il faut pouvoir motiver. C'est pourquoi je commencerai par préciser ces concepts. Ensuite, je présenterai une stratégie managériale et un modèle de valorisation institutionnelle des évaluations des pratiques professionnelles.

⁹ Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé, sous-section 2 « attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins »

1.3.1 Les facteurs de motivation et la notion de reconnaissance

La motivation est définie en psychologie comme un ensemble de facteurs dynamiques qui oriente l'action d'un individu vers un but donné, qui détermine sa conduite et provoque chez lui un comportement donné ou modifie le schéma de son comportement personnel. Vincent XAVIER, consultant formateur en psychologie de travail, fait état dans son article publié dans la revue Objectif Soins n°190 de novembre 2010 de multiples théories sur la motivation. Selon lui, toutes ces théories sont des modèles explicatifs. Il affirme par ailleurs : « *de fait, aucune théorie ne décrit totalement la réalité, mais aucune n'est complètement à côté de la réalité* ».

Chaque individu adhère en fonction de son histoire personnelle à l'une ou l'autre de ces théories. Pour ma part, dès la formation cadre, j'ai adhéré aux différentes théories des besoins que ce soit celle de d'Abraham MASLOW (1954) représentée par une pyramide où le niveau supérieur ne peut être atteint que lorsque le niveau inférieur de besoin est satisfait ; celle du besoin de réalisation de David Mc CLELLAND (1961) qui s'y apparente ou encore celle des besoins de croissance et des valeurs de travail de Raymond KATZELL et Donna THOMPSON. Cependant en parcourant cet article avec attention j'ai découvert que d'autres théories résonnaient en moi.

Ce qui me motive personnellement et que j'ai essayé d'appliquer tout au long de ma carrière c'est la recherche de l'équité. J Stacey ADAMS (1963, 1965) fonde sa théorie de la motivation sur ce principe. Selon sa théorie, tout individu au travail évolue dans son environnement de travail s'il est traité de manière équitable. Pour cela cet individu met en perspective les avantages qu'il retire de son travail (salaire, promotion, conditions de travail, statut, reconnaissance, intérêt du travail réalisé) et sa contribution personnelle (niveau de formation détenu, implication, ancienneté, compétences, efforts réalisés, expérience professionnelle, performances).

Motiver une ou plusieurs équipes risque donc d'être irréalisable, puisque chaque individu adhère à des théories différentes. Marc HEES, consacre dans son ouvrage un chapitre entier à la motivation, intitulé « la motivation : un faux problème ». Il dit : « *persister à vouloir motiver les salariés sans accepter la restauration de leur identité singulière en même temps que le rétablissement d'un véritable contrat social revient en quelque sorte à vouloir faire avancer un véhicule dont on a serré les freins ! Le problème n'est pas de motiver les personnes travaillantes...il suffit de les « entendre » pour s'en rendre compte. Il s'agit plutôt de reconnaître la légitimité d'une pluralité de points de vue* ».

La reconnaissance semble être un bon moyen de susciter l'engagement.

D'après Claude BOURCIER et Yves PALOBART (1997) la reconnaissance au travail « *s'exprime dans les rapports humains et se pratique sur une base quotidienne, régulière ou ponctuelle. Elle est de préférence, personnalisée et spécifique.*

La reconnaissance dans le milieu du travail peut prendre différentes formes : la parole, l'écrit, l'objet ou le symbole ». Il est communément admis par les sciences humaines que la reconnaissance au travail revêt quatre formes :

- ✓ La reconnaissance existentielle qui porte sur l'individu en tant qu'être et en tant qu'appartenant à un groupe, une communauté, une institution.
- ✓ La reconnaissance de la pratique de travail qui souligne la manière d'agir, les compétences, le comportement, les qualités professionnelles de l'individu.
- ✓ La reconnaissance de l'investissement dans le travail qui souligne l'effort fourni, la contribution apportée et l'énergie investie dans la réalisation du travail indépendamment des résultats obtenus.
- ✓ La reconnaissance des résultats porte sur l'atteinte d'objectifs, sur l'efficacité, la qualité du travail réalisé.

Ces quatre formes de reconnaissance sont interdépendantes et complémentaires. Leur manifestation peut être caractérisée en huit sous-catégories :

- ✓ Formelle, elle est dans ce cas officielle ou normative et découle des valeurs de l'institution ;
- ✓ Informelle, elle s'inscrit dans le quotidien et tend à être spontanée ;
- ✓ Publique, elle confère une visibilité aux actions ;
- ✓ Privée, elle s'adresse de manière ciblée dans un cadre restreint de relations ;
- ✓ Financière, elle consiste en une rétribution spécifique pour récompense ;
- ✓ Non financière, elle est dans un registre relationnel ;
- ✓ Individuelle, elle est destinée à un seul individu ;
- ✓ Collective, elle s'adresse à un groupe plus ou moins important d'individus.

Au-delà des formes que peut revêtir la reconnaissance, il est important de s'attarder sur la ou les personnes qui vont la prodiguer. Christian VANDENBERGHE, met en lumière le rôle primordial du supérieur hiérarchique direct. Car celui-ci occupe pour les agents une fonction « *d'ambassadeur de l'organisation* », c'est celui avec lequel les personnels interagissent le plus souvent, parce qu'il joue un rôle essentiel dans la planification de leurs activités.

La direction, et plus particulièrement la direction des soins, doit s'assurer que les cadres de terrain, adhèrent aux valeurs portées par l'institution.

1.3.2 Un exemple de stratégie managériale de la qualité

Dans l'établissement enquêté, la gestion de la qualité et des risques est organisée en pôle depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance.

Cependant, historiquement, qualité et gestion des risques étaient scindées. La qualité relevait d'une unité d'évaluation de la qualité des soins et de l'accréditation constituée en 1998.

Cette unité comprenait alors un médecin de santé publique, une secrétaire et une infirmière diplômée d'état. Elle se trouvait à l'interface entre l'activité interne et les relations externes de l'établissement.

Elle avait un rôle interne :

- ✓ De démarche d'expertise ;
- ✓ De mise en place d'un réseau de référents en évaluation de pratiques professionnelles ;
- ✓ De promotion de l'auto-évaluation ;
- ✓ D'aide méthodologique à la réalisation d'études d'évaluation ;
- ✓ D'information et de documentation concernant les travaux d'évaluation et d'accréditation ;
- ✓ De coordination des actions mises en œuvre dans l'établissement dans le domaine de la qualité des soins et des programmes d'assurance qualité ;
- ✓ D'action de formation aux méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- ✓ De préparation des visites d'accréditation.

Elle avait aussi un rôle, en externe, de référent expert en évaluation pour l'ANAES sur la région d'appartenance, d'interlocuteur du collège d'accréditation de l'ANAES, d'interlocuteur occasionnel de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et d'autres interlocuteurs régionaux du domaine sanitaire.

Au fil du temps, l'unité a été intégrée à un pôle qualité et sécurité. Depuis cette année, à l'occasion du remaniement des pôles, l'unité d'évaluation fait partie intégrante de l'institut qualité, risques, sécurité.

Cet institut est un pôle bicéphale géré d'une part par la directrice qualité et d'autre part par le médecin de santé publique.

Ce pôle est composé de plusieurs structures internes dont la direction qualité, le service de santé au travail du personnel hospitalier et de maladies liées à l'environnement, l'unité « qualité des soins et méthodes ».

Le fonctionnement de l'institut repose sur un bureau de coordination hebdomadaire, qui compte parmi ses membres le coordinateur général des soins et la directrice des soins en mission transversale « qualité ».

Ce bureau fait des propositions au bureau de pilotage de l'institut concernant la stratégie de l'établissement en matière de qualité et de gestion des risques, hors risques professionnels.

De la même manière, les structures internes « direction qualité » et « qualité des soins et méthodes » se réunissent de manière hebdomadaire.

Ces réunions permettent d'articuler le partage des responsabilités dans la mise en œuvre des projets retenus pour l'établissement.

Enfin, il existe au sein de cet institut, un bureau de pilotage où le président de CME et le président de la commission DPC, ainsi que le directeur des soins, coordinateur général, et la directrice des soins en mission transversale qualité sont membres de droit.

Ce bureau de pilotage est missionné pour prendre les décisions institutionnelles concernant la stratégie de l'établissement en matière de qualité et de gestion des risques et de programmer les ordres du jour des commissions institutionnelles en ce qui concerne leur domaine d'expertise.

La structure qualité des soins et méthodes prend le relai de l'ancienne unité d'évaluation, les missions sont les mêmes. Au fil des transformations institutionnelles, le poste d'infirmière est devenu un poste de cadre de santé puis aujourd'hui poste de cadre supérieur de santé.

Parmi ces missions, deux sont en lien direct avec les évaluations de pratiques professionnelles. La structure a maintenu ses actions de formation au profit des professionnels de santé, non seulement de l'établissement mais aussi de la région. Deux à trois sessions sont organisées chaque année. Une session dure trois jours, elle est suivie d'une séance d'accompagnement des projets pour aider les participants à une première mise en œuvre. Sur les 32 sessions réalisées depuis 1998, 192 personnes ont été formées dont près de 60% sont des paramédicaux.

J'ai personnellement suivi cette formation au moment où l'établissement, dans lequel j'œuvrais, se lançait dans sa deuxième itération de certification.

C'est à l'issue de cette formation, que j'ai constitué avec l'assentiment de ma direction un groupe de travail précurseur du futur comité d'amélioration et d'évaluation des pratiques professionnelles (CAEPP) dont j'étais co-pilote.

Les échanges menés avec la responsable de l'unité d'évaluation de l'époque m'ont permis de monter ce groupe et d'accompagner les groupes EPP lors de la certification de mon établissement. Le CAEPP a continué d'exercer sa mission après la certification et dans le cadre de ses attributions a commencé à faire valider par un médecin expert extérieur les EPP de l'établissement. Le centre hospitalier observé s'est appuyé sur cette expérience, il a souhaité participer à ces séances de validations. Aujourd'hui, elles sont réalisées en commun. En mai 2011, l'établissement observé avait fait valider 26 démarches d'EPP.

1.3.3 La remise de certificat : une forme de valorisation institutionnelle

C'est dans le cadre de la première commission de validation des EPP par le médecin expert extérieur que j'avais été interpellée par la disparité de traitement entre les

professionnels médicaux et les professionnels paramédicaux. En effet il était demandé aux équipes ayant mené des EPP de venir présenter leur travail en séance plénière.

Les médecins se voyaient attribuer un certificat et il n'y avait rien de prévu pour les professionnels paramédicaux.

Dès la première séance, j'avais demandé au chef d'établissement s'il était possible de faire à l'identique pour les professionnels paramédicaux. Cela avait été acté et nous avons pu remettre des certificats aux paramédicaux ayant participé aux démarches EPP validées.

Lorsque le centre hospitalier observé nous a rejoints, il a adopté le principe. Désormais chaque participant à une EPP reçoit un certificat de participation.

Pour les professionnels paramédicaux ce certificat est remis lors des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques par le directeur général du centre hospitalier. En mai 2011, 177 paramédicaux étaient concernés.

Cependant, cette procédure en est à ces balbutiements. J'ai échangé avec nombre de professionnels ayant des missions à la HAS. À leur connaissance, ces deux établissements sont des pionniers dans la démarche de valorisation des professionnels paramédicaux impliqués dans des démarches d'EPP.

Je n'ai trouvé aucune donnée relative à une quelconque forme de valorisation ou de reconnaissance de ces professionnels dans la littérature.

Ceci s'explique en partie par l'attentisme des établissements au regard des évolutions liées au DPC et la non parution, pour l'instant, des décrets d'application.

Fort de ces éléments j'ai choisi d'effectuer mon étude de terrain sur ce centre hospitalier pionnier. Cette étude me permettra de répondre à mon questionnement de départ :

Un processus de valorisation des paramédicaux impliqués dans des démarches EPP peut-il être une plus-value pour un établissement de santé notamment pour limiter l'effet « soufflet » entre deux itérations de la certification ?

2 De la théorie à la pratique : état des lieux de la valorisation dans un établissement de santé

Les principes étant posés et les concepts définis, il s'avère nécessaire d'aller confronter cette vision à la réalité du terrain.

Pour mener à bien cette étape, il m'a fallu dans un premier temps utiliser une méthodologie, puis réaliser l'enquête et en analyser les résultats, enfin vérifier les hypothèses formulées au début de ce travail.

2.1 Méthodologie de l'enquête

Dans un premier temps, j'ai prospecté pour trouver un site où il existait une forme de valorisation, au sens de reconnaissance, des professionnels paramédicaux impliqués dans les démarches d'EPP. Que ce soit les intervenants de l'HAS, les directeurs des soins que j'ai rencontrés ou par la recherche bibliographique, je n'ai trouvé, dans le temps imparti pour la recherche de stage professionnel, qu'un seul site ayant mis en œuvre un tel système.

2.1.1 Présentation générale de l'établissement

Mon choix s'est donc naturellement porté vers cet établissement. L'établissement observé se positionne comme établissement de référence sur le territoire régional où il est sis. Il soutient une population de 1,4 millions d'habitants. C'est le 1^{er} opérateur de santé de la région réparti sur 6 sites comptant plus de 2 100 lits, 122 000 personnes hospitalisées chaque année, 432 000 consultants et 65 000 passages aux urgences.

Cette structure de soins est organisée en onze pôles cliniques et médicotechniques et regroupe les activités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), de psychiatrie et d'hébergement de personnes âgées dépendantes. Les pôles sont pour certains multi-sites.

Elle comprend également deux instituts, regroupant d'une part les activités de recherche et d'autre part les activités de santé publique, de qualité et de gestion des risques.

Cet établissement multi-sites, a fusionné en 2009 avec un établissement distant de 80 kilomètres. Il forme une direction commune avec trois autres établissements dans un rayon de 30 kilomètres.

Cette organisation préserve l'autonomie de ces établissements. Elle doit permettre d'appréhender de manière territoriale l'organisation et la répartition de l'offre de soins tout en garantissant la qualité et la sécurité de la prise en charge de la population.

Par ailleurs, l'établissement observé est aussi partie prenante d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) qui comprend outre les sites à direction commune, quatre autres établissements du département.

La direction est organisée en pôles administratifs. La direction des soins est située dans le pôle stratégie aux côtés du département d'information médicale - contrôle de gestion, de la direction des projets et des organisations, de la direction des affaires médicales, et de la direction de la politique gériatrique.

La direction des soins est composée d'un coordonnateur général des soins (CGS) et de directeurs des soins (DS) à hauteur de quatre équivalent temps plein et demi. Dans le cadre de la redéfinition récente des pôles, un DS peut-être directeur référent de pôle au même titre que ces collègues directeurs des autres directions.

Toutefois dans un souci de maintien du lien et de la cohérence de la politique de soins sur l'ensemble des sites, les directeurs des soins ont tous un domaine d'expertise (personnes âgées, psychiatrie, télémédecine...) et sont à ce titre consultés souvent en premier recours sur ces sujets par les cadres supérieurs de santé.

Les cadres supérieurs de santé sont essentiellement positionnés comme cadre de pôle.

La direction des soins est représentée à l'institut qualité, sécurité, risques par un directeur des soins identifié. Le lien est aussi maintenu par la présence du directeur des soins coordonnateur général dans les différentes instances de l'institut et dans la commission DPC de l'établissement.

Par ailleurs, des représentants de l'institut sont invités à prendre la parole dans toutes les instances propres au fonctionnement de la direction des soins : réunion de l'encadrement supérieur ; réunion d'encadrement ; commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

2.1.2 Choix de la population enquêtée

Le sujet de l'enquête portant sur un processus novateur, le choix du type d'enquête m'a mise tout d'abord en difficulté. Ayant besoin à la fois de données qualitatives et de données quantitatives, j'ai finalement opté pour la réalisation simultanée d'une enquête double.

Pour les données qualitatives, j'ai décidé de m'entretenir avec les six directeurs des soins, et de ne pas me limiter à la vision de ceux étant partie prenante dans la qualité et les démarches EPP.

Pour les données quantitatives, j'ai opté pour une enquête par questionnaire auprès de la population paramédicale de l'établissement. J'ai choisi d'enquêter un dixième des paramédicaux de l'établissement sans distinction de statut, de grade ou d'ancienneté. J'ai distribué 300 questionnaires. Je n'ai pas souhaité enquêter spécifiquement ceux ayant participé à des démarches EPP. Leur participation ou non-participation a autant de sens pour moi. En revanche, j'ai diffusé mes questionnaires sur quatre des sites de l'établissement observé.

Celui distant de 80 kilomètres, l'un de ceux de la direction commune, et les deux plus importants en nombre de lits typés médecine, chirurgie, obstétrique. Ce choix me permettra de démontrer s'il existe une différence liée à la distance ou au mode de direction.

2.1.3 Méthodologie d'analyse

J'ai donc effectué une recherche de données qualitatives lors d'entretiens avec les six directeurs de soins de l'équipe de direction des soins du site.

Cette recherche doit me permettre de mettre en évidence les attentes d'un directeur des soins en matière d'EPP et la vision de leur rôle dans ces démarches vis-à-vis de la population paramédicale. Les entretiens se sont déroulés dans leurs bureaux, sur la base d'un guide d'entretien¹⁰ comportant quatorze questions.

J'ai en parallèle effectué une recherche de données quantitatives par voie de questionnaires.

J'ai élaboré un premier questionnaire que j'ai testé auprès des trois secrétaires de la direction des soins. Ce test m'a permis de vérifier que chaque question ne comportait pas d'ambiguïté. J'ai ainsi modifié l'intitulé de certaines questions en apportant des précisions sur les modalités de remplissage, possibilité de choix multiples par exemple.

Il m'a aussi permis de vérifier le temps nécessaire pour répondre au questionnaire. Le questionnaire¹¹ définitif est découpé en trois parties :

- ✓ La première concerne les données socio professionnelles.
- ✓ La deuxième concerne le thème de la recherche et comporte dix questions fermées à choix multiples.
- ✓ La dernière partie comprend une question et deux sous questions portant sur la connaissance du système institutionnel de valorisation des démarches EPP.

Pour obtenir un taux de retour satisfaisant, j'ai personnellement distribué les questionnaires aux cadres de santé des quatre sites de l'établissement observé.

Chaque cadre a été prévenu de ma venue par courrier électronique. J'ai remis à chacun un nombre de questionnaires restreints (de 2 à 5) en fonction du service, pour respecter les proportions de représentation des filières professionnelles.

J'ai souhaité récupérer personnellement les questionnaires auprès des cadres de santé 24 à 72 heures plus tard. J'ai délibérément laissé peu de temps aux professionnels pour limiter la perte de questionnaires et augmenter le taux de retour.

¹⁰ Guide d'entretien en annexe I

¹¹ Questionnaire en annexe II

Par ces questionnaires, j'ai recueilli des données relatives à l'état de connaissance des EPP, des attentes des professionnels en matière d'EPP et de reconnaissance dans le cadre d'une participation, ainsi que leur avis sur le processus de valorisation existant au sein de l'établissement.

2.1.4 Les limites de l'étude

Toute recherche présente des limites et des biais. L'objectif prioritaire est de les réduire afin de produire un travail pertinent. Toutefois les limites de ce travail sont à la fois quantitatives, de lieux, et de temps.

Même si l'enquête par voie de questionnaire présente un taux de retour très satisfaisant, j'aurais souhaité pouvoir la mener dans plusieurs régions de France et dans plusieurs types d'établissements. Limiter mon travail à un seul établissement a été pour moi une contrainte.

Bien que j'aie fait le choix d'élaborer un questionnaire sur la base des données de la littérature, les réponses à la question concernant les facteurs de motivation ont bouleversé mes a priori.

Je me suis interrogée sur un biais potentiel dans la formulation de la question relative au volontariat des professionnels pour s'inscrire dans une démarche EPP. Le taux de réponses favorables peut laisser penser qu'ils ont répondu pour « faire bien ».

Enfin, j'ai rencontré des difficultés dans l'élaboration du guide d'entretien, ayant eu du mal à maîtriser cet outil que je n'ai pas l'habitude d'utiliser.

Finalement, les questions que je pensais ouvertes, s'avéraient être semi-directives. Cependant la richesse des propos tenus, m'a permis de ne pas rencontrer de difficulté dans l'exploitation des résultats.

2.2 L'enquête

La diffusion et le retour des questionnaires ont eu lieu sur une période de quinze jours, entre le 14 et le 30 septembre 2011.

Les entretiens avec les directeurs des soins ont été réalisés entre le 7 et le 14 octobre 2011.

Cette enquête mixte dans sa forme, me permettra d'atteindre trois objectifs : identifier les attentes des professionnels paramédicaux, cerner celles des directeurs des soins et mettre les deux en perspective.

2.2.1 Identifier les attentes des professionnels paramédicaux

Le taux de retour des questionnaires est de 86,33%, ce qui représente 259 questionnaires exploitables sur les 300 distribués.

Les taux sont variables en fonction du site observé (confère tableau n°1 ci-après).

- ✓ Le site dénommé site n°1 est l'un des établissements en direction commune. Il est distant de 25 kilomètres de l'agglomération où est sis l'établissement observé.
- ✓ Le site dénommé site n°2 est le site fusionné distant de 80 kilomètres.
- ✓ Le site n°3 est l'un des 2 sites typé MCO de l'établissement observé, il est situé au cœur de l'agglomération. Il abrite les bureaux des directions, et de l'institut qualité, risques, sécurité.
- ✓ Le site n°4 est le deuxième site typé MCO de l'établissement observé, il est situé en sortie de l'agglomération.

Tableau n°1

Nombre de questionnaires site par site

Nombre de questionnaires			
Site n°	Exploitable	Distribués	%
1	37	38	97,37
2	34	42	80,95
3	91	110	82,73
4	97	110	88,18
Total	259	300	86,33

La différence de nombre de questionnaires distribués est un choix personnel. Je l'ai adapté pour qu'il soit proportionnel à la taille du site et au nombre de professionnels paramédicaux. La différence du pourcentage de retour s'explique par le temps laissé aux équipes pour renseigner le questionnaire.

A) Résultats des données socio-professionnelles :

Ces données mettent en évidence que la population de répondants est largement féminisée (92,27%), que la tranche d'âge la plus représentée est celle des 30-39 ans (34,36%). La répartition des autres tranches d'âge (Moins de 30 ans (23,55%), 40-49 ans (24,71%), plus de 50 ans (17,38)) est homogène.

Les professionnels ayant le plus répondu sont des infirmiers et infirmiers spécialisés (51,6%), suivi des aides-soignants et assimilés (28%), les cadres de santé représentent 5,8% des répondants. Les 14,6% restant sont des professionnels issus des deux autres filières. Il est cependant à noter que 38 professionnels se sont abstenus de répondre à cette question, bien que l'anonymat leur ait été garanti.

B) Etat des connaissances en matière d'EPP

Sur les 256 répondants à la question « avez-vous déjà entendu parler d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) ? » 54 répondent par la négative ce qui représente un peu plus de 21%. Ces résultats ne sont pas homogènes sur les quatre sites enquêtés.

Il apparaît une différence pour le premier site, ce qui s'explique par la mise en œuvre récente de la direction commune. La politique qualité commune est en place depuis quelques mois.

Si l'on prend en compte le taux de retour observé dans le cadre de cette enquête, que l'on considère qu'il est représentatif de l'ensemble des paramédicaux de l'établissement observé et qu'on le transpose à cette population, alors ces premières réponses nous amènent à conclure qu'un cinquième de la population paramédicale n'a jamais entendu parler d'EPP.

La seconde question posée permet de savoir, si selon eux, une EPP a été menée dans le service où ils sont affectés. D'un point de vue global, environ 58% affirment qu'aucune EPP n'a été menée dans leur service. Cette tendance se confirme pour 3 sites sur 4. Le site n°4 est un peu en deçà avec un peu plus de 46%. Ces chiffres viennent corroborer les données de l'institut qualité, au dernier recensement 84 EPP ont été menées ou sont en cours entre 1999 et 2011.

Les démarches EPP ne sont pas encore intégrées au cœur des pratiques des services. Cela s'explique en partie par la faible participation des professionnels paramédicaux à la formation institutionnelle.

L'institut qualité, risques, sécurité a dénombré 115 participants paramédicaux, mais ces chiffres comptabilisent aussi les professionnels extérieurs à l'établissement observé.

Parmi les répondants, seuls quinze disent avoir participé à cette formation.

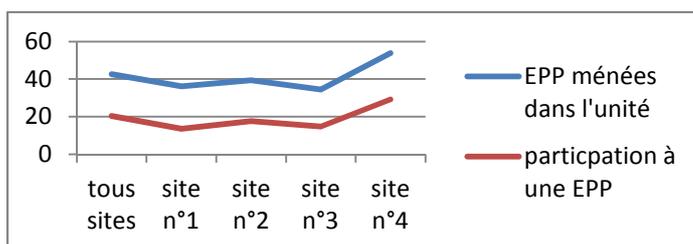
Synthèse : les professionnels paramédicaux ont déjà entendu parler d'EPP mais leur niveau de connaissance est modeste. Le taux de participation à la formation institutionnelle est très faible.

C) Etat des participations aux démarches EPP

Les taux de participation suivent la tendance des premières questions. Un cinquième des répondants dit avoir participé à une démarche d'EPP. Comme le démontre le graphique n°1, les chiffres, site par site, suivent la même courbe que les chiffres de la question relative à la mise en œuvre d'EPP.

Graphique n°1

Courbes relatives aux EPP menées dans les unités et aux participations à des démarches d'EPP



A nouveau le quatrième site se démarque des trois autres, ce qui semble logique, puisque c'est le site qui a le plus déclaré d'EPP menées dans les services.

Les questions suivantes interrogent les raisons qui motivent leur précédente réponse. Ceux qui ont participé aux démarches EPP, l'on fait pour la grande majorité parce que cela leur a été demandé (47,73% en moyenne). Cela leur a le plus souvent été demandé par leur supérieur hiérarchique direct : cadre de santé (73,91%) et chef de service (6,52%). Les autres propositions ont aussi été évoquées mais la question étant à choix multiple seul 5 répondants ont déclaré avoir participé spontanément (volontaire et/ou intéressé).

Ceux qui n'ont pas participé aux démarches EPP ne l'ont pas fait parce qu'on ne leur a pas demandé dans plus de 81% des cas. Il est aussi intéressant de relever que dans les propositions l'item « je ne sais pas à quoi cela sert » a été coché 34 fois soit par 16% des répondants à la question.

Synthèse : les professionnels paramédicaux ne sont pas prêts à se lancer de leur propre initiative dans les démarches EPP. Ils ont besoin d'être incités pour le faire. C'est à l'encadrement supérieur direct que revient cette charge. Ce qui s'entend, puisque le cadre de santé a pour mission d' « *organiser l'activité paramédicale, d'animer l'équipe et de coordonner les moyens d'un service de soins, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations* »¹².

D) Intérêt pour les démarches d'EPP

A la question « seriez-vous volontaire pour participer à une EPP ? », les professionnels paramédicaux se disent volontaires à plus de 91%, les deux sites éloignés diffèrent un peu des deux sites principaux. Le site en direction commune est volontaire à plus de 97% et le site fusionné l'est à 82%.

244 professionnels ont répondu à cette question et seuls 22 ne souhaitent pas participer à une démarche d'EPP. Les données socio professionnelles de ces répondants permettent de dire que 8 d'entre eux ont entre 40 et 49 ans et 8 autres ont plus de 50 ans. La proportion est supérieure à celle générale de l'enquête. Ce sont donc les professionnels les plus âgés qui ne sont pas prêt à s'inscrire dans une démarche d'EPP. Il n'y a pas de catégorie socioprofessionnelle qui se démarque par rapport aux données globales de l'enquête.

Parmi ces 22 répondants, 19 savent ce qu'est une EPP, et 5 d'entre eux ont déjà participé à une démarche, c'est d'ailleurs la raison qu'ils évoquent pour justifier leur réponse. Quant aux 17 restants ils évoquent pour 9 d'entre eux qu'ils n'y trouvent pas d'intérêt personnel. Les derniers n'ont soit pas répondu, soit coché plusieurs propositions.

¹² Fiche métier du cadre responsable d'unité de soins du répertoire de la fonction publique hospitalière

Les professionnels qui sont volontaires justifient majoritairement leur réponse en cochant les trois propositions du questionnaire : intérêt personnel, intérêt pour le patient et intérêt pour l'équipe.

Qu'ils soient volontaires ou non pour participer à une démarche d'EPP, les professionnels pouvaient ensuite classer par ordre de préférence huit facteurs de motivation. Les résultats bruts de l'ensemble des quatre sites sont présentés dans le tableau n°2 ci-dessous.

Tableau n°2

Classement par ordre de préférence des huit facteurs de motivation proposés (tous sites)

	1	2	3	4	5	6	7	8
Amélioration de la qualité de prise en charge	171	24	9	5	6	47	7	2
Amélioration de la satisfaction des patients	27	100	11	3	3	56	3	0
Amélioration de la satisfaction personnelle	16	55	34	8	9	72	7	2
Reconnaissance des pairs	2	22	75	16	19	28	32	1
Reconnaissance de l'institution	5	6	48	52	25	8	44	1
Amélioration de leurs compétences	1	4	16	80	60	5	15	2
Facilitation d'accès à la formation continue	0	0	9	25	62	2	82	0
Autre	0	0	0	0	6	1	3	42

Parmi les huit propositions, l'une était libre « autre ». J'ai délibérément évité de proposer un avantage financier pour ne pas introduire un biais dans les réponses.

D'autant plus que les établissements de santé sont contraints par leurs finances et qu'il est difficilement envisageable de mettre en place une forme d'intéressement individuel.

La case « autre » a été utilisée 52 fois, mais seuls 9 d'entre eux ont précisé leur pensée, l'aspect financier n'a jamais été évoqué.

Ils ont évoqué le travail d'équipe, la remise en question et l'harmonisation des pratiques.

Pour exploiter, ces données chiffrées plus aisément, j'ai procédé à un tri à plat. Cela a permis d'obtenir le nombre de réponses pour chaque item. Ensuite, j'ai procédé à un calcul me permettant de déterminer le rang moyen pour chaque proposition faite. Le rang moyen repose sur un calcul pondéré des chiffres obtenus. J'ai ainsi attribué aux réponses de chaque facteur de motivation un coefficient de pondération allant de 1 à 8.

Les résultats globaux de l'enquête et ceux site par site sont présentés dans le tableau n°3 ci-après.

Tableau n°3

Rangs moyens de classement obtenus pour chacun des facteurs de motivation proposés

	Tous sites	Site n°1	Site n°2	Site n°3	Site n°4
Amélioration de la qualité de prise en charge	Rang 1	Rang 1	Rang 2	Rang 1	Rang 1
Amélioration de la satisfaction des patients	Rang 2	Rang 2	Rang 1	Rang 2	Rang 2
Amélioration de la satisfaction personnelle	Rang 3	Rang 3	Rang 3	Rang 4	Rang 3
Reconnaissance des pairs	Rang 4	Rang 6	Rang 4	Rang 3	Rang 4
Reconnaissance de l'institution	Rang 6	Rang 5	Rang 6	Rang 6	Rang 5
Amélioration de leurs compétences	Rang 5	Rang 4	Rang 5	Rang 5	Rang 6
Facilitation d'accès à la formation continue	Rang 7	Rang 7	Rang 7	Rang 7	Rang 7
Autre	Rang 8	Rang 8	Rang 8	Rang 8	Rang 8

Les résultats des rangs moyens obtenus par pondération ne mettent pas en évidence de différence majeure entre les quatre sites. L'amélioration de la qualité de prise en charge et l'amélioration de la satisfaction du patient sont soit en rang 1 soit en rang 2 dans tous les cas.

La facilité d'accès à la formation continue et autre sont respectivement classés en rang 7 et 8 quel que soit le site.

L'amélioration de la satisfaction personnelle est le plus souvent classée en rang 3. La reconnaissance des pairs est classée deux fois en rang 4 et l'amélioration des compétences deux fois en rang 5. La reconnaissance de l'institution est classée à part égale en rang 5 ou 6.

Les professionnels ayant répondu qu'ils avaient déjà participé à une EPP avaient la possibilité d'exprimer en trois mots ce que cela leur avait apporté. Ces réponses complètent les résultats du tableau n°3.

41 d'entre eux se sont exprimés en mettant de 1 à 3 groupes de mots. L'analyse lexicale de ces réponses met en évidence des termes positifs : amélioration des pratiques (13 occurrences), réflexion sur les pratiques individuelles ou collectives (9 occurrences), remise en question (5 occurrences), satisfaction (4 occurrences), travail d'équipe (5 occurrences), apport d'information et de méthodes (8 occurrences), intérêt (2 occurrences).

D'autre part, ils ont aussi utilisé des termes entrant dans la définition des EPP comme : évaluation, pratiques, professionnelles ou qualité. Enfin 2 propositions plutôt négatives « rien du tout au niveau IDE » et « pas de retour ».

Synthèse :

Les professionnels sont globalement volontaires pour s'inscrire dans des démarches EPP. Ils y trouvent un intérêt individuel, collectif et pour le patient. Ce qui les motive en premier lieu est en lien direct avec le patient. Ils ne sont pas particulièrement motivés par une forme de reconnaissance institutionnelle. Aucun d'entre eux n'a évoqué l'aspect financier comme facteur de motivation.

E) Connaissance de la forme de valorisation institutionnelle

Sur les 255 répondants, seuls 25 disent la connaître mais seuls 12 d'entre eux sont en mesure de préciser qu'il s'agit un certificat ou une attestation. Pour les autres les réponses sont du registre de la certification, de la gratification du supérieur hiérarchique direct.

Pour finir, je leur demandai si cette forme de reconnaissance institutionnelle pouvait être motivante 54 personnes ont répondu, mais seuls les résultats de ceux disant connaître cette forme de valorisation peuvent être pris en compte, et ils sont 9 à trouver cela motivant.

Sur cette dernière partie, il se dégage une forte disparité entre les 2 sites principaux de l'établissement observé et les 2 sites extérieurs. Cela s'explique totalement pour le site en direction commune puisque il n'y a pas eu de délivrance de certificat depuis la constitution de celle-ci.

En revanche, pour le site fusionné, sur 34 répondants seuls 3 disent connaître la forme de valorisation et parmi eux 2 citent le certificat. C'est probablement l'effet distance qui est à prendre en compte pour ce site.

Synthèse : les professionnels paramédicaux connaissent peu la forme de valorisation des participations aux démarches EPP de l'établissement. Elle n'apparaît pas comme étant un facteur de motivation en soi.

2.2.2 Détailler les réflexions des directeurs de soins

Les six directeurs des soins ont accédé favorablement à ma demande et se sont volontiers prêtés à l'exercice.

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien comportant 14 questions ouvertes. La première question est une entrée en matière, elle permet à l'interlocuteur de se poser.

Elle me permet aussi de mieux le cerner, et d'interpréter correctement les propos tenus sur le sujet lors de l'analyse. La dernière question leur permet de faire des remarques complémentaires.

Leurs expériences sont très diversifiées, toutes les filières sont représentées, et l'ancienneté dans la fonction est comprise entre un et quinze ans.

A) Etat des connaissances en matière d'EPP

Les démarches EPP évoquent la qualité des soins, une démarche collective, une démarche pluri-professionnelle, une évaluation de compétences individuelles ou collectives. C'est aussi le moyen d'améliorer les pratiques et la prise en charge du patient. Ils ont pour cinq d'entre eux donné leur définition de l'EPP.

Leur définition s'apparente à celle de la HAS, « *état des lieux, réflexion d'équipe sur ses pratiques, basé sur les recommandations de sociétés savantes, s'appuient sur des méthodes reconnues* ». L'une d'entre eux a précisé que la qualité n'est pas une nouveauté à l'hôpital et l'a resituée d'un point de vue historique. Pour elle « *si on fait des EPP c'est qu'on a envie de faire de la qualité* ». Elle déplore que cela ne soit pas au cœur des préoccupations de tout un chacun. Elle précise que cela est dû au rapport qu'ont les français à l'évaluation « *on devrait trouver normal d'évaluer ce qu'on produit* ».

Au cours de ces entretiens, j'ai souhaité savoir ce qu'ils pensaient de la diminution de l'implication des paramédicaux entre deux itérations de certification. Ils se sont presque tous accordés pour dire que c'était un phénomène connu, ou observé dans l'établissement. Cependant, ils ont tous complété leur réponse en disant que ce phénomène n'avait pas été observé à l'issue de la troisième itération de la certification. Cela serait en grande partie dû à la mise en place réactive d'un plan d'actions correctrices « *l'intérêt c'est maintenir la dynamique par l'enclenchement direct du plan d'action* » sans attendre le retour du rapport des experts visiteurs. L'un d'entre eux pense que c'est dû à la prégnance plus importante de la culture qualité, « *au départ je me suis dit il faudra 20 ans, on y est presque !* ».

L'un d'entre eux a aussi évoqué que cela pouvait être en lien avec la forte implication de la direction qualité et la création de l'institut qualité, risques, sécurité.

Je leur ai demandé de me parler du responsable des EPP sur l'établissement. Ils ont trouvé que la question était difficile, et toutes leurs réponses ont été différentes : « *pour moi tout le monde* », « *c'est une responsabilité partagée, un binôme de pôle, un DS* », « *j'aurai tendance à dire le président de la CME* », « *un ou des responsables ? Direction qualité, direction des soins, médecins, CME* », « *pour les paramédicaux, c'est l'unité d'évaluation et la directrice des soins en mission transversale qualité, le bureau pilotage de la qualité où je siège, la commission DPC* ».

Le remaniement récent des pôles a bouleversé les organisations, ce qui peut expliquer ces différences. La direction des soins vient de rédiger son projet, les missions de chacun sont définies et les responsabilités déclinées. L'institut qualité s'organise, mais il a peu communiqué sur cet aspect.

Synthèse : les directeurs de soins savent ce que sont les EPP, mais ils ne sont pas en mesure d'identifier les responsables de l'EPP sur l'établissement. Ce point mérite d'être précisé.

B) Rôle du directeur des soins

J'ai exploré quatre aspects du rôle du directeur des soins au travers de ces entretiens : rôle dans les démarches EPP, rôle pour inciter les paramédicaux à s'inscrire dans une démarche EPP, rôle dans la responsabilité relative aux EPP et rôle pour limiter l'effet soufflet entre deux itérations de la certification.

Leur rôle dans les démarches EPP est essentiel, il se situe à plusieurs niveaux : identifier des sujets potentiels d'EPP, accompagner, inciter, donner du sens, mobiliser l'encadrement, impulser la dynamique, participer à la définition de la politique EPP.

Le moyen d'inciter les paramédicaux à s'inscrire dans les EPP, c'est de « *valoriser le travail qui est fait* », « *c'est de trouver le moyen de valoriser l'implication des soignants* ». C'est aussi de mobiliser l'encadrement et faire un effort sur la communication « *est-ce que tout le monde sait ce qu'est une EPP, je n'en suis pas persuadé* ».

La direction des soins peut s'inscrire dans la responsabilité des EPP en « *priviliégiant son rôle d'expert en soins* », en contrôlant les activités EPP des pôles, en faisant partie de la commission DPC. Cela passe aussi par la nature des liens entretenus avec la direction de la qualité et l'institut.

Pour eux, les liens doivent être « *étroits* », « *cordiaux* », « *quotidiens* ». Quant aux actions à mener pour limiter « l'effet soufflet », ils proposent de lancer le plan d'action sans délai après la visite des experts, de formaliser les axes du projet de soins sur le modèle du manuel de certification, « *ce n'est pas mon idée, mais c'est essayer de voir comment intégrer notre réflexion sur le projet de soins au manuel de certification. Même s'il existe un projet qualité, cela permet de maintenir un niveau car la commission des soins va travailler dessus pendant quatre années et poursuivre la démarche* ».

Ils proposent aussi d'inciter les professionnels ayant mené des EPP à communiquer en réunion d'encadrement et de former les professionnels aux méthodes, notamment au niveau des instituts de formation de cadre de santé, car il est important de recentrer le cadre sur la qualité et sa fonction « *contrôle* », « *faire en sorte que le cadre voit les EPP comme quelque chose de pratique et d'intégré à son travail* ».

Synthèse : les directeurs des soins ont un rôle très diversifié dans les démarches EPP, ils accordent une importance toute particulière à la place du cadre de santé dans ces démarches et à la nécessité de les recentrer sur une fonction contrôle.

C) Facteurs de motivations

Selon eux, ce qui incite les professionnels paramédicaux à s'inscrire dans des démarches EPP c'est la sécurisation de la prise en charge du patient, le recentrage sur leur cœur de métier, le désir d'améliorer leurs pratiques « *une volonté d'améliorer les soins, ne pas rester ...faire sans se poser de question, c'est se questionner* », c'est le temps de partage collectif et pluri-professionnel.

Cependant la moitié d'entre eux s'interroge sur l'inscription spontanée des paramédicaux dans une démarche et mettent à nouveau en avant le rôle du cadre de proximité.

Seule l'une d'entre eux évoque la reconnaissance financière, la reconnaissance *institutionnelle* « *reconnaissance par la direction des soins, le valoriser, avec la petite part de reconnaissance que l'on peut donner aux équipes, des petites choses, formation continue, congrès* ».

Synthèse : d'après les directeurs des soins, les facteurs de motivation sont en lien direct avec l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

D) Réflexions sur la forme de valorisation institutionnelle

La forme de valorisation institutionnelle, n'est pas identifiée en tant que telle par trois d'entre eux. J'ai dû préciser ma demande et parler de la délivrance du certificat pour qu'ils m'en parlent. Cette forme de valorisation est très peu développée mais elle constitue une chance. Elle permet de démontrer l'implication au niveau institutionnel « *on les honore entre guillemets en fin de commission des soins, c'est très bien vécu* ».

C'est une démarche innovante « *c'est un temps fort* », « *pour avoir assisté à la remise de ces diplômes, on voit bien que les professionnels ont un regard positif, c'est quelque chose qui permet de faire connaître le travail* ». Ils le voient aussi comme un élément à inscrire dans un curriculum vitae, car cela veut dire que les professionnels ont acquis une connaissance ou une compétence.

Ce système est perfectible, quatre d'entre eux proposent une valorisation financière sous forme d'intéressement individuel ou collectif bien qu'ils soient conscients de la contrainte budgétaire qui s'applique aux établissements publics de santé. Ils font cette proposition parce qu'ils pensent que c'est ce qu'attendent les paramédicaux : « *mais ce qu'ils attendent sûrement c'est une reconnaissance financière* ». Pour l'un d'entre eux, « *la reconnaissance c'est avant tout dans le quotidien* », il met en avant le rôle de l'encadrement de proximité, notamment dans l'évaluation annuelle des agents.

L'un d'eux propose que ce soit transformé en European Crédits tranfert System (ECTS), et s'inscrive dans un cadre universitaire. Enfin la promotion du système actuel mérite d'être réalisée, car peu de personnes le connaissent et valorisée en interne mais aussi en externe par la publication des travaux menés dans le cadre d'EPP.

Synthèse : d'après les directeurs des soins, le système de valorisation est novateur et mérite d'être promu. Une forme de valorisation financière serait un moyen de récompenser les professionnels investis. Enfin cette valorisation pourrait revêtir un caractère universitaire.

2.2.3 Confrontation des 2 regards

À l'heure où la refonte de la formation initiale des infirmiers diplômés d'état met l'accent sur les pratiques réflexives, les EPP ne sont encore pas connues de tous les paramédicaux de l'établissement observé. Une cinquième de la population dit même ne jamais en avoir entendu parler.

L'établissement est doté d'un institut qualité, risques, sécurité qui forme les professionnels depuis plus de dix ans à ces méthodes. Des actions de communication sont menées régulièrement en réunion et par voie de presse interne, les EPP ont fait l'objet d'un dossier spécial dans le journal interne en 2010. Il existe un onglet EPP dans le site intranet de l'établissement. Ils organisent aussi des journées qualités où les professionnels ayant participé à des EPP peuvent venir les présenter à l'auditoire. Peuvent participer à ces journées, tous les professionnels des établissements hospitaliers du territoire de santé.

La formation est mise en œuvre depuis longtemps, mais l'institut en tant que tel est jeune. Les responsabilités ne sont pas encore clairement définies, puisque même les directeurs des soins ont tous évoqué un responsable différent. Pour moi, mettre les EPP au cœur des pratiques est un moyen de limiter l'effet « soufflet » entre deux itérations de la certification des établissements de santé. Même si les directeurs des soins s'accordent à dire que c'est un phénomène connu et reconnu, ils évoquent qu'ils ont le sentiment que cela ne sera pas le cas à l'issue de la troisième itération.

Les professionnels paramédicaux, au travers de leurs réponses au questionnaire, disent qu'ils ne sont pas prêts à s'inscrire spontanément dans des démarches EPP. Ils sont malgré tout volontaires à plus de 90%. Il semble se dessiner dans leurs réponses que c'est au cadre de proximité de le leur demander. Sur ce point les directeurs des soins sont d'accord. Ils préconisent que le cadre de santé soit un relai de la politique de l'établissement en matière de qualité. Ils mettent en avant la fonction contrôle du cadre à plusieurs reprises.

Fonction qui leur apparaît être défailante et qui mérite toute leur attention. Les principaux facteurs de motivation évoqués par les paramédicaux sont centrés sur leur fonction de soignant en priorité. Les directeurs des soins ont le même sentiment. Sur ce point les deux populations enquêtées s'accordent. Les professionnels n'attendent pas de reconnaissance financière et n'attendent pas de reconnaissance institutionnelle en tant que telle. La reconnaissance qui importe à leurs yeux est celle des supérieurs hiérarchiques directs et elle est de l'ordre du quotidien.

Dans cette partie de l'enquête, je n'ai pas observé d'effet volume ou de différence significative entre les sites questionnés. Les rangs de classement sont à peu de chose près identiques. Les directeurs des soins mettent en avant le rôle primordial de l'encadrement de proximité, et disent avoir pour rôle de mobiliser cet encadrement. Ils disent être des moteurs, « impulser, inciter, donner du sens » aux démarches EPP. Ils n'ont pour la plupart pas évoqué leur rôle dans la valorisation des actions. Et ce, bien qu'il existe au sein de cet établissement une forme de valorisation institutionnelle.

Cette dernière est méconnue des professionnels paramédicaux, moins de 5% sont en mesure de la définir. Les directeurs de soins n'y ont pas non plus tous pensé spontanément. Cela s'explique en grande partie par le faible nombre d'actions d'EPP qui sont entrées dans le processus de valorisation avec le médecin expert extérieur.

C'est une démarche récente dans cet établissement (depuis 2009). Sur cette question de la connaissance du système de valorisation institutionnel des EPP, j'ai noté une différence non négligeable entre les sites. L'effet distance est indéniable, l'intégration récente à la direction commune l'est aussi.

Les réponses à cette question viennent renforcer celles du rang de classement des facteurs de motivation. La reconnaissance institutionnelle n'est vraiment pas un facteur de motivation. Ce système, probablement précurseur de ce que seront les propositions de la HAS en matière de DPC, reste à promouvoir au sein de l'établissement.

Les propositions d'amélioration du système faites par les directeurs des soins s'inscrivent à mon sens dans ce que sera le DPC. La participation à une EPP au-delà de l'aspect formation continue, s'inscrira dans un programme plus large en parallèle d'un plan de carrière. Il pourra aisément être mentionné dans un curriculum vitae et être dans un avenir proche valorisé en ECTS.

Les réflexions de chacun m'ont permis d'avancer dans mon schéma de pensée. Avoir recueilli les attentes de chacun et les avoir confrontées constitue pour moi une véritable plus-value

2.3 Retour sur les hypothèses de travail

Pour tenter d'apporter des réponses à ma question de départ, j'ai formulé quatre hypothèses. Il s'agit ici d'en tester la pertinence.

2.3.1 Première hypothèse

Le processus de valorisation des paramédicaux impliqués dans une démarche EPP au sein de l'établissement ne correspond pas aux attentes des paramédicaux.

Cette hypothèse est validée.

Les professionnels paramédicaux ne connaissent que très peu l'existence du processus institutionnel. Ceux qui le connaissent ne le définissent pas comme un facteur de motivation. C'est avant tout l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients et celle de la satisfaction des patients qui les motivent.

2.3.2 Deuxième hypothèse

La réalisation d'EPP n'est pas considérée comme valorisante par les paramédicaux.

Cette hypothèse est partiellement validée.

Le faible taux de participation spontanée aux démarches EPP met en évidence que l'EPP n'est pas intégrée aux pratiques du cœur de métier. Les réponses aux questions démontrent qu'ils n'y trouvent pas un intérêt personnel, et que l'amélioration de leurs compétences et de leur satisfaction individuelle ne constitue pas une priorité.

Cependant, même si l'on peut s'interroger sur un biais dans la formulation de la question, la majorité d'entre eux sont volontaires pour s'inscrire dans une démarche. Même s'ils n'y trouvent pas un intérêt strictement personnel, ils y accordent une importance pour le patient et pour l'équipe.

2.3.3 Troisième hypothèse

Le processus de valorisation existant ne répond pas aux besoins de la direction des soins.

Cette hypothèse est en partie validée.

La direction des soins préfère mettre l'accent sur le rôle de l'encadrement de proximité dans les démarches EPP, et sur la fonction contrôle qui semble être défaillante.

En revanche, ils trouvent que le processus est novateur, et qu'il a le mérite d'exister. A leurs yeux, le système est perfectible. Ils souhaiteraient l'intégrer à un processus plus large de professionnalisation des paramédicaux. La valorisation pourrait s'inscrire dans un processus universitaire.

2.3.4 Quatrième hypothèse

Un processus de valorisation institutionnel est un facteur de motivation contribuant à limiter l'effet « soufflet » entre deux itérations de la certification des établissements de santé.

Cette hypothèse est invalidée.

Pour les professionnels, les véritables facteurs de motivation sont directement liés aux patients. La facilitation d'accès à la formation continue qui pourrait être un autre modèle de valorisation est classée au rang n°7.

La valorisation financière n'est pas, contre l'attente des directeurs des soins, un facteur de motivation.

L'analyse des résultats et la validation partielle des hypothèses me permettent de proposer, en regard des éléments recueillis des préconisations. Professionnelles, elles seront en lien direct avec l'établissement observé.

3 Préconisations et perspectives

3.1 Améliorer l'existant

Le système de valorisation tel qu'il existe demeure perfectible, dans un premier temps, il serait souhaitable de mener des actions d'information et de sensibilisation. Dans un second temps une clarification des responsabilités s'avère nécessaire. Dans un troisième temps, la mise en place d'un outil de traçabilité pourrait faciliter la mise en œuvre de la reconnaissance institutionnelle. Enfin une réflexion préalable à la mise en œuvre du DPC doit être réalisée.

3.1.1 Faire connaître le dispositif de valorisation existant

La forme de reconnaissance institutionnelle existante n'est pas complètement exploitée. En effet, le système n'est pas ou peu connu des professionnels. Il me semble intéressant de mener une politique de communication active. Le présenter en cercle restreint ne suffit pas et l'expérience de l'établissement montre que la publication dans la presse interne n'est pas aussi efficiente que l'institut le souhaiterait. Les professionnels paramédicaux ayant reçu ce certificat pourraient être les relais de cette action de formation au sein de leur pôle. D'autant que même si des EPP n'ont pas été menées dans tous les services, chaque pôle a été concerné par une ou plusieurs démarches.

L'institut qualité, risque, sécurité a mis en place un réseau de référent qualité au sein des pôles. Ces référents pourraient être mobilisés pour assurer la promotion du dispositif de valorisation existant au cœur des unités de soins.

3.1.2 Clarifier les responsabilités en matière d'EPP

Il convient de clarifier les responsabilités en matière d'EPP. L'établissement observé est concerné par plusieurs projets d'envergure, c'est dans un temps limité que les pôles ont été restructurés, et que la CHT a été constituée. La politique territoriale est le fer de lance de la direction. De ce fait la direction des soins est sollicitée tout le temps et par tous, en réaction, la direction des soins a rédigé un projet. Ce projet a pour objectif de définir la politique de la direction des soins, la stratégie, les objectifs et les actions à mener, de plus il clarifie les missions de chacun au sein de l'établissement et au sein de la direction commune avec les quatre établissements de la CHT. Au même titre, l'institut qualité, risques, sécurité a rédigé un document d'organisation interne, mais sa diffusion est restée restreinte et il ne constitue pas en soi une charte de fonctionnement claire et suffisamment explicite pour ses partenaires.

La commission DPC vient d'être constituée en lieu et place de la commission FMC-EPP. Cette commission n'a pas rédigé sa charte de fonctionnement.

Cette charte pourrait aussi faire l'objet d'une diffusion interne en étant présentée aux différentes instances de l'établissement.

3.1.3 Un outil de traçabilité au service de la reconnaissance institutionnelle

Il est difficile de reconnaître l'investissement d'un professionnel quand on n'est pas informé de sa participation. A l'heure actuelle, les pilotes d'EPP déclarent sur un formulaire type de la HAS leur EPP lorsqu'ils décident de la faire valider. C'est sur ce document que sont recensés les noms de professionnels y ayant participé.

Mais ce document ne stipule pas la quantité ni la qualité de l'investissement de chacun. C'est quelque chose de très subjectif. Il n'y a pas de recueil de données relatives à la participation aux EPP au sein de l'établissement. Personne n'est en mesure de dire à un instant T qui est inscrit dans une démarche et à quelle hauteur il y contribue.

Il est nécessaire d'anticiper des directives à venir en matière de DPC. Comment l'établissement pourra-t-il justifier pour chaque individu que son dossier est recevable s'il n'a pas d'éléments de preuve ou de traçabilité fiable ?

C'est certes un travail de recueil fastidieux qui nécessite la mise en place d'un outil adéquat et performant. Cet outil pourrait être renseigné directement par les professionnels inscrits dans une EPP. Pour cela, chaque professionnel se verrait attribuer un identifiant, cela contribuerait à l'information des professionnels de l'établissement. Cet outil se présenterait comme une plateforme de déclaration, au même titre que celle qui existe déjà pour la déclaration des événements indésirables.

L'institut qualité, risques, sécurité, aurait une page dédiée à l'information en direct, en lieu et place de l'onglet EPP de la page intranet. La commission, après avoir validé les sujets d'EPP et le pilote, inscrirait dans un champ de l'outil informatique le titre de l'EPP et le nom du pilote. A l'issue de cette inscription le pilote se verrait accorder des droits administrateur pour cette EPP. Ces droits lui permettant d'intégrer les documents relatifs au travail mené, décisions ou comptes rendus de réunion par exemple.

Les professionnels, via leurs identifiants, renseigneraient les champs relatifs à leur investissement, temps passé, nombre de réunions, type de travail effectué. Leurs données seraient validées par le pilote. L'onglet « informations sur les EPP » serait accessible à tous, ainsi que la liste des EPP.

En revanche les données quantitatives de traçabilité individuelle ne seraient accessibles qu'à l'individu, au pilote de l'EPP, aux membres de la commission DPC.

Lorsqu'une EPP serait présentée à la validation, la commission DPC aurait les données nécessaires pour justifier de l'implication de l'individu et ainsi être sûr d'attribuer un certificat à qui de droit. Ce certificat, sur lequel pourrait être fait mention du temps passé, serait enregistré dans le dossier DPC de l'agent par les bureaux dédiés de la direction des ressources humaines ou des affaires médicales.

3.1.4 Anticiper les directives relatives au DPC

Dans le même ordre d'idée, il importe de mener une réflexion sur ce que pourra être le DPC pour l'établissement. Même si les décrets d'application ne sont pas encore parus, la commission DPC doit s'emparer du sujet, rédiger sa charte de fonctionnement et préciser comment elle s'intègre dans le dispositif.

Cette commission a pour mission d'élaborer la stratégie en matière de DPC. Cette stratégie veillera à décliner les programmes nationaux et régionaux en programmes d'établissement. La commission devra mener une réflexion sur la manière d'élaborer ces programmes. Car ceux-ci ne se limitent pas aux seules démarches d'EPP. Ils constituent un tout dans lequel la formation continue est intégrée.

Auparavant la commission FMC-EPP travaillait peu dans ce sens pour le corps médical. Son remaniement intègre aujourd'hui les professionnels paramédicaux. La réflexion à mener ne pourra s'affranchir d'un travail collaboratif avec les bureaux de la direction des ressources humaines dédiés à la formation continue.

Informar, tracer, définir une stratégie, piloter une EPP, sont des actions qui sont en grande partie du ressort des directions. Mais une stratégie, si bien définie soit-elle, est inutile si elle reste au stade de la stratégie et qu'elle n'est pas déclinée dans les pôles et les unités de soins.

L'établissement est coutumier du fait, c'est ce qui explique en grande partie que tous les directeurs des soins ont mis en avant la nécessité de recentrer les cadres de proximité sur leur fonction contrôle.

3.2 Amener les cadres de proximité à exercer leur fonction contrôle

Pour amener les cadres de proximité à exercer leur fonction contrôle, il convient dans un premier temps de se pencher sur la nature des relations entre la direction des soins et de l'encadrement supérieur, puis dans un second temps sur les modes de fonctionnements des cadres supérieurs de pôle et des cadres de proximité. Enfin, il est nécessaire de s'interroger sur la formation initiale et continue des cadres de santé, leur intégration à l'équipe d'encadrement, la nécessité de contractualiser.

3.2.1 Créer une proximité entre direction des soins et encadrement supérieur

La direction des soins est en phase de restructuration, j'ai observé deux types de relations avec l'encadrement supérieur :

- ✓ Des relations informelles où le cadre supérieur interagit avec un ou plusieurs directeur des soins sur un problème identifié, soit à titre de compte rendu ou de recherche de conseil ou d'appui ;

- ✓ Des relations formelles à l'occasion de réunions d'encadrement supérieur où tous les cadres supérieurs sont invités.

Ces réunions d'encadrement supérieur sont bimensuelles, elles durent entre deux et trois heures et se déroulent suivant un ordre du jour pré établi. Cependant ces réunions sont essentiellement des réunions d'information et non pas des réunions de travail. Il n'y a pas de règles de « bienséance », ces réunions ne peuvent pas être constructives en l'état, alors que les téléphones sonnent, que les cadres supérieurs vont et viennent au gré de leurs communications téléphoniques.

Ce temps de partage avec la direction des soins déjà limité à six heures mensuelles n'est pas pleinement exploité. Je conçois qu'il soit difficile d'organiser des réunions de travail avec un groupe de plus de 25 personnes, mais si les informations pouvaient être partagées dans un espace plus feutré, ce serait probablement plus efficace.

Les cadres supérieurs sont tous en possession de fiches de postes élaborées par la direction des soins selon un canevas prédéterminé. Ces fiches comportent un préambule, le cadre de référence, les missions générales, les domaines d'activité, les aptitudes requises, et une partie spécificités. A aucun moment il n'est fait état des attendus de la direction des soins.

Les modalités des relations avec la direction des soins et l'organisation minimale de ces relations ne sont pas définies. Antérieurement à la réorganisation de pôles, les directeurs des soins étaient directeurs référents pour un ou plusieurs pôles, ils avaient ainsi instauré une proximité avec les cadres supérieurs, en assistant par exemple au conseil et bureaux de pôle.

La restructuration a eu pour effet de réduire cette proximité et, en l'état, il n'existe pas de document consensuel officiel qui permette de réinstaurer cette nécessaire proximité.

Il n'est pas utile de modifier individuellement chaque fiche de poste mais une réflexion commune doit être engagée, c'est l'occasion de mettre à profit les réunions bimensuelles pour les transformer progressivement en réunions de travail.

Cette proximité doit aussi être renforcée entre l'encadrement supérieur et les cadres de proximité.

3.2.2 Définir les modes de fonctionnement entre encadrement supérieur et cadres de proximité

A l'instar de ce qui existe pour les cadres supérieurs, chaque cadre de santé est en possession d'une fiche de poste. Ces fiches sont rédigées par le cadre supérieur selon un canevas préétabli. La fiche de poste comporte une succession de chapitres relatifs aux missions du service, à l'organisation du service, aux activités du cadre, aux compétences requises, aux horaires du poste et à ses spécificités.

Ces fiches ne font ni mention des attendus de la direction des soins ni du cadre supérieur. Les activités décrites ne mentionnent pas la fonction contrôle comme activité en tant que telle.

Les cadres de santé sont aujourd'hui centrés sur la fonction gestion des ressources humaines plus que sur toute autre fonction.

L'un des directeurs des soins interviewé m'a dit « *c'est plutôt le cadre qui encourage, qui incite, il est censé garantir la qualité de la prise en charge. Mais comment peuvent-ils la garantir s'ils n'assistent pas aux transmissions ou ne suivent pas les visites ?* ». Cette réflexion est le reflet du glissement progressif du métier de cadre vers celui de gestionnaire de ressources humaines.

Chaque cadre supérieur organise de la manière qu'il souhaite ces relations avec les cadres de son pôle. Il n'existe pas de charte de fonctionnement commune à tous les pôles. Celle-ci formaliserait les liens entre la direction des soins et l'encadrement de proximité et ceux entre l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité.

Les attendus de la direction des soins pourraient y être précisés.

Si la fonction contrôle n'est pas inscrite au cœur des activités décrites dans la fiche de poste, il convient aussi de s'interroger sur la formation des cadres de santé.

3.2.3 De la formation à la contractualisation

La formation initiale des cadres de santé est dispensée en institut de formation de cadres de santé. Ces instituts sont au nombre de 41 en France métropolitaine. Le diplôme d'état de cadre de santé a été créé par le décret n°95-926 du 18 août 1995. Le programme de formation comporte six modules.

Le module 4 (150 à 180 heures) est dédié à la fonction d'encadrement. Ce module a pour objectif de déterminer la place et le rôle du cadre dans l'institution sanitaire, il est organisé en cinq chapitres : le cadre réglementaire et législatif, le management, l'organisation et les conditions de travail, l'organisation et l'évaluation des activités professionnelles et l'utilisateur et les structures de soins.

La fonction contrôle n'apparaît qu'une fois dans le programme dans un sous chapitre intitulé : autorité et pouvoir, délégation et contrôle.

La fonction contrôle est peu enseignée dans le cadre de la formation initiale. Mais dans la fiche métier de cadre responsable d'unité de soins¹³ la première activité décrite est : « *contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine* ».

Il est donc indispensable de mettre en place une formation d'adaptation à l'emploi des cadres quand ils prennent leurs fonctions au sein de l'institution.

¹³ Fiche métier 05U20 du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière disponible sur le site www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr

Au cours de cette formation, en plus des actions d'informations inhérentes à l'institution et son fonctionnement et des actions de formation aux outils de gestion mis à leur disposition, l'accent devra être mis sur les attendus de la direction des soins dans le cadre de la fonction contrôle. On peut d'ailleurs tout à fait envisager une forme de tutorat durant le premier mois de prise de fonction.

Pour les cadres plus experts, il peut être envisagé de procéder à une action de formation en lien avec la qualité et la gestion du risque qui viendrait renforcer les acquis de l'IFCS.

Enfin, la direction des soins, pourrait valider l'atteinte des objectifs par la mise en œuvre de la contractualisation interne. Cette pratique s'inscrit pleinement dans ce que pourrait être le DPC. Les entretiens d'évaluation annuelle, pourraient être couplés à des entretiens de progression. Ces entretiens seraient réalisés sur la base d'un échange entre la direction des soins et les cadres supérieurs. Ces derniers feraient de même avec les cadres de leur pôle, et les cadres avec les professionnels des unités de soins.

Le canevas de cet entretien reposerait sur un état des lieux des compétences, un bilan des objectifs fixés l'année précédente, une discussion sur la définition des objectifs pour l'année à venir et sur les besoins en formation. Enfin un point devra être réalisé sur le projet professionnel (desir d'évolution, mobilité, motivation ...). L'intégralité de l'entretien serait consignée dans un contrat où certaines obligations pourraient être traduites en objectifs chiffrés à atteindre en termes de résultats. Ce pourrait être par exemple : s'engager à ce qu'une EPP soit menée par unité dans le pôle.

A son tour le cadre supérieur pourrait contractualiser avec le cadre de santé de chaque unité : s'engager à ce qu'une EPP soit menée dans l'unité et qu'un tiers des professionnels soit partie prenante de la démarche.

Le cadre pourrait contractualiser à son tour avec les professionnels de l'unité : s'engager à participer activement à une EPP dans les trois ans à venir.

Les thématiques devant faire l'objet de cette contractualisation pourraient être définies par la direction des soins en fonction de ses priorités.

Formation et contractualisation sont des moyens que peut mettre en œuvre la direction des soins pour dynamiser l'encadrement de proximité et l'encadrement supérieur.

Pour autant, définir des limites et mettre en place des procédures ne constitue pas une fin en soi. Le besoin d'autonomie n'est pas à négliger. Cette autonomie pourrait s'exprimer au travers de la recherche en soins.

3.3 Vers une démarche de recherche en soins

La recherche en soins est très peu développée dans les établissements hospitaliers français. Cela fait pourtant partie des activités du directeur des soins:

« il développe la recherche en soins, les pratiques innovantes et les coopérations entre les professionnels de santé et veille à leur diffusion. »¹⁴.

La notion de recherche en soins s'est d'abord inscrite comme domaine de pratique infirmière dans les années 70. Elle était à l'origine construite comme une possibilité d'amélioration de la qualité des soins. Elle peut se décliner en trois volets : acquisition d'une culture scientifique, la réalisation de travaux et la participation à des travaux de recherche médicale.

La direction générale de l'offre de soins a lancé un appel à projet dans le cadre du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale.

La recherche infirmière et paramédicale est définie comme *« une investigation systématique conçue pour améliorer les connaissances et les pratiques liées aux soins et à l'exercice professionnel des auxiliaires médicaux »¹⁵* et *« cette recherche doit être interdisciplinaire et concerne aussi les aspects de besoin en santé, d'organisation et de management au sein des établissements ou d'évaluation du système de santé. Ainsi si le chef de projet principal doit être un auxiliaire médical, un ou des chef(s) de projet pourra (ont) lui être associé(s) sans qu'il s'agisse obligatoirement d'auxiliaire médical »¹⁶.*

Les EPP peuvent s'apparenter à une démarche de recherche en soins. La direction des soins peut dans un premier temps inscrire les EPP comme partie intégrante de la démarche de recherche en soins dans son projet de soins infirmiers, de rééducation et médicoteknique.

Dans un deuxième temps, il s'agit de mobiliser les acteurs d'EPP dans la valorisation de leurs travaux par l'écriture.

Dans un troisième temps il est important de les accompagner dans une démarche de promotion externe de leurs travaux. Enfin il reste à envisager que les démarches EPP conduisent à une forme d'universitarisation.

3.3.1 Inscrire les EPP dans la stratégie institutionnelle de développement de la recherche en soins

La promotion de la recherche en soins entre dans le champ d'action du directeur des soins. Cette stratégie peut être inscrite dans le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicoteknique. La direction des soins envisage de formaliser ce projet sur le modèle du référentiel de certification V2010 des établissements de santé.

Le projet de soins de l'établissement observé se décline, pour l'instant en sept axes : l'utilisateur, les organisations, l'équipe, la coopération, la qualité et la gestion des risques, la recherche et l'innovation, le management.

¹⁴ Référentiel métier directeur des soins disponible sur le site www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr

¹⁵ Instruction n°DGOS/PF4/2010/258 du 9 juillet 2010

¹⁶ *ibid*

L'axe qualité et gestion des risques comporte trois objectifs. Le premier d'entre eux est : poursuivre et développer l'évaluation des pratiques professionnelles.

L'axe recherche et innovation poursuit trois objectifs :

- ✓ Initier et structurer la recherche clinique en soins ;
- ✓ Développer et diffuser de nouvelles techniques innovantes ;
- ✓ Promouvoir la démarche clinique en soins.

Un seul axe comporte un objectif de valorisation c'est l'axe coopération. L'objectif est ainsi formulé : valoriser les ressources internes.

Il n'est pas envisagé, dans ce projet, d'inscrire les EPP dans la stratégie de développement de la recherche en soins. Pourtant, les EPP constituent une occasion d'initier et de structurer la recherche en soins. En effet, les EPP sont des démarches encadrées par une méthode reconnue, elles portent sur l'amélioration des pratiques de soins et s'appuient sur une recherche bibliographique et des recommandations de sociétés savantes.

Tout comme les démarches de coopération, elles peuvent être innovantes. Des outils, tel que la simulation en santé, peuvent apporter une contribution aux démarches EPP, pour valider ou invalider en toute sécurité une hypothèse de travail ou une préconisation.

La valorisation des démarches EPP ne constitue pas non plus un objectif à part entière. Or l'inscription des EPP dans le champ de la recherche peut contribuer à une valorisation en termes de reconnaissance institutionnelle. Le projet de soins pourrait aussi inscrire parmi les objectifs relatifs à la recherche la promotion du programme de hospitalier de recherche infirmière et paramédicale.

Enfin une collaboration avec le corps médical, via le président de CME est à envisager dans ce domaine.

Le premier pas de la recherche est souvent la publication d'articles dans des revues professionnelles. C'est une pratique intégrée à la culture médicale. Pourquoi ne pas envisager de mettre à profit leur expérience dans ce domaine au profit des professionnels paramédicaux ?

3.3.2 Mobiliser les acteurs de l'EPP dans la valorisation de leurs travaux par l'écriture

L'enquête réalisée dans le cadre de ce travail de mémoire a démontré que les professionnels avaient à cœur d'améliorer la satisfaction des patients. Il me semble nécessaire d'utiliser ce levier pour les amener à entrer en douceur dans l'écriture.

Lorsqu'une EPP est menée, elle fait parfois l'objet d'une validation par la HAS par l'intermédiaire d'un médecin expert extérieur. En revanche, elle fait rarement l'objet d'une action de communication.

La direction des soins ou l'institut qualité, risques, sécurité pourrait inciter les professionnels paramédicaux à présenter leur travail sous forme de poster.

Ces posters pourraient être rédigés selon un canevas type proposé par l'institut, mais laisseraient une part importante à la créativité.

Ils seraient ensuite affichés dans les couloirs des unités de soins impliquées. Ils pourraient aussi être affichés dans des espaces dédiés à la patientèle, comme les halls d'accueil.

Pour créer une émulation, ces posters pourraient faire l'objet d'un concours annuel du meilleur poster. Ce concours aurait pour jury des professionnels de santé n'ayant pas participé aux EPP concernées et des représentants des usagers. Les critères de jugement porteraient plus sur des aspects artistiques, et de qualité de l'information apportée que sur le sujet ou le fond.

Cette étape constituerait une première étape dans la mise en écriture.

Il s'agirait, ensuite, pour la direction des soins et l'institut qualité de proposer aux équipes de rédiger un article sur leur EPP dans la revue interne, soit au rythme d'un article par revue, soit dans le cadre d'un dossier spécial qui regrouperaient plusieurs articles.

La direction des soins et l'institut qualité pourrait mettre en œuvre des ateliers « écriture » parrainés par des professionnels du corps médical, ou par des cadres supérieurs de santé.

Ces ateliers permettraient aux professionnels de travailler en petit comité dans un cadre dédié, dans un temps imparti pour l'occasion. Ils pourraient être animés par des personnels de la direction de la communication de l'établissement.

La direction des soins, l'institut qualité et la commission DPC pourraient constituer un comité de lecture pour guider les équipes de rédaction, et au final valider les articles.

Le passage à l'écriture constitue une première étape de la démarche de recherche en soins.

Il n'a été abordé ici que des aspects de communication en interne, ceci afin de rassurer les équipes. Il s'agit de les amener à la recherche et non pas de les confronter à la recherche. La deuxième étape repose sur la communication externe à l'établissement.

3.3.3 Accompagner les professionnels dans une démarche de promotion externe de leurs travaux

Il existe déjà une forme de promotion mixte, à la fois interne et externe, au sein de l'établissement observé. Les journées qualité organisées par l'institut qualité, risques, sécurité sont ouvertes à tout professionnel de santé du territoire de santé dont dépend l'établissement. Les professionnels du territoire de santé sont invités à venir présenter leur travail.

Participer à une communication orale est un exercice peu courant pour la population paramédicale. Il serait souhaitable de les accompagner dans ce premier travail de présentation.

Cet accompagnement pourrait être une aide à la rédaction de supports de présentation, une aide à la présentation orale et une préparation aux questions potentielles. Ici aussi, les professionnels de la communication de l'établissement pourraient constituer une ressource pour cette guidance.

Une fois le pas franchi en interne, les professionnels pourraient plus aisément s'inscrire à des congrès professionnels pour présenter leur travail. Les journées qualité constitueraient en quelque sorte une avant-première.

Dans le même ordre d'idée, les posters réalisés pour l'étape précédente pourraient être proposés pour répondre à des appels à communication, dans le cadre de congrès professionnels.

Enfin, il serait souhaitable de leur proposer de les accompagner dans la publication de leurs articles dans la revue professionnelle de leur choix, ou sur les sites internet dédiés aux professions paramédicales.

Quelques soient les modalités choisies pour promouvoir les travaux en externe, il faut mettre en place un accompagnement. Il pourrait être réalisé par des professionnels de l'établissement (encadrement supérieur, direction des soins, institut qualité, direction de la communication).

Une collaboration avec les instituts de formation de proximité pourrait aussi être envisagée. Cet échange contribuerait à renforcer les liens avec les instituts de formation.

3.3.4 Vers une reconnaissance universitaire

Les EPP menées dans les établissements de santé vont désormais s'inscrire dans un programme de développement professionnel continu. Le caractère institutionnel pourra être amené à évoluer vers une démarche territoriale régionale voire nationale. On peut dès lors envisager que les futures démarches EPP soit reconnues par l'université.

Le travail mené par la commission DPC associé à une véritable démarche de recherche en soins pourrait faire l'objet d'attribution d'ECTS.

Cela nécessite de faire l'évaluation la plus juste possible de l'investissement de chacun. L'outil de traçabilité pourrait contribuer à cette évaluation. En plus de faire valider les démarches EPP par le médecin expert extérieur de la HAS, il faudrait les présenter en commission d'attribution des crédits.

Pour cela, les instituts de formation en soins infirmiers pourraient apporter une aide précieuse. Depuis la réforme des études infirmières, ils sont inscrits dans une démarche d'universitarisation. Les établissements de santé pourraient tirer parti de leur expérience pour monter leurs propres projets d'universitarisation des démarches EPP.

Cette validation pourrait être un atout important pour l'établissement en matière de recrutement et de fidélisation de ces professionnels.

Toutes les actions permettant aux professionnels de rentrer dans une démarche de recherche en soins sont dépendantes les unes des autres. Elles sont organisées en étape pour que chaque professionnel puisse s'y inscrire progressivement. Cette inscription dans la recherche en soins pourrait aussi faire l'objet de la contractualisation précédemment évoquée.

Les préconisations proposées ne sont certes pas exhaustives, mais elles pourront constituer d'ors et déjà une trame de réflexion pour la direction des soins.

Conclusion

Qualité et évaluations des pratiques professionnelles sont aujourd'hui des incontournables au sein des établissements de santé français. La nouveauté réside dans le fait que les EPP s'intègrent désormais dans le développement professionnel continu.

Ce nouveau dispositif concerne tant les professionnels médicaux que les paramédicaux.

Il nécessite la transformation d'une des sous-commissions de la commission médicale d'établissement. La commission FMC-EPP devient commission DPC. Désormais, il faudra valider ou faire valider ses démarches et les inscrire dans le cadre d'un programme régional voire national.

Le postulat de départ de ce travail est qu'en valorisant les professionnels paramédicaux ayant participé à des démarches d'EPP, il serait possible de limiter l'effet « soufflet » entre deux itérations de la certification des établissements de santé.

La question initiale portait sur la plus-value que pourrait apporter un système de valorisation institutionnelle. Pour répondre à cette interrogation, j'ai formulé quatre hypothèses. C'est en effectuant un travail de recherche que j'ai pu vérifier la pertinence de celles-ci.

L'enquête de terrain réalisée en deux étapes simultanées, m'a permis de mettre en évidence les attentes des professionnels paramédicaux d'un établissement et celle d'une équipe de direction des soins.

Contre toute attente, les professionnels paramédicaux ne savent pas tous ce qu'est une EPP. Ils sont peu nombreux à avoir déjà participé à une telle démarche. Ils sont majoritairement volontaires pour y prendre part à condition que leur supérieur hiérarchique direct le leur demande. Les principaux facteurs de motivation sont en lien direct avec le patient et sa prise en charge.

Pour les directeurs des soins, il reste à préciser les responsabilités en matière d'EPP. Ils mettent en avant le rôle primordial de l'encadrement notamment du cadre de proximité. Au regard de ces résultats, les préconisations de trois ordres : améliorer l'existant, amener les cadres de santé à exercer leur fonction « contrôle » et inscrire les EPP dans une démarche de recherche en soins.

Ce travail de mémoire axé sur une thématique qui me tient à cœur a constitué une véritable étape de ma construction professionnelle. Cette recherche associée au stage m'a permis de prendre conscience de la nécessité de ne pas hésiter à aller au-delà de ses a priori. Il m'a aussi montré l'intérêt d'écouter et d'entendre plusieurs voix pour cerner une situation dans son ensemble.

Ce travail bien que centré sur un seul établissement m'a beaucoup apporté et m'ouvre de nouvelles perspectives.

Ma prise de fonction s'effectuera dans une structure très différente, tant dans son statut que dans ses dimensions. Il n'y aura pas d'institut ni de direction de la qualité. Cette fonction me sera attribuée pour partie. Les préconisations effectuées dans le cadre de ce travail sont pour la plupart transposables. La place dévolue à l'encadrement retiendra toute mon attention dès ma prise de fonction et je mettrai tout en œuvre pour instaurer la proximité nécessaire si elle n'existe pas déjà.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- ✓ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n° 179 du 02 août 1991, 10255-10269.
- ✓ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel n°54 du 05 mars 2002, 4118-4158.
- ✓ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal officiel, n°190 du 17 août 2004, 14598-14625.
- ✓ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2008-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n° 167 du 22 juillet 2009, 12184-12243.
- ✓ MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996, 6324-6343.
- ✓ MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. Journal officiel n°88 du 15 avril 2005, 6730-6731.
- ✓ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales. Journal officiel, n° 113 du 16 mai 2007, 9372.

Rapports

- IGAS, 2008, *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*, Paris : IGAS, 58 p.
- DGOS, 2010, *référentiel métier de Directeur (trice) des soins*, Paris : DGOS, 12 p.

Ouvrages

- AUBERT N., GRUERE J.P., JABES J., LAROCHE H., ENLART S., 2010, *Management aspects humains et organisationnels*, Paris : PUF fondamental, 656 p.
- CHAMINADE B., 2008, *Guide pratique RH et compétences dans une démarche qualité*, La Plaine Saint Denis : AFNOR éditions, 540 p.
- HESS M., 2010, *Le management à l'hôpital – Science, art, magie ?*, 2^{ème} édition, Paris : Seli Arslan, 183 p.
- LE BOTERF G., 2010, *Professionaliser – Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*, 6^{ème} édition, Paris : Eyrolles Edition d'organisation, 143 p.
- OSTY F., 2010, *Le désir de métier – Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, 245 p.
- STORDEUR S. /dir. D'HOORE W. /dir., 2009, *Attractivité, fidélisation et qualité des soins – 3 défis, une réponse*, Paris : éditions Lamarre, 244 p.

Articles

- CADET D., 2006, « *Evaluation des pratiques professionnelles – Réflexions et expériences* », Revue hospitalière de France, n°511, pp. 23-25.
- CHABOT J.M., 2009, « *L'EPP : pour une politique fondée sur la qualité* », Recherche en soins infirmiers, n°96, pp. 27-31.
- CLUZEL-METAYER L., 2010, « *La prime de fonction et de résultats dans la fonction publique* », Droit administratif, n°2, pp. 39-40.
- GARDEL C., MINVIELLE E., 2008, « *Evaluation des pratiques professionnelles, Certification et performance hospitalière* », Journal d'économie médicale, n°4 volume 26, pp. 190-194.
- GIAUQUE D., BARBEY V., DUC N., 2008, « *Les leviers de la performance individuelle et collective dans les organisations publiques suisses : l'importance d'un pilotage participatif* » Revue française d'administration publique, n°128, pp. 785-798.
- JEANBLANC G., DURAND-ZALESKI I., 2008, « *Evaluation des pratiques professionnelles et indicateurs de performance* », Journal d'économie médicale, n°4 volume 26, pp. 218-215.
- LOOS-GOGE C., STEINMETZ J.P., WOLF M., 2010, « *Stratégie d'évaluation des pratiques professionnelles aux hôpitaux universitaires de Strasbourg* », Revue hospitalière de France, n°534, pp. 63-65.
- MOUSILLAT V., DURAND J., 2009, « *EPP management – Evaluation de la pertinence d'un plan de formation continue* », Revue hospitalière de France, n°530, pp. 70-72.
- NOBOA M.S., DIODAT C., ALBOUY-LLATY M., ALLAL J., MIGEOT V., 2010, « *E3P, une nouvelle structure d'évaluation régionale des pratiques professionnelles en Poitou-Charentes* », Risques & Qualité en milieu de soins, Volume VII, n°3, pp. 160-163.
- PEOC'H N., 2009, « *L'essentiel dynamique de la recherche en soins dans l'évaluation des pratiques professionnelles* », Soins cadres, n°71, pp. 47-51.
- XAVIER V., 2010, « *La motivation au travail* », Objectif soins, n°190, pp. 27-29.

Dossiers

- DORTIER J.F., 2010, Dossier : « *Le travail en quête de sens* », Sciences Humaines, n°210, pp. 30-47.
- ENGELHARD J.M., 2010, Dossier : « *Ressources humaines : quels leviers de motivation* », Direction(s), n°77, pp. 24-31.
- GILLIOTTE N., 2010, Dossier : « *Evaluation externe : une dynamique à impulser* », Direction(s), n°79, pp. 26-33.
- LAVAL C., 2010, Dossier : « *L'engagement des salariés* », Personnel, n°508, pp. 53-72.
- ROUFF K., 2009, Dossier : « *L'évaluation interne : une démarche pour valoriser les pratiques* », Lien social, n°921, pp. 10-15.

Mémoires

- BATELI L., 2007, *L'élaboration du projet de soins : quelle opportunité managériale pour le Directeur des soins ?*, mémoire de Directeur des soins : RENNES, ENSP, 55 p.
- DALY J.C., 2007, *L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie : un enjeu stratégique pour le directeur des soins*, mémoire de Directeur des soins : RENNES, ENSP, 55 p.

- DARIOS M., 2007, *Pour un management au service d'une démarche d'amélioration continue de la qualité- Mobiliser et encadrer les acteurs*, mémoire de Directeur d'établissement sanitaire et social public : RENNES, ENSP, 63 p
- HUET F., 2009, *Evaluation des pratiques professionnelles : d'une politique à une culture de la qualité*, mémoire de Directeur des soins : RENNES, EHESP, 33 p
- PARENT P.A., 2008, *L'évaluation des pratiques professionnelles, outil d'intégration de la démarche qualité par les soignants*, mémoire de Directeur de soins : RENNES, EHESP, 35 p

Sites internet

- DARNE H., 2009, *Le développement professionnel continu en santé revu par le Sénat*, [visité le 24.02.2011], disponible sur Internet : <http://developpement-professionnel-continu.org/legislation/le-developpement-professionnel>.
- 2010, *Le développement professionnel continu (DPC), un outil clé de la qualité des soins*, [visité le 24.02.2011], disponible sur internet : <http://www.secteurpublic.fr/public/article/le-developpement-professionnel-continu>.
- HAS, *La démarche qualité en soins ambulatoires*, disponible sur <http://www.has-sante.fr>
- HAS, EPP infos n°45, mai 2010, « DPS & Pratiques » disponible sur <http://www.has-sante.fr>
- CABBAROT P., *évaluation des Pratiques Professionnelles*, Société française d'endoscopie digestive, 4 octobre 2007, disponible sur <http://www.sfed.org/Video-Digest/Evaluation-des-Pratiques-Professionnelles.htm>.
- 2010, répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière disponible sur <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

Liste des annexes

Annexe I :	guide d'entretien	II
Annexe II :	questionnaire	III
Annexe III	synthèse des résultats bruts des questionnaires	V

Annexe I
Grille d'entretien directeur des soins

00. Racontez-moi votre parcours :
01. Qu'évoquent pour vous les démarches EPP ?
02. Selon vous, quel est le rôle d'un directeur des soins dans ces démarches ?
03. Quels sont les raisons qui incitent les paramédicaux à s'inscrire dans ces démarches ?
04. Quel peut être le rôle du DS pour inciter les paramédicaux à s'inscrire dans ces démarches ?
05. Qui est responsable des EPP au sein du CHRU ? Est-ce valable pour tous les sites ?
06. Comment la direction des soins peut-elle s'inscrire dans cette responsabilité ?
07. Quels liens entretenez-vous avec la direction qualité ?
08. Avez-vous observé une diminution de l'implication des paramédicaux entre 2 certifications ?
09. Comment pouvez-vous objectiver votre réponse ?
- | | | |
|--|--|---|
| <p>10. (Si oui question 08)
Quelles actions pourrait mener un DS pour réduire cette diminution ?</p> | | <p>(Si non question 08)
Quelles actions pourrait mener un DS pour maintenir ce niveau d'implication ?</p> |
|--|--|---|
11. Que pensez-vous du système institutionnel de valorisation des paramédicaux impliqués dans des démarches EPP ? (remise de certificat pour mémoire)
12. Qu'est ce qui pourrait être perfectible dans ce système de valorisation ?
13. Remarques complémentaires.

Annexe II

Bonjour, répondre à ce questionnaire ne vous prendra que 5 minutes.

Ce questionnaire est individuel et anonyme, il servira de base de travail à la rédaction d'un mémoire de fin d'études d'un élève directeur des soins à l'école des hautes études en santé publique. Ce travail porte sur la valorisation des professionnels paramédicaux impliqués dans des démarches d'évaluation de pratiques professionnelles (EPP).

Pour faire connaissance :

Vous êtes :

Un homme Une femme

Vous avez :

Moins de 25 ans Moins de 30 ans Moins de 40 ans Moins de 50 ans 50 ans et plus

Quelle profession exercez-vous ?

Avez-vous déjà entendu parler d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) ?

Oui Non

Pour en savoir plus :

① Est-ce qu'une EPP a été menée dans votre service, ou dans l'équipe ?

Oui Non

① Avez-vous suivi la formation institutionnelle « comment mener une évaluation des pratiques professionnelles, comment résoudre un dysfonctionnement » ?

Oui Non

② Avez-vous déjà participé à une EPP ?

Oui (allez à la question ③) Non (allez à la question ⑤)

③ Pourquoi ?

Vous étiez volontaire

Vous étiez intéressé

On vous l'a demandé

C'était :

Le Cadre Le chef de service

Quelqu'un d'autre précisez qui :

④ Vous avez participé à une EPP, qu'est-ce que cela vous a apporté ? (en 3 mots)

Allez à la question ⑥

⑤ Pourquoi ?

Vous ne savez pas à quoi cela sert

Cela ne vous intéresse pas

On ne vous a pas demandé d'y participer

⑥ *Seriez-vous volontaire pour participer à une EPP ?*

Oui (allez à la question ⑦)

Non (allez à la question ⑨)

⑦ *Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)*

Vous y trouvez un intérêt personnel

Vous y trouvez un intérêt pour le patient

Vous y trouvez un intérêt pour l'équipe

⑧ *Classez par ordre de préférence ce que pourrait être cet intérêt (de 1 à 8)*

Meilleure qualité de prise en charge

Amélioration de la satisfaction des patients

Amélioration de votre satisfaction

Reconnaissance de vos pairs

Reconnaissance de l'institution

Amélioration de vos compétences

Facilitation d'accès à la formation continue

Autre

Précisez

⑨ *Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)*

Vous en avez déjà fait

Vous n'y trouvez pas d'intérêt personnel

Vous n'y trouvez pas d'intérêt pour le patient

Vous n'y trouvez pas d'intérêt pour l'équipe

⑩ *Classer par ordre de préférence ce qui pourrait vous motiver à participer à une EPP ? (de 1 à 8)*

Meilleure qualité de prise en charge

Amélioration de la satisfaction des patients

Amélioration de votre satisfaction

Reconnaissance de vos pairs

Reconnaissance de l'institution

Amélioration de vos compétences

Facilitation d'accès à la formation continue

Autre

Précisez

Pour finir

Savez vous s'il existe une forme de reconnaissance institutionnelle des paramédicaux ayant participé à une démarche d'EPP ?

Oui Non

- *Si oui, laquelle ?*
- *Si oui, vous motive-t-elle pour participer à une EPP ?*

Oui Non

Je vous remercie de votre participation, et de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce questionnaire.

Annexe III

Résultats bruts des questionnaires recueillis

			total		site 1		site 2		site 3		site 4	
faire connaissance	qualité	homme	20	7,72%	4	10,81%	6	17,65%	6	6,59%	4	4,12%
		femme	239	92,28%	33	89,19%	28	82,35%	85	93,41%	93	95,88%
	âge	moins de 25 ans	17	6,56%	3	8,11%	1	2,94%	7	7,69%	6	6,19%
		moins de 30 ans	44	16,99%	4	10,81%	7	20,59%	13	14,29%	20	20,62%
		moins de 40 ans	89	34,36%	12	32,43%	13	38,24%	26	28,57%	38	39,18%
		moins de 50 ans	64	24,71%	9	24,32%	11	32,35%	23	25,27%	21	21,65%
		50 ans et plus	45	17,37%	9	24,32%	2	5,88%	22	24,18%	12	12,37%
	EPP connue	oui	202	78,91%	25	67,57%	26	76,47%	73	82,95%	78	80,41%
non		54	21,09%	12	32,43%	8	23,53%	15	17,05%	19	19,59%	
question 0	EPP service	oui	104	42,62%	13	36,11%	13	39,39%	29	34,52%	49	53,85%
		non	140	57,38%	23	63,89%	20	60,61%	55	65,48%	42	46,15%
question 1	formation	oui	15	5,86%	2	5,56%	3	9,09%	4	4,44%	6	6,19%
		non	241	94,14%	34	97,14%	30	90,91%	86	95,56%	91	93,81%
question 2	participation	oui	52	20,39%	5	13,51%	6	17,65%	13	14,77%	28	29,17%
		non	203	79,61%	32	86,49%	28	82,35%	75	85,23%	68	70,83%
question 3	pourquoi	volontaire	21	23,86%	4	36,36%	2	15,38%	6	28,57%	9	20,93%
		intéressé	25	28,41%	3	27,27%	5	38,46%	6	28,57%	11	25,58%
		demandé	42	47,73%	4	36,36%	6	46,15%	9	42,86%	23	53,49%
question 3 bis	qui	cadre	34	73,91%	2	50,00%	3	60,00%	10	66,67%	19	86,36%
		chef de service	3	6,52%	2	50,00%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%
		autre	9	19,57%	0	0,00%	2	40,00%	4	26,67%	3	13,64%
question 5	pourquoi	ne sait pas	34	16,35%	5	14,71%	7	23,33%	14	18,42%	8	11,76%
		pas intéressé	4	1,92%	0	0,00%	1	3,33%	1	1,32%	2	2,94%
		pas demandé	170	81,73%	29	85,29%	22	73,33%	61	80,26%	58	85,29%

question 6	volontaire	oui	232	91,34%	35	97,22%	28	82,35%	83	91,21%	86	92,47%
		non	22	8,66%	1	2,78%	6	17,65%	8	8,79%	7	7,53%
question 7	pourquoi	personnel	177	30,20%	29	33,33%	25	33,33%	55	27,23%	68	30,63%
		patient	201	34,30%	29	33,33%	25	33,33%	71	35,15%	76	34,23%
		équipe	208	35,49%	29	33,33%	25	33,33%	76	37,62%	78	35,14%
question 9	pourquoi	déjà fait	5	25,00%	0	0,00%	1	16,67%	2	33,33%	2	25,00%
		personnel	10	50,00%	0	0,00%	3	50,00%	4	66,67%	3	37,50%
		patient	2	10,00%	0	0,00%	1	16,67%	0	0,00%	1	12,50%
		équipe	3	15,00%	0	0,00%	1	16,67%	0	0,00%	2	25,00%
pour finir	Reconnais- sance institution- nelle connue	oui	25	9,80%	1	2,70%	3	8,82%	7	7,78%	14	14,89%
		non	230	90,20%	36	97,30%	31	91,18%	83	92,22%	80	85,11%
	motivante	oui	29	53,70%	6	66,67%	5	100,00%	9	50,00%	9	40,91%
		non	25	46,30%	3	33,33%	0	0,00%	9	50,00%	13	59,09%

RICOUX

Catherine

Décembre 2011

Directeur des soins

Promotion 2011

**Quelle valorisation pour le personnel paramédical
impliqué dans un processus institutionnel
d'évaluation des pratiques professionnelles**

Résumé :

Depuis la deuxième itération de la certification des établissements de santé, les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont intégrées dans les démarches qualité. Une EPP menée à son terme peut être validée dans le cadre d'une procédure par un médecin expert extérieur. Ces validations permettent aux professionnels médicaux d'obtenir des crédits de formation continue. La loi HPST introduit le concept de développement professionnel continu. Ce dernier se substitue à la formation médicale continue. Il intègre les EPP. Les paramédicaux seront aussi concernés par ces validations. En tant que futur directeur des soins, il m'importe de chercher une manière de valoriser les professionnels paramédicaux impliqués dans des démarches d'évaluations des pratiques professionnelles. J'espère, en mettant en place un tel dispositif, inciter ces professionnels à s'inscrire dans des démarches d'évaluations de leurs pratiques et limiter l'effet « soufflet » généralement observé entre deux itérations de certification des établissements publics de santé.

Mots clés :

Évaluations des pratiques professionnelles – Valorisation – Paramédicaux

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.