

3^{es} Journées Vincent Merle 14 et 15 juin 2022

La relation formation-emploi-travail en questions L'entreprise formatrice dans tous ses états Centre régional Vincent Merle (Pessac)

Atelier TR3B

> L'hôpital, le management public et le recours à la formation continue

Animatrice :

Dr Martine VALADIE-JANNEL, ancien Médecin général de Santé Publique de l'ARS Nouvelle Aquitaine.

Intervenants :

Loïc MARTIN, docteur en sciences de l'éducation et de la formation, Cadre supérieur de santé formateur à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du CHU de Rouen Normandie

Christophe BARET, Professeur de sciences de gestion, Vice-Doyen aux affaires générales, Faculté d'économie et de gestion, Aix-Marseille Université

Elsa BLANC, Directrice adjointe des ressources humaines, Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (APHM)

Interventions :

1. Dr Martine Valadié-Jannel

L'ARS a été amenée à mettre en place des formations pluri professionnelles à un moment où il y avait un changement de paradigme dans l'addictologie. L'objectif étant de faire travailler ensemble des professionnels issus de champs différents (pneumologie, pharmacologie, tabacologie, alcoolologie, toxicomanie...) dans des formations interdisciplinaires, associant médecins, infirmiers, psychologues, etc.

La question du management et de la mise en place de la formation continue à l'hôpital public (HP) est soumise à des évolutions organisationnelles importantes, démographiques, technologiques, sociétales. Ainsi qu'aux difficultés liées à la crise COVID, la fatigue et le burn out des personnels. Des changements sont également constatés chez les patients, avec un vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de maladies chroniques. S'ajoutent l'évolution technologique, la robotisation, le développement des pratiques collaboratives et pluri professionnelles autour du patient qui influencent les pratiques de formation.

Toutes ces évolutions sont à prendre en compte dans la formation continue et la formation doit aussi prendre en compte les aspirations des soignants et leurs objectifs en tant que citoyens, avec la possibilité d'accéder à des formations promotionnelles, au sein de leur service ou en dehors.

2. Christophe Baret

La formation professionnelle continue (FPC) a un rôle important à jouer dans la réorganisation, la transformation de l'hôpital public pour qu'il redevienne attractif auprès des soignants et des médecins. Mais une FP un peu transformée par rapport à sa forme traditionnelle, dont on voit les prémices dans certains établissements et services. Au travers de différents travaux du laboratoire d'éco et sociologie du travail dans les hôpitaux, la formation apparaît à chaque fois que sont évoquées les questions des RPS ou la mise en place de pôles d'activités médicales.

Le secteur de la santé connaît actuellement une vague de démissions et d'absentéisme en partie due à la crise sanitaire. Les travaux menés dans le monde entier depuis une 20 aine d'années montrent que le développement insuffisant des compétences, les parcours professionnels, le peu de possibilités d'évolution, font partie des causes de départs des organisations de santé. Parmi les facteurs mis en évidence, le sens du travail, les relations avec les médecins, les conditions de travail, les horaires atypiques, les violences verbales subies, le salaire... On trouve aussi systématiquement la question des compétences, la possibilité d'accéder à des formations et de faire carrière.

La FPC fait également partie des préoccupations principales des services sous plusieurs aspects. La possibilité d'évolution professionnelle et le développement de ses compétences expliquent 10% de la variance de la satisfaction au travail, ce qui n'est pas négligeable même si c'est bien inférieur à la question de la qualité des relations hiérarchiques (35% de la variance).

D'autres travaux ont montré que pouvoir participer à des formations était considéré par les personnels comme un des principaux signes de reconnaissance, après le fait d'avoir les moyens de bien faire son travail et l'autonomie. Dans le fonctionnement des services, la formation joue un rôle très important, particulièrement lorsqu'ils ont recours à des compétences très spécifiques qui ne sont pas enseignées en formation initiale (par exemple aide à la procréation). Par ailleurs, la qualité des soins complexes repose sur la communication et l'inter compréhension entre les professionnels, d'où nécessité d'avoir des connaissances partagées. Cela repose sur la formation, d'autant plus que les trajectoires des soignants et de médecins sont aujourd'hui très diverses, les connaissances pouvant être très disparates au sein d'un même service.

On constate aussi que la formation permet de répondre aux principaux défis que rencontrent les établissements : la rotation accélérée du personnel, la transition générationnelle, la transformation des métiers. Les services sont déjà à l'œuvre pour essayer de trouver des solutions.

Certains cadres de santé pensent que lutter contre le turnover ne sert à rien, mais qu'il est plutôt important d'accélérer l'intégration de nouveaux agents pour accéder plus rapidement à leur autonomie. « Accompagner la sortie de l'incompétence » le plus vite possible, c'est-à-dire rendre les agents autonomes en 3 mois au lieu de 6 auparavant. Avec des outils comme des entretiens, un tableau de bord des compétences clés, la programmation de formations.

La transition générationnelle est cruciale, notamment dans les hôpitaux psychiatriques, avec le départ des infirmiers spécialisés dont la formation spécifique n'existe plus depuis 1992. Ils sont remplacés par des infirmières et infirmiers en soins généraux qui ne font que 3 semaines de stage en psychiatrie. Solutions mises en place, le renforcement du tutorat, des fiches de compétences, la révision de l'intégration des nouveaux. En biologie médicale, forte transformation des métiers en raison de la robotisation et de l'automatisation. Les formations initiales ont du mal à fournir les compétences attendues par les laboratoires. La solution passe par la FPC.

Il existe un certain nombre d'obstacles évoqués par les responsables de services : tutorat chronophage et pas reconnu, contenu des formations « génériques » pas adapté aux spécificités de services, lieux de formation éloignés, difficulté de libérer les agents compte tenu des tensions dans les plannings, remise en cause des semaines d'intégration, difficile d'ajouter des formations à des journées de 12h, éloignement des domiciles des agents qui ne viennent pas pour des séances formation de 2h...

Il existe cependant beaucoup d'initiatives qui trouvent une solution à ces difficultés :

- Le développement d'un savoir paramédical (recherche, participation à des colloques, analyse de pratiques, situations de co-construction de savoirs)
- La définition d'une fonction de « référent de soin spécifique », des infirmières tutrices, infirmières techniques pour former les personnels aux dispositifs médicaux, avec une reconnaissance particulière de ce rôle de tutorat.
- Organisation de simulations pour mieux articuler théorie et pratique.
- Mise en place de « conseillers mobilité carrière » pour donner aux personnels la possibilité d'avoir des échanges en dehors de leur hiérarchie autour de leur accès à la formation et les possibilités d'évolution au sein de leur établissement pour éviter les départs
- Chantier de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPEC à l'hôpital), repenser les formations en partant de l'analyse des besoins.

Pour que les formations soient plus réactives, plus proches des besoins des agents, favoriser une approche coordonnée et décentralisée de la formation en redonnant des moyens aux services. En s'appuyant sur deux choses, le développement des formations hors plan de formation à l'initiative des services. Et en reconnaissant mieux la fonction de soignant référent porteur de compétences dans les services, en termes de carrière et de rémunération.

Dans les services, s'est mise en place une véritable ingénierie informelle en mobilisant les fournisseurs pour former sur les dispositifs médicaux, en mobilisant les médecins, ou des supports vidéo réalisés en interne sur la façon de réaliser un acte, etc. Des services sont très dynamiques et pourraient être soutenus avec l'attribution de moyens financiers et logistiques. Soutenir les cadres, pour qu'une dynamique formation reparte des services.

Pour que les formations soient plus réactives, plus proches des besoins des agents, favoriser une approche coordonnée et décentralisée de la formation en redonnant des moyens aux services. En s'appuyant sur deux choses, le développement des formations hors plan de formation à l'initiative des services. Et en reconnaissant mieux la fonction de soignant référent porteur de compétences dans les services, en termes de carrière et de rémunération.

Dans les services, s'est mise en place une véritable ingénierie informelle en mobilisant les fournisseurs pour former sur les dispositifs médicaux, en mobilisant les médecins, ou des supports vidéo réalisés en interne sur la façon de réaliser un acte, etc. Des services sont très dynamiques et pourraient être soutenus avec l'attribution de moyens financiers et logistiques. Soutenir les cadres, pour qu'une dynamique formation reparte des services.

3. Elsa Blanc

La formation dans la fonction publique hospitalière (FPH) concerne environ 1 million d'agents avec plusieurs objectifs que sont l'accès à une première qualification, l'adaptation au poste de travail avec garantie du maintien, l'évolution des métiers, l'acquisition de nouvelles compétences, la promotion professionnelle et la reconversion.

Le système de FPC dans la FPH est construit autour d'obligations juridiques de financement des établissements, en pratique à hauteur de 2,9% de la masse salariale dans l'hôpital public, à comparer au secteur privé lucratif (1,68%) et au secteur sanitaire, social et médicosocial à but non lucratif (1,9%). L'accès à la formation des agents au niveau national est assez important, 55% des agents en bénéficient chaque année. Les soignants, qui représentent les deux tiers des effectifs globaux bénéficient eux de 74% des formations prévues dans le cadre des plans de formation. Les agents de catégorie C qui représentent 25% des professionnels non médicaux constituent 40% en termes de budget (chiffres de l'ANFH)

Dans les points négatifs, il y a peu ou pas d'anticipation des besoins face aux évolutions stratégiques du système de soin, une construction qui est encore très cloisonnée de la formation dans les établissements. Pour que les pratiques de soins soient réussies, il faut une dimension collaborative entre les structures, entre les services, entre les professionnels paramédicaux et médicaux.

L'APHM c'est 12 300 agents (18 000 en comptant les médecins et les internes répartis sur le territoire). 210 métiers et filières (pas que les métiers du soin, des services techniques, de biologie, restauration). 4 hôpitaux et une plateforme logistique et 6 instituts de formation initiale. En 2022 ; le plan de formation se situait à plus de 12 millions d'euros.

Impact fort de la crise COVID sur l'activité formation de l'APHM. La priorisation des formations diplômantes, l'individualisation des parcours grâce aux conseillers en évolution professionnelle pour orienter les agents en interne ou en externe, et puis des modalités de formation renouvelées qui ont été bousculées par la crise sanitaire (formations à distance). Difficile d'être opérationnel rapidement pour un ensemble aussi important que l'APHM. Instaurer un parcours individuel avec des trajectoires perso, exploiter aussi la diversité de l'outil VAE qui fait de plus en plus partie des préoccupations. Un des freins au sein de grandes institutions comme l'APHM c'est la lenteur des organisations à évoluer alors que sur le terrain, les professionnels ont l'habitude de choses concrètes et rapides.

Il faudrait massifier la formation en passant par des outils numériques en réduisant les intermédiaires. L'APHM a mis en place un référent unique par pôle d'activité médicale. L'idée est qu'il existe une sorte de guichet unique par pôle, une personne ressource pour faciliter les démarches des agents qui veulent faire une VAE, un bilan de compétences, une reconversion professionnelle ou simplement une formation. Chaque pôle a ainsi un trio à sa tête avec le chef de pôle, un cadre administratif et un cadre superviseur, qui se voient présenter chaque année par le référent les besoins de formation recensés dans son pôle. Autre point, déployer et optimiser les outils existants, redonner des marges de manœuvre aux acteurs de terrain. L'idée est d'avoir un budget à la main du pôle, de l'ordre de 150 à 250 000 euros qui viennent s'ajouter au plan de formation de l'établissement. Pour mobiliser les professionnels sur diverses formations transverses, formations cliniques, etc.

Appuyer le développement des études promotionnelles plus nombreuses et plus variées en termes de métiers. Tout ces outils existent et permettent la massification des formations, ce qui peut jouer en faveur de l'attractivité, montrer qu'on peut avoir des parcours professionnels riches et variés au sein d'une institution comme l'APHM. Développer également des formations pluri disciplinaires et pluri professionnelles.

La formation peut être un levier d'attractivité pour les agents tout au long de leur évolution professionnelle. L'APHM a transformé son service de formation continue interne en « pôle parcours professionnel et compétences », qui évoque une temporalité et un accompagnement tout au long de la vie en interne ou en externe. Il faut savoir qu'en matière d'évolution de grade dans l'hôpital, dans les « lignes directrices de gestion », il a été décidé que la formation, le nombre de formations effectuées par les agents dans les 2 ou 3 dernières années seraient un accélérateur de la promotion.

4. Loïc Martin

Docteur en sciences de l'éducation et de la formation. Cadre supérieur de santé formateur à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) du CHU de Rouen Normandie.

La formation continue des cadres de santé est plutôt en baisse, ce qui questionne la politique managériale globale des établissements. En ce qui concerne le profil des professionnels de l'encadrement et de la formation, surtout les cadres de santé de proximité très majoritairement représentés dans les IFCS, la grande majorité s'oriente vers des formations dans le champ du management (75% à Rouen).

Le cadre de santé est défini comme un responsable de secteur d'activité et de soin qui organise l'activité de soin et prestations associées, et qui manage, encadre et anime les équipes et coordonne les moyens dans un groupe de soin, ou médico technique, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations. Aujourd'hui le manager d'unité de soin n'est plus exclusivement issu de la filière infirmière, on peut avoir des ergothérapeutes, des psychologues, etc.

Le cadre de santé en France est confronté à un vrai système de transformations successives des organisations avec de fortes contraintes économiques, des progrès technologiques et scientifiques à accompagner, et un vrai bouleversement des rapports sociaux au travail qui impactent ses pratiques de manager de proximité. La crise COVID a ajouté des difficultés à la gestion des RH en matière de recrutement, d'attractivité et de fidélisation des personnels.

Le cadre de santé, depuis les années 2000, est considéré comme un maillon central de l'organisation hospitalière, pourtant il a souvent des missions « invisibles » et relativement floues. Il est à l'interface de différentes strates, et il est pris entre le marteau de la hiérarchie (direction des soins, direction RH) et l'enclume (les équipes paramédicales et médicales).

On constate une vraie évolution du métier au regard d'une organisation très gestionnaire. La mise en place de la tarification à l'activité privilégie plutôt les recettes sur les dépenses, les cadres de santé voient évoluer leur quotidien vers davantage de tâches de gestion, celui d'un profil de cadre « généraliste ». Ces évolutions se font au détriment de la dimension humaine et c'est considéré par certains comme une vraie rupture avec le soin, qui peut provoquer une vraie crise identitaire sur les cadres de santé eux-mêmes, avec un métier qui devient moins attractif. Il y a un risque important de charge mentale dans un environnement complexe.

La formation des cadres de santé

Le référentiel date de 1995, sans qu'il ait fait l'objet d'une réingénierie depuis cette date. Il y a eu une réflexion menée en 2012 qui est restée au point mort. Ce référentiel est basé sur 6 modules, une approche par compétences. Il forme à 2 métiers, cadre de santé formateur et cadre de santé de proximité aux missions de management. Pour exercer dans la fonction publique hospitalière, il faut être titulaire du diplôme pour être cadre de santé (recrutement par concours interne dans chaque établissement). Ce programme de 95 est certes un peu préhistorique mais il est en perpétuelle évolution au regard des IFCS. Il y a une offre assez riche des partenariats universitaires en fonction des IFCS et des universités. Sur les 37 IFCS, 30 proposent des master 2 et des master 1.

L'accès aux formations est un enjeu d'actualité pour les établissements de santé. Les études insistent sur l'importance du rôle du manager de proximité et celle d'une collaboration avec les chefs de service. Depuis 2009, c'est le 4e métier qui présente des difficultés de recrutement (après infirmier, aide-soignant, auxiliaire de puériculture).

Globalement on peut voir que 91% des étudiants inscrits en IFCS ont été financés par leur employeur. Le taux d'autofinancement est inférieur à 10%. L'accès à la formation est facilité, mais il est à interroger vis-à-vis d'un concours moins sélectif puisque la sélection est plus facile au concours d'entrée. Ainsi en 2020, il y a eu moins d'inscrits mais plus d'admis (72 % en 2020 contre 33% en 2012). A la fin de la formation le taux de réussite est de 94%. Donc un financement et un accès facilités. Le taux de remplissage est en moyenne de 75% (de 40 à 100%) en 2021, une chute des inscriptions, moins d'inscrits à l'entrée en formation et plus d'admis.

Un manque d'attractivité de la formation cadre ?

Le taux de remplissage est plutôt en stagnation voire en baisse dans les IFCS, il pourrait être mis en question à travers la grille de lecture des environnements capacitants (cf. Bénédicte Zimmermann), des environnements susceptibles de favoriser le développement du pouvoir d'agir des individus, leur redonner de l'autonomie.

En quoi l'environnement hospitalier est-il susceptible de développer le pouvoir d'agir et le décider d'agir des professionnels de l'encadrement à s'engager dans un processus de formation ? Au-delà de la question des ressources mobilisables, il serait pertinent de s'intéresser aux facteurs de conversion qui permettent de passer d'une capacité à une capabilité, et aux facteurs de décision aussi bien négatifs que positifs (organisationnels, individuels, sociaux, instrumentaux), afin de comprendre le processus d'engagement et de désengagement des professionnels de santé à s'inscrire dans une formation au sein des IFCS pour devenir cadre de santé. On voit bien que les conditions d'accès sont plutôt favorables.

Quelques hypothèses : l'évolution vers « l'hôpital entreprise » avec une évolution du travail des cadres de santé vers plus de gestion, avec moins de dimension humaine, avec une certaine perte de sens du terme même de « proximité ». Les effets de la crise COVID et ses effets sur le développement professionnel. Paradoxalement, cela offre des perspectives finalement plutôt intéressantes pour la gouvernance hospitalière et la politique de formation continue des cadres de santé.

Les questions :

Est-ce que l'hôpital n'est pas parfois un peu trop seul et ne travaille pas avec les autres structures du territoire pour organiser ces formations, afin de favoriser la mise en place de formations interdisciplinaires, avec des acteurs qui sont amenés à travailler ensemble ?

A l'APHM, les discussions sur ce sujet sont l'occasion d'interroger les modèles hiérarchiques et organisationnels, mais aussi le cloisonnement que l'on vit au quotidien. Dans les Bouches-du-Rhône nous avons un gros groupement hospitalier de 13 établissements, plus l'hôpital militaire. Le tout est assez compliqué à manœuvrer. La formation fait partie des fonctions mutualisables, même si c'est compliqué à mettre en œuvre. Mais le législateur nous y invite.

(Christophe Baret) Historiquement il y a un lien qui s'est tissé entre l'hôpital et les facultés de médecine autour de la formation des médecins. Ce lien s'est étendu aux formations paramédicales et un élargissement aux autres facultés, comme les partenariats de Master avec les IFCS et les facultés dans le domaine du management, ainsi que Sciences po, sociologie, sciences de l'éducation, etc. Du point de vue de la formation initiale, c'est en train de s'ouvrir.

(Loïc Martin) Sur la FPC, il faudrait repenser le rapport au temps et à l'espace. Puisqu'il y a des formations en présentiel qui sont peu fréquentées, imaginer des nouveaux formats de formation, basés notamment sur la classe inversée. Faire aussi une formation en présentiel plus courte en laissant un temps de travail en autonomie. Aujourd'hui, il y a une véritable volonté de diversifier les partenariats universitaires, mais cela repose beaucoup sur les rencontres humaines et sur la qualité des réseaux.

Comment a évolué la question de l'attractivité avec la situation de pénurie générale, et quel est l'impact du problème de distribution entre médecine hospitalière, médecine libérale, publique et privée ?

On sait que plus les pratiques sont collaboratives, plus elles laissent de temps à de la pratique réflexive sur le travail, et plus l'appétence à la formation est importante. Les liens entre la médecine hospitalière et la médecine libérale sont également importants.

A l'APHM, dans les années 2000, des médecins libéraux participaient aux gardes. Aujourd'hui ils n'y sont plus obligés. On est en train de réfléchir à comment la médecine libérale peut, dans la continuité du soin, être impliquée avec le public hospitalier pour répondre aux besoins.

(Loïc Martin) A la sortie des IFCS, les cadres ont de plus en plus de services en charge et je préconise que ce soit un cadre pour une unité et qu'il soit vraiment sur les relations de proximité. Il existe assez peu d'études sur le profil cadre.

(Christophe Baret) Depuis 2010, le nombre de soignants a augmenté de 12% et le nombre de cadres de 1,2%. Donc le nombre de personnels par cadre a fortement augmenté. En moyenne, un cadre encadre deux services, entre 30 et 50 personnes, avec des chiffres qui peuvent atteindre 120. Au-delà du contenu de la fonction, peut-être un peu plus gestionnaire, la question serait plutôt celle du nombre de personnes encadrées qui est assez effrayant, et qui peut expliquer une partie du manque d'attractivité de la fonction.

Les demandes de formation RH/ Management représentent 34% des stagiaires, les formations techniques cliniques 11% et les formations au soin relationnel 11%. Ce qui prouverait une difficulté dans ce champ-là. Globalement sur le terrain, le rapport des agents au travail est très différent, une évolution générationnelle très marquée. Par exemple, beaucoup de soignants demandent à travailler en journées de 12 heures. Pour être attractifs, il faut répondre à ces nouvelles volontés.

Est-ce que la sélection Parcours sup est bénéfique pour les études d'infirmière ?

Sur le profil des étudiants, Parcours Sup n'a pas été étudié. C'est probablement un vrai sujet. Initialement le concours d'entrée était basé sur un écrit et un oral. A l'oral été évoqués des éléments importants comme le rapport à la pudeur, le rapport à la mort... avec un jury de 3 personnes qui permettait d'engager déjà des réflexions sur la projection métier. Et puis il y a la question du sens. Si on ne donne pas du sens en proximité sur le soin, on aura beau proposer des CDI, ou autre, ça ne fonctionnera pas. Il faut probablement beaucoup plus connecter sur le sens et le projet. Quand on interroge les soignants au bout de quelques années, on voit qu'ils connaissent peu ou pas du tout le projet de leur établissement. Il faudrait recentrer cette énergie sur la connaissance du projet, les valeurs de l'établissement. Le manque d'attractivité des cadres peut aussi en partie s'expliquer par l'arrivée des infirmiers de pratique avancée (master 2). Certains professionnels qui voulaient évoluer dans la fonction se sont réorientés.

(Public) En 2021 en 1^{ère} année d'IFSI, il y a 13% d'abandons au bout de deux mois. La représentation des métiers doit être travaillée en formation initiale, Parcours sup ne vient pas aider. Les métiers du social sont aussi confrontés à de grosses difficultés de vocation. Face à ce problème ; comment les responsables du management peuvent-ils s'inspirer d'autres secteurs en tension ? Entreprise libérée, équipes autonomes, imaginer d'autres façons de travailler et de s'organiser.

Le problème c'est que le métier, c'est ce qui va occuper toute une vie alors que souvent c'est une décision qui est prise au hasard à un moment donné. Souvent les gens ont envie d'avoir des parcours avec plus de liberté, et c'est un changement que l'on constate dans les aspirations des jeunes.

A l'APHM, on ne voit pas de crise des vocations. Le nombre de demandes d'entrée aux IFSI n'a jamais été aussi important. Certes, peut être pas que pour de bonnes raisons, ce qui pourrait expliquer qu'un certain nombre de candidats arrêtent en cours de route (18%).

L'hôpital est un lieu à risques. Que fait-il pour former ses encadrants à la prévention des risques ?

A l'APHM, il y a des formations pour la prévention des risques dans les services. Les assistants prévention étaient chargés de la mise à jour du document unique, ce qui était une vision très administrative. Ils ont été transformés en « conseillers prévention » (formés en DUT) avec une place dans les CHSCT. Au sein du document unique, il y a notamment les RPS qui ont été intégrés avec des formations. Il y aura beaucoup de choses à développer pour en faire une véritable culture.

Il y a un écart assez important en matière d'investissement dans la formation entre le public et le privé lucratif. Comme on sait qu'un certain nombre de personnes passent du public au privé, cela veut dire que le public finance le privé ?

A l'APHM, nous n'avons pas la clause de dédit de formation, comme dans certains autres secteurs. Mais nous avons l'engagement de servir. Quand un agent du service public se fait financer ses études diplômantes, il doit à l'institution le double de ses années d'études, avec un maximum de 5 ans. C'est à nous de les retenir pour les années suivantes.

Le Développement Professionnel Continu (DPC) favorise-t-il aujourd'hui la formation et dans quelle mesure ?

Le DPC est une nouvelle obligation, dispositif financé par une taxe sur l'industrie pharmaceutique qui a pour objectif de financer la formation des médecins, puis étendu aux professions paramédicales. Il s'applique aux libéraux et aux personnels salariés avec un organisme global qui s'appelle l'OGDPC qui gère les habilitations à dispenser des formations et accrédite des organismes de formation. Pour les établissements cela revient à une enveloppe supplémentaire gérée par l'ANFH sur laquelle ils peuvent financer des formations. Les libéraux peuvent faire financer leurs formations qui deviennent obligatoires. C'est un dispositif qui fonctionne, même si au début il était très complexe.

Le rapport de l'IGAS parle d'un dispositif en difficulté, du moins à l'hôpital sur les professions paramédicales. En théorie les médecins sont soumis au DPC, ce qui peut se traduire par un risque médico-légal s'ils ont un problème avec un patient, qui peut se retourner contre eux s'ils n'ont pas effectué la mise à jour de leurs compétences. Chez les paramédicaux, on se retournera contre l'hôpital.