



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction des ressources humaines
de système de santé
Bureau des ressources humaines
hospitalières (RH4)
Personne chargée du dossier :
Farahnaz, Emma SOROUSH
tél. : 01 40 56 69 53
fax : 01 40 56 50 89
mél. : emma.sorouch@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
d'agences régionales de santé (pour exécution),

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la
cohésion sociale (pour exécution)

Mesdames et Messieurs les directeurs
d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
(pour mise en œuvre)

CIRCULAIRE N°DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

NOR : AFS1224019C

Classement thématique : Professions de santé

Validée par le CNP le 16 mai 2012 - Visa CNP 2012-134

Catégorie :

Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles

Résumé :

Orientations nationales de formation 2013 et plan de formation des établissements relevant de la fonction publique hospitalière

Mots-clés :

Plan de formation – Développement Professionnel Continu – thématiques prioritaires de formation – Actions de formation nationales prioritaires

Annexes :

- Annexe 1 : Interfaces « ville/hôpital » : Préparer la sortie du patient hospitalisé
- Annexe 2 : Evaluation et prise en charge de la douleur aux urgences hospitalières
- Annexe 3 : Education thérapeutique du patient (ETP) atteint de maladie chronique
- Annexe 4 : Maladies rares : actualisation des connaissances
- Annexe 5 : Renforcer le rôle de l'aide-soignante(AS) et d'aide médico- psychologique (AMP) dans le dépistage et la prévention de la dénutrition en établissement de santé, médico social et social
- Annexe 6 : Diagnostic précoce des personnes à risque suicidaire élevé et prise en charge des personnes ayant réalisé une tentative de suicide
- Annexe 7 : Addictions - Consommation d'alcool chez la femme enceinte
- Annexe 8 : Gestion des réclamations et des plaintes des usagers
- Annexe 9 : Formation à la démarche palliative et à l'accompagnement des personnes en fin de vie des personnels des USP, EMSP et services disposant de LISP
- Annexe 10 : Formation à la bientraitance en institution
- Annexe 11 : Formation Centres Parkinson : prise en charge de la maladie de Parkinson
- Annexe 12 : Garantir la confidentialité et la sécurité du système d'information (SI)
- Annexe 13 : Gestion de projets de systèmes d'information dans les établissements
- Annexe 14 : Prévention des erreurs médicamenteuses évitables : mieux connaître, mieux former et informer, mieux organiser
- Annexe 15 : Elimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)
- Annexe 16 : Gestes et soins d'urgence en situation sanitaire normale et exceptionnelle
- Annexe 17 : Formation à la démarche de comités de retour d'expérience dans le cadre de la mise en place d'analyses de risques en établissement
- Annexe 18 : Sensibilisation aux risques liés aux pratiques non conventionnelles
- Annexe 19 : Prévention des situations de violences au sein des établissements
- Annexe 20 : Gestion du risque amiante dans les établissements
- Annexe 21: Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au risque de transmission du VIH et des hépatites dans les établissements
- Annexe 22 : Développement d'une culture de prévention des risques professionnels dans les établissements
- Annexe 23 : Acquisition de compétences « *développement durable* » pour les métiers de la santé
- Annexe 24 : La comptabilité analytique : Le Tableau Analytique Commun (TAC), le Retraitement Comptable (RTC), les comptes de résultats par pôle : production, fiabilisation, utilisation.
- Annexe 25 : Accompagnement de la mise en place des nouveaux référentiels de formation
- Annexe 26 : Prévention des risques psychosociaux (RPS) et développement du bien être au travail
- Annexe 27 : Laïcité : principes et fondements
- Annexe 28 : Biologie médicale : les exigences en matière d'accréditation
- Annexe 29 : Autisme et troubles envahissants du développement
- Annexe 30 : Dépistage de l'infection à VIH : contribution des soignants à la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie
- Annexe 31 : Tuberculose nosocomiale: prévention de la transmission croisée
- Annexe 32 : Diagnostic de la dengue et du chikungunya et notions de base en entomologie médicale
- Annexe 33 : Rougeole : formation à la conduite à tenir autour d'un cas de rougeole en milieu de soins / recommandations vaccinales en milieu professionnel
- Annexe 34 : Construction d'un projet de chirurgie ambulatoire
- Annexe 35 : Construction d'un programme de Développement Professionnel Continu (DPC)
- Annexe 36 : Formation des tuteurs de stage des étudiants paramédicaux
- Annexe 37 : Déclaration des événements indésirables graves (EIG), des vigilances et signalements des infections nosocomiales (IN).
- Annexe 38 : Formation à la démarche palliative et à l'accompagnement des personnes en fin de vie des personnels confrontés à des situations de fin de vie en dehors des services spécialisés

Diffusion :

les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

En matière de formation, l'année 2013 va représenter pour les établissements de santé une année charnière. Les textes relatifs à *la mise en place du développement professionnel continu (DPC)* ont été publiés en janvier 2012 et instaurent à compter de 2013, une nouvelle obligation annuelle pour tous les professionnels de santé. Les professionnels concernés sont les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens et les professionnels de santé paramédicaux inscrits au code de la santé publique.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixera chaque année la liste des orientations nationales de développement professionnel continu. Ces orientations s'appuieront notamment, à l'instar des orientations proposées par cette circulaire, sur les plans et politiques de santé publique. Cet arrêté devrait être publié au cours du troisième trimestre 2012.

Sur la base de ces orientations, un plan de DPC devra être conçu et intégré au plan de formation des établissements et permettre ainsi à chaque professionnel de santé de valider annuellement son obligation.

Dans l'attente de la publication de ces orientations, il est d'ores et déjà important de rappeler que l'inscription des professionnels de santé à certaines actions de formation proposées dans le cadre de cette circulaire pourra leur permettre de satisfaire à leur obligation de DPC, à condition que les formations aient été délivrées par un organisme enregistré auprès de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) et évalué positivement par la commission scientifique compétente et, qu'elles soient en plus, conformes à des méthodes préconisées par la Haute Autorité de Santé.

Il s'agira désormais de prendre en compte de nouvelles approches centrées sur l'exercice de terrain et les actions collectives des équipes hospitalières.

A titre d'exemple, les Revues de Morbi Mortalité (RMM) avec les équipes soignantes mais aussi, les travaux menés autour des vigilances, du circuit du médicament, les démarches qualité, la lutte contre les infections nosocomiales et les chemins cliniques seront éligibles au DPC. Il en résulte que la manière de remplir par un professionnel médical ou paramédical, son obligation de DPC ne peut plus seulement se limiter au suivi d'actions de formation de type présentiel.

La présente circulaire a pour objet de communiquer aux établissements relevant de la fonction publique hospitalière, les formations prioritaires à dispenser au profit de leurs agents titulaires et non-titulaires. Elle doit faciliter la construction des plans de formation en rappelant le cadre des politiques pluriannuelles de santé publique.

Afin de faire du plan de formation un outil efficace d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, plusieurs orientations ont été retenues :

- Améliorer la qualité des soins et soutenir le développement de prises en charge innovantes et efficientes
- Accompagner au sein des établissements la prise en compte des droits du patient et la prise en charge des patients âgés ou en fin de vie
- Développer les nouvelles technologies au service de la coordination des professionnels et de la qualité des soins
- Renforcer la sécurité des prises en charge au profit du patient et du personnel
- Créer les conditions d'une gestion performante des établissements
- Accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des grandes orientations de santé publique

Ces orientations se déclinent en axes de formation à mettre en œuvre par les établissements et en actions de formation nationales qui feront l'objet de sessions organisées par l'Association Nationale pour la Formation Permanente du personnel Hospitalier (ANFH), dans le cadre des cotisations mutualisées qu'elle recueille en sa qualité d'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA). Ces actions de formation nationales sont au nombre de cinq et ont été déterminées après examen par la commission de formation du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, tenue le 13 avril 2012.

Chaque axe de formation ou action de formation nationale fait donc l'objet d'une fiche détaillée prévoyant les objectifs, possibles contenus et public cible de la formation.

Ces orientations de formation doivent être largement mises en œuvre au profit des personnels des établissements car elles participent à une offre de soins de qualité au service des patients, usagers de notre système de santé. Afin de favoriser la cohésion des équipes autour de projets communs, il est conseillé comme les précédentes années d'associer le personnel médical au personnel non médical auquel s'adresse en premier lieu ce texte.

1. AXES DE FORMATION 2013

Ces axes rappellent les formations prioritaires des années précédentes en cours de déploiement ou qu'il convient de renforcer dans les plans de formation ainsi que les nouvelles orientations à mettre en œuvre en 2013, au sein des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

Orientation n° 1 : Améliorer la qualité des soins et soutenir le développement de prises en charge innovantes et efficaces

- Interfaces « ville/hôpital » : Préparer la sortie du patient hospitalisé (annexe 1)
- Evaluation et prise en charge de la douleur aux urgences hospitalières (annexe 2)
- Education thérapeutique du patient (ETP) atteint de maladie chronique (annexe 3)
- Maladies rares : actualisation des connaissances (annexe 4)
- Renforcer le rôle de l'aide soignant et de l'aide médico-psychologique, dans le dépistage et la prévention de la dénutrition en établissement de santé, social et médico-social (annexe 5)
- Diagnostic précoce des personnes à risque suicidaire élevé et prise en charge des personnes ayant réalisé une tentative de suicide (annexe 6)
- Addictions - consommation d'alcool chez la femme enceinte (dans les suites de la circulaire N° DGOS/RH4/2012/80 du 17 février 2012 relative à la formation des personnels des maternités à la prévention et à la prise en charge du tabagisme chez les femmes enceintes) (annexe 7)

Orientation n° 2 : Accompagner au sein des établissements, la prise en compte des droits du patient et la prise en charge des patients âgés ou en fin de vie

- Gestion des réclamations et des plaintes des usagers : mesure de l'effectivité des droits des usagers dans les établissements (annexe 8)
- Formation à la démarche palliative et à l'accompagnement des personnes en fin de vie des personnels des USP, EMSP et services disposant de LISP (annexe 9)
- Formation à la bien-traitance en institution (annexe 10)
- Formation Centres Parkinson : prise en charge de la maladie de Parkinson (annexe 11)

Orientation n° 3 : Développer les nouvelles technologies au service de la coordination des professionnels et de la qualité des soins

- Garantir la confidentialité et la sécurité du système d'information (annexe 12)
- La gestion de projets de systèmes d'information dans les établissements (annexe 13)

Orientation n° 4 : Renforcer la sécurité des prises en charge au profit du patient et du personnel

- Prévention des erreurs médicamenteuses évitables : mieux connaître, mieux former et informer, mieux organiser (annexe 14)
- Elimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux (annexe 15)
- Gestes et soins d'urgence en situation sanitaire normale et exceptionnelle (annexe 16)
- Formation à la démarche de comités de retour d'expérience dans le cadre de la mise en place d'analyses de risques en établissement de santé (annexe 17)
- Sensibilisation aux risques liés aux pratiques non conventionnelles (annexe 18)
- Prévention des situations de violence au sein des établissements (annexe 19)
- Gestion du risque amiante dans les établissements (annexe 20)
- Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au risque de transmission du VIH et des hépatites dans les établissements (annexe 21)
- Développement d'une culture de prévention des risques professionnels dans les établissements (annexe 22)

Orientation n° 5 : Créer les conditions d'une gestion performante des établissements

- Acquisition de compétences « *développement durable* » pour les métiers de la santé (annexe 23)
- La comptabilité analytique : Le Tableau Analytique Commun (TAC), le Retraitement Comptable (RTC), les comptes de résultats par pôle : production, fiabilisation, utilisation (annexe 24)
- Accompagnement à la mise en place des nouveaux référentiels de formation (annexe 25)
- Prévention des risques psychosociaux et développement du bien-être au travail (annexe 26)
- Laïcité : principes et fondements (annexe 27)

Orientation n°6 : Accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des grandes orientations de santé publique

- Biologie médicale : les exigences en matière d'accréditation (annexe 28)

- Autisme et troubles envahissants du développement (annexe 29)
- Dépistage de l'infection à VIH : contribution des soignants à la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie (annexe 30)
- Tuberculose nosocomiale : prévention de la transmission croisée (annexe 31)
- Diagnostic de la dengue et du chikungunya et notions de base en entomologie médicale (annexe 32)
- Rougeole : formation à la conduite à tenir autour d'un cas de rougeole en milieu de soins / recommandations vaccinales en milieu professionnel (annexe 33)

2. ACTIONS DE FORMATION NATIONALES PRIORITAIRES 2013 :

Pour 2013, la direction générale de l'offre de soins a identifié cinq thématiques d'actions nationales qui ont fait l'objet d'une concertation en commission de formation du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

Les cinq fiches relatives aux actions de formation nationales sont :

- Construction d'un projet de chirurgie ambulatoire (annexe 34)
- Construction d'un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) (annexe 35)
- Formation des tuteurs de stage des étudiants paramédicaux (annexe 36)
- Déclaration des événements indésirables graves (EIG), des vigilances et signalements des infections nosocomiales (IN) (annexe 37)
- Formation à la démarche palliative et à l'accompagnement des personnes en fin de vie des personnels confrontés à des situations de fin de vie en dehors des services spécialisés (annexe 38)

Pour le ministre et par délégation

signé

François Xavier SELLERET
Directeur général de l'offre de soins

ANNEXE 1

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Interfaces « ville/hôpital » : Préparer la sortie du patient hospitalisé |
| Contexte | <p>Des études relatives aux événements indésirables associés aux soins (ENEIS, EVISA), ainsi que des entretiens avec des professionnels de santé, tant hospitaliers que du milieu de soins ambulatoire, montrent le besoin de développer une communication efficace entre ces deux sphères (« ville » et « hôpital »), dans l'intérêt de la qualité de prise en charge du patient, de son parcours et de la continuité de soins, et de l'environnement de travail des professionnels de santé eux-mêmes.</p> <p>Les domaines fréquemment évoqués de non qualité des soins concernent la continuité de prescription (médicamenteuse ou non) et sa mise en œuvre lors de la sortie d'hospitalisation : soins de suite à domicile, médicament princeps et génériques (confusions et doublons), adaptations posologiques, prise en compte du contexte socioculturel, de l'entourage et de l'environnement du patient.</p> <p>Pour l'indicateur de qualité de prise en charge « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation », (délai réglementairement fixé au maximum à huit jours), 87% des établissements de santé MCO répondants sont encore en classe C [41% en SSR] (HAS, Indicateurs généralisés, comparaison 2010).</p> <p>Travailler sur la qualité de l'échange d'information avec les patients et entre professionnels de santé à la sortie de l'hospitalisation du patient, doit permettre de développer les interfaces entre professionnels de santé hospitaliers et du milieu de soins ambulatoires également en amont d'une hospitalisation (information efficace sur les antécédents, l'environnement du patient et son traitement).</p> <p>Ces aspects de qualité de la préparation de la sortie du patient hospitalisé couvrent l'ensemble des disciplines médicales, obstétricales et chirurgicales, et doivent prendre en compte les diminutions des durées de séjour, comme le développement de l'activité ambulatoire, notamment de chirurgie</p> |
| Objectifs de la formation | <ul style="list-style-type: none"> • Acquérir une culture de qualité et de sécurité des soins, en particulier concernant la continuité efficace des soins ; • S'approprier les outils existants permettant d'analyser et élaborer un parcours de soins (ou « chemin clinique ») ; • Développer la prise en compte de l'environnement habituel du patient (familial, médical, social, financier, culturel, ...) pour améliorer la sécurisation de la continuité des soins ; • Se sensibiliser au développement d'une communication et d'une coordination plus efficace entre professionnels de santé de |

ANNEXE 1

| | |
|--|---|
| | <p>l'établissement de santé et du milieu de soins ambulatoires (« de ville »), en amont comme en aval d'une hospitalisation, dans l'intérêt du patient et de sa prise en charge globale et dans le respect de la confidentialité nécessaire.</p> |
| <p>Eléments du programme</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Rappel du nouveau cadre mis en place par la loi HPST et des outils utilisables pour l'amélioration de la qualité des soins (coordination des soins, contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, ...) • Méthodologies d'analyse en qualité et sécurité des soins, chemin clinique, en lien avec le sujet continuité et coordination des soins • Analyse et préparation d'un maillage entre professionnels de soins (médecins hospitaliers et traitants, pharmaciens, IDE, paramédicaux, aidants et travailleurs sociaux), favorisant une communication efficace en amont et en aval d'une hospitalisation ; et mise en œuvre de réseaux ville-hôpital et filières de soins prévues par les plans de santé publique (Cancer, Alzheimer, maladies rares, hépatites, etc ...) • Sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient, compréhension des prescriptions par le patient et son entourage ; • Prise en compte des situations pathologiques et/ou sociales susceptibles d'interférer avec la sortie (Alzheimer et autres troubles mnésiques ou cognitifs, difficultés liées à l'environnement et au contexte socio- culturel, précarité, ...) • Analyse et élaboration de procédures, check-lists ou parcours de soins pour l'amélioration de la qualité : de la suite de prise en charge, des prescriptions et de leur réalisation, de la transmission du compte-rendu d'hospitalisation, de l'information du médecin traitant et des professionnels de santé concernés en amont de la sortie puis au moment de celle-ci. |
| <p>Public</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Cadres de santé • IDE • Aides-soignants • Secrétaires médicales, personnel d'accueil |
| <p>Observations complémentaires</p> | <p>Il serait souhaitable d'organiser des formations associant des personnels d'une même unité, avec la participation de médecins et pharmaciens afin que la formation soit l'occasion de mener une réflexion commune et concrète.</p> |

ANNEXE 2

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Evaluation et prise en charge de la douleur aux urgences hospitalières |
| Contexte | <p>La troisième campagne de mesure de l'indicateur de traçabilité de l'évaluation de la douleur dans les établissements de santé montre une amélioration des résultats 2010 par rapport à 2009 avec un pourcentage qui atteint 61% (2010) contre 52% en 2009. En revanche, les établissements de santé n'ont pas atteints l'objectif national de 80%.</p> <p>De plus, les populations vulnérables sont encore mal prises en charge. Les résultats ont peu augmenté entre 2009 et 2010 pour les personnes âgées et pas du tout pour les enfants. La douleur des personnes âgées de plus de 75 ans est moins bien évaluée que celle des 18-75 ans : 10 points de moins (55% contre 65% pour les 18-75 ans). Il en va de même pour les enfants : 15 points de moins (49% contre 65%) :</p> <p>http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/ipagss_rapport_mco_2011.pdf.</p> <p>Par ailleurs, les urgences sont fréquemment le point d'entrée à l'hôpital, ou une prise en charge rapide de la douleur est primordiale.</p> <p>La DGOS a été missionnée par le cabinet de la ministre chargé de la santé pour élaborer le futur programme d'actions douleur sur la base des recommandations du Haut Conseil de la Santé publique (HCSP). Quatre axes sont actuellement en cours de réflexion dont un axe porte sur les actions de formation des professionnels de santé.</p> <p>Au cours des auditions pilotées par la DGOS pour l'élaboration du programme, il est apparu nécessaire de mener une action de formation auprès des IDE des urgences hospitalières en vue de les sensibiliser sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur.</p> |
| Objectifs de la formation | Amélioration de la prise en charge de la douleur aux urgences |
| Eléments du programme | <p>A l'issue de la formation, les IDE des urgences hospitalières devront être capables de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecouter le patient qui déclare une douleur : aiguë (post opératoire...) et liée aux soins ; - Savoir évaluer la douleur en s'appuyant sur les outils mis à leur disposition (échelles d'évaluation de la douleur...) ; Demander au patient s'il a une douleur dans l'hypothèse où il ne s'exprime pas ; - Tracer la douleur dans le dossier patient ; - Obtenir une meilleure connaissance du protocole préétabli et validé par le chef de service dans l'établissement de santé au regard des dispositions de l'article R. 4311-28 du CSP pour soulager le patient ; |

ANNEXE 2

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Approfondir des méthodes non médicamenteuses pour soulager la douleur du patient ;- Apprendre à faire le suivi, réévaluer l'intensité douloureuse après administration d'un antalgique et remplir le dossier patient. |
| Public | IDE des urgences hospitalières |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 3

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Education thérapeutique du patient (ETP) atteint de maladie chronique |
| Contexte | <p>Définition et contexte : L'ETP a pour but d'aider les personnes atteintes d'une pathologie, le plus souvent chronique, à assumer au quotidien leur maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale, à gérer leur traitement, à prévenir les complications et les rechutes. Les bénéfices attendus portent sur l'efficacité des traitements, la qualité de vie des patients et sur la diminution des dépenses de santé à moyen terme. Compte tenu des situations complexes gérées à l'hôpital en séjour, en consultation ou aux urgences, les professionnels de santé hospitaliers doivent pouvoir intégrer les principes d'une démarche d'éducation thérapeutique structurée et coordonnée, centrée sur les besoins du patient. A ce jour et en application de la loi HPST, plus de 2 600 programmes d'ETP ont été autorisés France entière, dont 70 % sont réalisés en milieu hospitalier. Cette proposition d'action nationale viendra compléter l'offre actuelle de formation qui est actuellement insuffisante.</p> <p>Plans de référence : - plan national « Améliorer qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » 2007-2011 - plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014 - plan VIH-IST 2010-2014 - plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012)</p> <p>Textes de références : - Loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 dans le parcours de soins du patient. - Décret n°2010-906 du 2 août 2010 et l'arrêté du 2 août 2010 qui définissent le niveau de compétences minimal, pour dispenser l'ETP.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>A l'issue de cette formation, les personnels concernés doivent saisir les enjeux de l'ETP et être capables de participer activement à un programme d'ETP.</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • connaître les éléments méthodologiques et les différentes étapes d'un programme d'ETP ; • reconnaître les éléments spécifiques d'une approche d'éducation centrée sur le patient, et d'identifier les différences avec leurs pratiques ; • élaborer un plan d'action personnel pour une personne suivie dans le cadre d'un programme. |

ANNEXE 3

| | |
|--|---|
| | <p>Concrètement, chaque professionnel ayant suivi la formation doit être capable d'intervenir dans un programme d'ETP pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aider le patient à exprimer ses besoins, ses attentes, ses connaissances et à identifier ses propres représentations de sa santé et de sa maladie ; • définir des objectifs d'éducation et les moyens de les atteindre en concertation avec le patient ; • réaliser l'évaluation individuelle ou y participer. |
| <p>Eléments du programme</p> | <p>Cette action doit s'appuyer prioritairement sur les contenus et objectifs mentionnés dans les textes du 2 août 2010, qui s'appuient sur les recommandations de l'OMS. Quinze types de compétences doivent ainsi être acquis sur la base d'une formation d'une durée minimale de 40 heures (cf. Annexe de l'arrêté du 2 août 2010 <i>relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient</i>).</p> <p>Par ailleurs, le contenu intégrera les éléments du guide méthodologique HAS/INPES diffusé en juin 2007, notamment sur les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les grands concepts : éducation, apprentissage, pédagogie ; - les principes et méthodologies des démarches éducatives ; - la relation soignant/soigné ; - la complémentarité des démarches d'éducation individuelle et d'éducation de groupe ; - la coordination et les liens à développer avec la prise en charge en médecine libérale. <p>La formation devra favoriser l'interactivité et débutera par une analyse des besoins et des expériences des professionnels de santé.</p> <p>Le travail en groupe pluridisciplinaire sera recherché afin d'enrichir les échanges et d'envisager les synergies.</p> <p>L'alternance entre les apports théoriques et pratiques sera privilégiée.</p> |
| <p>Public</p> | <p>Les professionnels de santé, notamment infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes, médecins et les psychologues qui interviennent dans des programmes d'ETP autorisés par les ARS.</p> |
| <p>Observations complémentaires</p> | <p>Les contenus porteront sur la prise en charge du patient dans une approche globale adaptée à la pratique hospitalière.</p> |

ANNEXE 4

| AXE 2013 | |
|-------------------------------------|--|
| Intitulé | Maladies rares : actualisation des connaissances |
| Contexte | <p>Le plan national maladies rares 2011-2014 a été annoncé le 28 février 2011 par les ministres chargé respectivement de la santé et de la recherche.</p> <p>Le plan s'articule autour de trois axes : Améliorer la qualité de la prise en charge du patient, Développer la recherche sur les Maladies Rares et Amplifier les coopérations européennes et internationales. Ces axes se déclinent en 15 mesures, 47 actions et 4 focus.</p> <p>Dans le cadre de la mesure « Améliorer les pratiques des professionnels de santé », une action vise à inciter le développement de dispositifs et programmes spécifiques de développement professionnel continu pour les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de maladies rares.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Sensibiliser les professionnels de santé sur le dispositif Maladies Rares 2011- 2014</p> <p>Actualiser les connaissances sur les Maladies Rares</p> <p>Optimiser le recours aux sources d'information disponibles sur les Maladies Rares</p> |
| Eléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> - Contexte des 2 plans nationaux maladies rares - Contexte du plan outre mer - Contexte européen des maladies rares (les RER) - ORPHANET : une source d'informations - La structuration actuelle pour la prise en charge des patients atteint de maladies rares : les centres de référence et les centres de compétence - Les outils pour la prise en charge des patients atteints de maladies rares les protocoles de diagnostic et de soins, les listes des actes et prestations, les cartes de soins et d'urgence. |
| Public | les personnels soignants : aide soignant, infirmier, cadre de sante, cadre de pole en établissement de santé de type CHU ou CH |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 5

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Renforcer le rôle de l'aide-soignante (AS) et d'aide médico-psychologique (AMP) dans le dépistage et la prévention de la dénutrition en établissement de santé, médico social et social |
| Contexte | <p>Action de santé publique : PNNS 2011-2013, Axe 3 L'alimentation doit être considérée comme un soin. A ce titre, l'AS a un rôle essentiel, qui est précisé dans l'Annexe V à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant : Apporter son aide pour la toilette, l'habillage, la prise de repas...en s'adaptant aux besoins et aux capacités de la personne...De même les AMP jouent un rôle essentiel au quotidien pour le soutien aux repas des usagers dont ils ont la charge</p> <p>L'AS et l'AMP sont des auxiliaires précieux pour la fonction restauration. Ils sont les professionnels qui passent le plus de temps auprès des usagers et ont donc la possibilité de les connaître souvent mieux que d'autres. Ils prolongent l'action de la diététicienne auprès des usagers, diététicienne qui ne peut assurer seule la gestion des cas par cas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ils ont un rôle important dès la toilette, connaissent l'état bucco-dentaires, qui conditionne la première partie de l'alimentation donc, a un impact sur la nutrition des personnes. - Ils ont un rôle d'alerte, pour informer l'équipe (la personne a pris son repas ou non, a vomi etc...) - Ils ont un rôle dans la surveillance et la quantification des apports, à partir des restes du plateau, (un plateau parfaitement équilibré peut repartir vide ou à peine entamé). Ils peuvent également quantifier ce qui a été amené par la famille et jouent un rôle dans la prise alimentaire proposée. Ils sont très souvent informés par la personne elle-même, ou les familles pendant le temps passé auprès de l'utilisateur. - Ils ont un rôle essentiel d'aide à l'alimentation, depuis l'ouverture des opercules, la disposition des couverts, le découpage de la viande etc...mais aussi d'aide totale pour les personnes qui ne peuvent s'alimenter seules. - Enfin ils sont bien placés pour assurer la surveillance régulière du poids (pesée). |
| Objectifs de la formation | <ul style="list-style-type: none"> - Former l'AS et l'AMP à la fonction alimentation qui est à considérer comme un « soin » souvent méconnu, voir délaissé parmi toutes les fonctions d'aide et de soutien qu'ils mettent en œuvre du fait du manque ou de la diminution de l'autonomie de la personne. - Développer une connaissance de base sur l'alimentation comme un soin spécifiquement nécessaire pour assurer la fonction d'un organisme et le bien être de la personne. |

ANNEXE 5

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Le résultat attendu est de renforcer la fonction de « sentinelle » de l'alimentation de l'AS et de l'AMP, pour prévenir et dépister la dénutrition, tel que mentionné dans la mesure 2 (22 et 23) du PNNS 2011-2015, voire de participer à la prise en charge telle que définie dans la mesure 3 du PNNS 2011-2015 |
| <p>Eléments du programme</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Savoir peser une personne toujours dans les mêmes conditions (vêtements, balance...) - Savoir reconnaître une perte d'appétit, voire en connaître la cause ; - Savoir aider les personnes durant les repas en se plaçant dans la bonne position et en les aidant à s'alimenter avec prévenance ; - Apprendre les circonstances où l'on doit alerter l'équipe pour assurer le rôle de surveillance (et de prise en charge) de l'alimentation ; - Apprendre à s'inscrire dans une équipe comme « pont » nécessaire, avec la diététicienne, entre les soignants et l'équipe de restauration ; - Prendre la parole au cours des réunions de service pour informer sur les prises alimentaires du patient à bon escient ; - Aider au recueil des données requises pour apprécier l'amélioration de la démarche qualité dans ce domaine mise en place dans l'établissement. |
| <p>Public</p> | <p>Les personnels Aides –soignants et aide médico psychologiques en formation, déjà professionnalisés, ou ayant acquis une VAE, en particulier dans les secteurs d'hospitalisation de personnes âgées : long séjour et EHPAD, SSR, établissements médico sociaux et sociaux</p> |
| <p>Observations complémentaires</p> | <p>La valorisation du rôle de l'AS et de l'AMP pour l'alimentation des usagers est aussi essentielle que celui souvent rappelé pour la toilette ou la stimulation.</p> <p>Il est indispensable de ne pas oublier que l'alimentation est un des leviers les plus accessibles pour modifier la santé, que ce soit en dégradant l'autonomie, si elle est peu ou mal prise en charge, comme en limitant les risques de dépendance si elle est correctement assurée et permet de maintenir la santé</p> |

ANNEXE 6

| AXE 2013 | |
|-----------------|---|
| Intitulé | Diagnostic précoce des personnes à risque suicidaire élevé et prise en charge des personnes ayant réalisé une tentative de suicide |
| Contexte | <p>La prise en charge des patients suicidant occupe une place centrale dans le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 (lancé en septembre 2011). La formation des professionnels au repérage de la crise suicidaire et à la prise en charge des patients ayant réalisé une tentative de suicide est un axe majeur du programme. Le 1^{er} comité de pilotage interministériel du programme (qui s'est déroulé le 13 mars 2012) a mis en avant la problématique du manque de formation des professionnels de santé sur cette thématique.</p> <p>En France, chaque année plus de 10 400 personnes décèdent par suicide, soit environ 16 personnes sur 100 000, ce qui fait de la France l'un des pays européens avec le plus fort taux de mortalité par suicide.</p> <p>L'institut de veille sanitaire estime qu'environ 220 000 passages aux urgences pour tentative de suicide ont eu lieu en 2007. Le taux de ré hospitalisation pour tentative de suicide est estimé à 14,0% à 12 mois et à 23,5% à 48 mois.</p> <p>Par ailleurs, 5 à 6,5 % des suicides sont commis à l'hôpital. soit une incidence 4 à 5 fois supérieure aux suicides en population générale. Ces chiffres sont issus d'études internationales. En France une seule étude est disponible en 2002 : 194 décès avaient été recensés. Ce chiffre est présenté comme sous-estimé (source : « <i>Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention</i> » L'Encéphale, 2009).</p> <p>En ce qui concerne le risque de suicide des professionnels, une étude relative au risque suicidaire et à l'activité professionnelle constate des taux de mortalité par suicide qui diffèrent sensiblement selon les secteurs d'activité et les groupes socioprofessionnels. Ainsi, le secteur de la santé et de l'action sociale présente les taux de mortalité par suicide les plus élevés.</p> <p>Par ailleurs, des travaux sont en cours pour la préparation du décret de déclaration des événements indésirables graves liés aux soins. Les suicides et tentatives de suicide intervenant en établissement de santé pourraient concernés par le système de déclaration.</p> <p>Enfin, le programme national d'actions contre le suicide a permis de définir avec les ARS un indicateur de réduction du taux de décès par suicide inséré dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. La réduction du risque de récurrence suicidaire contribuera à la réalisation des objectifs territoriaux.</p> |

ANNEXE 6

| | |
|---|---|
| | <p>Des actions de formation continue sur cette thématique sont indispensables afin d'aider les personnels soignants à repérer les personnes à risque, à améliorer leur prise en charge afin d'éviter les récurrences, afin de contribuer à la réalisation des objectifs territoriaux de réduction des taux de décès par suicide. (<i>données chiffrées issues du Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'institut de veille sanitaire, Numéro thématique « Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France » N° 47-48 - 13 décembre 2011</i>)</p> |
| <p>Objectifs de la formation</p> | <ul style="list-style-type: none"> - permettre un diagnostic précoce des personnes à risque suicidaire élevé - améliorer la prise en charge des personnes ayant réalisé une tentative de suicide afin de réduire ainsi le risque de récurrence |
| <p>Eléments du programme</p> | <p>1. Les personnes à risque élevé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - connaissances théoriques générales : identifier les facteurs de risque et de protection, repérer une crise suicidaire sous ses différentes formes et à ses différents stades, évaluer l'urgence et la dangerosité suicidaire. - Connaissances pratiques : conduire une entrevue pour aborder la souffrance de la personne en crise, intervenir, alerter et orienter selon le degré d'urgence et de dangerosité, étudier les possibilités de mise en place d'un suivi multidisciplinaire pour une prise en charge intégrée. <p>2. Les personnes ayant réalisé une tentative de suicide :</p> <ul style="list-style-type: none"> - connaissances théoriques générales : évaluation médico-psycho-sociale, facteurs de pronostic (comorbidités psychiatriques et sociales notamment), approches populationnelles spécifiques (enfants, adolescents, personnes âgées...) - connaissances pratiques <ul style="list-style-type: none"> a) Comment mettre en place un lien afin d'assurer la continuité de la prise en charge ? b) Quelle attitude adopter ? c) Comment et où orienter précocement ? <p>Comment mettre en place un suivi multidisciplinaire pour une prise en charge intégrée ?</p> |
| <p>Public</p> | <p>Tous les personnels (soignants en priorité et adaptation pour les non soignants) Personnels des services de médecine d'urgence prioritairement</p> <p>Toutes les catégories d'établissements (sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment le secteur : prise en charge de l'enfance)</p> |

ANNEXE 6

| | |
|-------------------------------------|--|
| Observations complémentaires | Action de formation prévue dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 (action n°36 : déploiement des actions de formation initiale et continue) |
|-------------------------------------|--|

ANNEXE 7

| AXE 2013 | |
|-----------------|--|
| Intitulé | Addictions - Consommation d'alcool chez la femme enceinte |
| Contexte | <p>Cette action est proposée dans la continuité du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 du ministère en charge de la santé et du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, qui comportaient une série de mesures pour lutter contre la consommation de substances psycho-actives pendant la grossesse, dont plusieurs concernant les professionnels de santé et sociaux. Elle s'inscrit également dans les objectifs de réduction des taux de mortalité et de morbidité périnatale, qui demeurent insatisfaisants comme souligné par la Cour des comptes dans son dernier rapport de suivi de la politique de périnatalité en France (février 2012).</p> <p>La consommation même ponctuelle ou faible d'alcool pendant la grossesse peut entraîner des risques importants pour le développement psychomoteur de l'enfant, et représente la première cause de handicap mental d'origine non génétique chez l'enfant en France.</p> <p>Entre 700 et 3 000 enfants sur 750 000 naissances en France seraient concernés par un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), forme la plus grave d'atteinte liée à l'exposition à l'alcool in utero qui associe une dysmorphie faciale, un retard de croissance et des troubles graves du développement neurologique (expertise collective Inserm « Alcool, effets sur la santé » 2001, estimation confirmée par une enquête INVS en 2006-2008).</p> <p>En dehors du SAF, les troubles liés à l'alcoolisation fœtale recouvrent un spectre d'atteintes plus ou moins sévères se traduisant par des troubles cognitifs (mémoire à court terme, mémoire de travail, accès à l'abstraction, repères temporo-spatiaux, capacité d'organisation et de planification, attention...), du comportement adaptatif et des aptitudes sociales qui ne sont parfois repérés que plus tard et peuvent engendrer de nombreuses difficultés pour l'enfant et sa famille, avec des difficultés d'insertion sociale, professionnelle... On estime qu'en France 1% des naissances pourraient être concernées soit huit mille enfants par an.</p> <p>La méconnaissance des effets de l'alcool reste importante dans la population même si la recommandation de non consommation d'alcool pendant la grossesse semble mieux connue. Près de 20% des femmes déclarent avoir bu au moins une fois de l'alcool durant la grossesse alors qu'elles se savaient enceintes (enquête nationale périnatale 2010), et près de 4% déclarent une consommation de plus de 3 verres en une même occasion. Une étude menée par l'ORS Haute-Normandie (2007) dans plusieurs maternités de la région auprès d'environ 900 femmes en suites de couches montrait que 36.3% n'avaient jamais entendu parler du SAF et que 15.5% n'avaient jamais entendu parler des effets de l'alcool sur le fœtus ou des anomalies à la naissance liées à l'alcool.</p> |

ANNEXE 7

| | |
|---|---|
| | <p>Les professionnels des établissements hospitaliers et médico-sociaux amenés à accompagner les femmes en amont et au cours de leur projet d'enfant ont un rôle essentiel d'information, de motivation des femmes à l'arrêt de l'alcool pendant et après la grossesse. L'entretien prénatal précoce est, à cet égard, un outil particulièrement intéressant à promouvoir. La grossesse est en effet une période clé pour aborder la question de la prise de produits toxiques dont l'alcool. Ce sujet qui n'est pas toujours facile à aborder pour les professionnels demande écoute, savoir-faire, connaissance des professionnels et des structures spécialisées et élaboration d'une culture commune.</p> <p>Faire bénéficier les équipes de formations pluridisciplinaires est indispensable pour que chaque membre de l'équipe porte un message commun aux patientes, et pour permettre une prise en charge et un accompagnement coordonnés. L'anticipation de la prise en charge post natale de l'enfant et de sa famille est essentielle, particulièrement dans les situations où une consommation d'alcool excessive perdure pendant la grossesse (articulation avec le pédiatre pour faciliter le diagnostic de troubles liés à l'alcoolisation fœtale, mise en place d'une prise en charge précoce médico-psycho-sociale si nécessaire..).</p> |
| <p>Objectifs de la formation</p> | <p>Demande de formation pluridisciplinaire relative à l'impact de l'alcool sur la femme enceinte et l'enfant</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mobiliser les professionnels de la périnatalité et de la santé de l'enfant sur les conséquences, de la consommation d'alcool avant, pendant la grossesse (orientation des femmes vers une prise en charge adaptée, intérêt du diagnostic précoce des troubles liés à la consommation d'alcool - SAF et ETCAF) 2. Améliorer leurs connaissances sur les outils de repérage, et d'évaluation des consommations sur lesquels ils peuvent s'appuyer 3. Améliorer les connaissances des personnels sur les solutions existantes pour une prise en charge immédiate et/ou une orientation de la mère et au-delà de l'accouchement, dans et hors de l'hôpital. 4. Former les personnels à l'entretien motivationnel et à l'identification des patientes requérant une aide spécialisée. |
| <p>Eléments du programme</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Données épidémiologiques sur les consommations d'alcool par les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes. - Conséquences des consommations d'alcool sur la santé de l'enfant : ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) dont le SAF <ul style="list-style-type: none"> Retard de croissance prénatal ou postnatal Malformations congénitales (dysmorphie faciale du SAF) |

ANNEXE 7

| | |
|--|--|
| | <p style="text-align: center;">Atteintes du système nerveux central (troubles neurologiques, troubles cognitifs, de mémoire, déficience de l'attention et hyperactivité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Outils de repérage et d'évaluation, guides utiles <ul style="list-style-type: none"> Questionnaires de dépistage pour l'alcool (Audit, Face) Guide à l'usage des professionnels « Alcool et grossesse, parlons-en » (DGS) Comment mieux informer les femmes enceintes ? (HAS, avril 2005) Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des risques identifiés (HAS mai 2007) Outil d'intervention en éducation pour la santé des femmes enceintes destiné aux professionnels de santé : Grossesse et accueil de l'enfant, INPES mai 2010 - Modalités de prise en charge des femmes enceintes pendant et après l'accouchement <ul style="list-style-type: none"> Thérapies cognitivo-comportementales Soutien psychologique - Les acteurs de la prise en charge au sein (équipes de liaison, services d'addictologie...) et en dehors de l'hôpital (CSAPA...), comment les identifier, quand et comment les solliciter ? - Les actions concernant l'entourage de la femme - Diagnostic et prise en charge précoce des enfants souffrant de pathologies secondaires liées à une exposition intra-utérine à des substances psycho-actives. |
| <p>Public</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Personnels paramédicaux (puéricultrices, infirmières...) ainsi que les travailleurs sociaux, les psychologues et les personnels médicaux (médecins, pédopsychiatres, sages-femmes) des services hospitaliers : <ul style="list-style-type: none"> - exerçant en particulier en maternité (secteur de consultation, service d'obstétrique, mais aussi centre de planification ou d'éducation familiale, d'assistance médicale à la procréation, ...) - exerçant en services de pédiatrie (consultation, néonatalogie, réanimation néonatale...) - Personnels médicaux, paramédicaux et travailleurs sociaux de la fonction publique hospitalière exerçant dans les structures médico-sociales du champ de l'addictologie : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD). - les personnels relevant de la fonction publique hospitalière et travaillant dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale |
| <p>Observations complémentaires</p> | |

ANNEXE 8

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Gestion des réclamations et des plaintes des usagers : Mesure de l'effectivité des droits des usagers dans les établissements |
| Contexte | <p>Un corpus de textes législatifs et réglementaires énonce les droits reconnus aux usagers du système de santé. Il s'agit de droits individuels comme celui de l'accès au dossier médical ou de droits collectifs comme ceux relatifs à la représentation des usagers dans les instances sanitaires et médico-sociales. Un sondage de septembre 2010 montre que les français connaissent peu leurs droits et une enquête de mars 2011 établit que les professionnels de santé ont une connaissance empirique des droits des usagers. Ainsi les droits des malades sont peu connus. Pour autant lorsqu'ils sont connus sont-ils effectifs ou encore mis en œuvre ? La mesure de la mise en application des droits des malades s'évalue notamment par le taux de réclamations et de plaintes portant sur l'exercice de ces derniers.</p> <p>Le rapport du médiateur de la république (devenu défenseur des droits) de 2010 fait état de près de 2000 plaintes concernant la santé. Des outils pour traiter les réclamations et les plaintes ont été mis en place comme, les médiateurs, les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) des établissements sanitaires : instance traitant les plaintes des usagers. Des outils informatiques pour enregistrer les réclamations ont été élaborés et sont en phase de déploiement : SI réclamations. Le ministère de la santé, les agences régionales de santé et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) l'utilisent, de même les rapports des CRUQPC font l'objet d'une analyse systématique. Cependant il est à noter que les établissements notamment leur administration sont parfois démunis face aux réclamations et aux plaintes. Ils rencontrent des difficultés pour gérer les situations et pour utiliser cette insatisfaction afin de rendre effectif l'exercice des droits des usagers dans le cadre une opération d'amélioration de la qualité de la prise en charge de leurs.</p> |
| Objectifs de la formation | <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les procédures de gestion des réclamations et des plaintes en lien avec l'application des droits des usagers ; • Améliorer l'effectivité de l'exercice des droits des usagers. |
| Éléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> • Approche graduée de la gestion des réclamations et des plaintes : de la médiation au contentieux, • Aspects juridiques • Approche comportementale : gérer les crises en fonction des situations et des personnalités, • Acquisition de bonnes pratiques, • Réparer (de la médiation à l'indemnisation), • Elaborer des actions pour rendre effectifs, les droits des usagers, • Evaluer l'amélioration de l'effectivité des droits des usagers au sein de la structure. |

ANNEXE 8

| | |
|-------------------------------------|--|
| Public | Toutes les catégories sont concernées. Il s'agit d'une formation s'adressant à un public pluridisciplinaire, avec comme priorité de s'adresser aux équipes soignantes et administratives y compris les personnels en charge de la qualité. |
| Observations complémentaires | La formation doit s'adapter aux publics concernés un rappel du cadre théorique doit être fait mais il est nécessaire d'insister sur l'aspect opérationnel et l'intérêt d'améliorer l'effectivité des droits des usagers du système de santé. |

ANNEXE 9

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Formation à la démarche palliative et à l'accompagnement des personnes en fin de vie des personnels des USP, EMSP et services disposant de LISP |
| Contexte | <p>Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. (Article L1110-9 Code de la santé publique).</p> <p>Pour garantir ce droit, le programme national de développement des soins palliatifs (2008-2012) vise, au delà du développement de l'offre, à diffuser la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels intervenant auprès de personnes en fin de vie.</p> <p>Les personnels des Unités de soins palliatifs (USP) doivent avoir reçu une formation de type « approfondissement en soins palliatifs et à l'accompagnement » et les personnels des services disposant de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) doivent bénéficier d'une formation en soins palliatifs et connaître la démarche palliative.</p> <p>Cet objectif qui avait fait l'objet d'un axe de formation en 2009, nécessite d'être réaffirmé lors de la dernière année du programme (2008-2012).</p> <p>La dynamique de formation engagée dans les établissements de la fonction publique hospitalière doit s'articuler avec les dispositifs visant l'amélioration des pratiques professionnelles. Le critère « <i>Prise en charge et droits des patients en fin de vie</i> » (13.a) du manuel de certification V2010 constitue l'un de ces dispositifs. Il permet d'une part de valoriser les actions de formation réalisées et d'autre part de mesurer le déploiement de la démarche palliative dans les services non spécialisés en soins palliatifs.</p> <p>Les textes de référence sont notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (annexée de référentiels d'organisation des soins relatifs aux unités, équipes mobiles, et lits identifiés de soins palliatifs ainsi qu'aux soins palliatifs en hospitalisation à domicile) - Circulaire DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs - Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements de santé (2004) - Soins palliatifs, repères pour votre pratique, INPES, 2009. |
| Objectifs de la formation | <ul style="list-style-type: none"> - Approfondir des connaissances dans le domaine des sciences biomédicales et des sciences humaines, pour développer une approche centrée sur la personne en fin de vie, dans son contexte familial, social et culturel. |

ANNEXE 9

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- Acquérir des compétences cliniques, thérapeutiques, relationnelles, éthiques pour assurer à la personne soignée la qualité des soins et la meilleure qualité de vie jusqu'à sa mort et pour favoriser l'implication des participants dans les différents projets de soins palliatifs, tant au domicile qu'en institutions, dans le souci de la pluridisciplinarité et du travail en réseau. |
| Eléments du programme | <ul style="list-style-type: none">- Se baser autant que possible sur le contenu du DIU de soins palliatifs- Connaissance des dispositions prévues par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et par la loi dite Léonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.- Connaissance et apprentissage du travail interdisciplinaire |
| Public | <p>Cette formation concerne conformément aux référentiels précités les personnels des établissements de santé exerçant au sein de services disposant de lits identifiés, au sein des unités de soins palliatifs et des équipes mobiles de soins palliatifs.</p> <p>Catégories d'établissements : Médecine et Chirurgie, SSR, SLD, ex hôpitaux locaux</p> <p>Catégories socioprofessionnelles : médecin, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, assistant social.</p> |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 10

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Formation à la bientraitance en institution |
| Contexte | <p>La démarche de bientraitance s'inscrit dans le cadre plus général d'évaluation et d'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.</p> <p>Réf. :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007 ; - Instruction DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance - Recommandation de l'ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – septembre 2008 - Circulaire n°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS. |
| Objectifs de la formation | <p>L'objectif est d'accompagner les établissements et les personnels dans le déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance.</p> <p>Le déploiement de cette culture nécessite une appropriation de la démarche par les équipes de direction et d'encadrement intermédiaire des établissements, ainsi qu'un accompagnement des professionnels intervenant au quotidien dans la prise en charge des résidents.</p> |
| Éléments du programme | <p>Il est souhaité que la formation s'articule autour de 3 axes qui constituent des orientations générales : connaître, savoir être et savoir faire pour mieux prévenir la maltraitance et développer les pratiques de bientraitance.</p> <p>Cette formation ayant pour objectif l'appropriation par l'ensemble de l'institution d'une dynamique de bientraitance, il conviendra d'adapter son contenu en fonction des catégories professionnelles formées.</p> <p>1 – Les personnes dépendantes : comprendre la dépendance et ses manifestations</p> <p>→ <i>savoir et comprendre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les origines et les causes de la dépendance • comprendre les différents troubles et symptômes • identifier la forme et le degré du retentissement de la dépendance sur l'autonomie des personnes <p>2 – La bientraitance</p> <p>→ <i>savoir et pouvoir être</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • le concept de bientraitance |

ANNEXE 10

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none">•les repères pour la mise en œuvre de la démarche : les documents de l'ANESM (notamment sa recommandation « Bientraitance » et son questionnaire d'auto-évaluation des pratiques de bientraitance en EHPAD), le kit « Bientraitance » de Mobiqua...•les modalités d'une diffusion effective de la dynamique au sein de l'établissement ... <p>3 – La pratique professionnelle au quotidien</p> <p>→ <i>savoir faire et pouvoir faire</i></p> <ul style="list-style-type: none">•les activités élémentaires et les actes de la vie quotidienne•la vie sociale et relationnelle : communication, comportement et attitudes•faire face aux troubles du comportement et adapter ses attitudes•ressources et limites du professionnel <p>Il s'agit dans ce dernier axe de repérer et d'analyser les pratiques professionnelles et de définir les modifications à apporter dans l'approche, les gestes, la posture et les comportements professionnels pour mieux prendre en compte les besoins et désirs de la personne afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et de s'inscrire dans une dynamique de bientraitance.</p> |
| Public | <p>Cette formation concernerait prioritairement les professionnels des EHPAD, et plus largement, les professionnels exerçant dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou en situation de handicap.</p> <p>Néanmoins, l'ensemble des professionnels des établissements, même ceux du secteur sanitaire et social (ex. foyers de l'enfance) doivent être formés à cette démarche de bientraitance.</p> <p>Compte tenu des niveaux de responsabilité et d'intervention différents, il conviendra de décliner des contenus et des modalités de formation distinctes (sensibilisation, formation/action, formation de personnes ressources...) selon les types de personnels formés : cadres de direction, cadres de proximité et professionnels en relation directe avec l'utilisateur (médecins et infirmiers coordonnateurs, aides soignants, AMP, etc.)</p> |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 11

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Formation Centres Parkinson : prise en charge de la maladie de Parkinson |
| Contexte | <p>La maladie de Parkinson affecte environ 150 à 200 personnes pour 100 000 habitants et chaque année près de 14 000 nouveaux cas sont diagnostiqués. La maladie de Parkinson est la première cause de handicap moteur de l'adulte au sein des maladies neurodégénératives, elle est également la deuxième cause des troubles cognitifs car ceux-ci peuvent apparaître au cours de l'évolution.</p> <p>La prise en charge de la maladie de Parkinson pose des problèmes spécifiques, liés à la complexité et la multiplicité des thérapeutiques pharmacologiques, du recours à des pompes pour infusion sous cutanée ou duodénale de médicaments, de la stimulation cérébrale profonde et de leurs complications éventuelles. Les équipes de soins, le patient et les aidants doivent prendre en compte la complexité de la manipulation des médicaments, les fluctuations motrices et effets adverses neuropsychiques, la prise en charge de la démence.</p> <p>C'est pourquoi, le plan national d'actions sur la maladie de Parkinson a souhaité renforcer la coordination des prises en charge et promouvoir la pluridisciplinarité. L'organisation retenue s'appuie sur un maillage territorial existant composé des établissements de santé prenant en charge la maladie de Parkinson.</p> <p>Ainsi, une organisation sur 2 niveaux a été retenue. Elle est basée sur 7 centres inter régionaux de coordination et sur 24 centres régionaux.</p> <p>L'objectif des 24 centres régionaux est d'assurer une prise en charge spécialisée de la maladie de parkinson basée sur la pluridisciplinarité, la coordination ville-hôpital et l'éducation thérapeutique du patient (ETP).</p> <p>Ils assurent les missions de mise en place de filières de soins, de participation à la prise en charge sanitaire et médico-sociale du handicap moteur et cognitif et de partage de compétence et de transmission des connaissances. A ce titre, les établissements de santé peuvent prendre appui sur ces centres pour prévoir et organiser la formation de leur personnel.</p> |
| Objectifs de la formation | L'objectif est d'apporter aux professionnels de santé médicaux et paramédicaux une formation théorique et pratique dans le domaine de la maladie de Parkinson visant à améliorer et harmoniser la prise en charge du patient parkinsonien et à favoriser l'interaction multidisciplinaire. Cette formation complète des connaissances déjà acquises et peut enrichir l'exercice professionnel au service des autres pathologies neurologiques. |

ANNEXE 11

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <p>La formation permettra de proposer une mise à jour des connaissances cliniques, diagnostiques, d'évaluation et des stratégies thérapeutiques de la maladie de Parkinson.</p> |
| <p>Eléments du programme</p> | <p>Les contenus devront s'appuyer sur un socle commun auquel s'ajouteront des modules spécifiques parmi lesquels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - approfondissement d'une question thérapeutique (exemple stimulation cérébrale profonde) - spécificités propres à un exercice ou un besoin (exemple : métiers de la réadaptation kinésithérapie/orthophonie/etc.) - spécificité liés à une délégation de tâche : exemple « infirmière référente Parkinson », Assistant ou Ingénieur de Recherche, coordination de soins etc.) - spécificités liées au handicap ou/et à l'âge : Parkinson jeune, formes avec handicaps multiples, etc. - éducation thérapeutique <p>A- Grands cadres des apports théoriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Connaître la maladie</u> : Signes cliniques moteurs et non moteurs et physiopathologie ● <u>Evaluer le handicap</u> (échelles) lié aux troubles moteurs ou non moteurs, évaluer la qualité de vie. ● <u>Connaître les traitements</u> : traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Bénéfice/risques. Savoir reconnaître les situations urgentes. ● <u>Complications motrices et non motrices</u> : dépister, prendre en charge, informer, surveiller (observance/qualité de vie, effets secondaires). ● <u>Techniques invasives</u> (développées dans modules spécifiques) : stimulation cérébrale profonde (subthalamique, pallidale), pompe à apomorphine, administration intrajéjunale de duodopa. ● <u>Prise en charge multidisciplinaire</u> : information aux professionnels, au patient, aux aidants, éducation thérapeutique, rééducation, infirmière Parkinson ● <u>Connaître les situations d'urgence</u> propres à la maladie (exemples : confusion, hallucinations, troubles du comportement, addictions, chutes, etc.) <u>ou intercurrentes</u> (infections, chirurgie en urgence hors neurologie, admissions aux urgences, etc.) ● <u>Co morbidités</u> (exemple : rhumatologie, fractures, troubles génito-sphinctériens, troubles digestifs et nutrition, etc.) ● <u>Médicosocial</u> : prise en charge du handicap, troubles cognitifs. <p>B- Modules d'approfondissement des connaissances :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Stimulation cérébrale profonde</u> ● <u>Dispositifs</u> (pompes) et modes d'administration des médicaments ● <u>Réhabilitation / rééducation</u> ● <u>Cognition et humeur</u> ● <u>Information/ Education thérapeutique</u> |

ANNEXE 11

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <p>C- Formations pratiques : Elles devront utilement s'appuyer sur les centres régionaux parkinson dont la transmission de compétence est une mission importante</p> <p>D- Prise en charge multidisciplinaire : <u>éducation thérapeutique, coordination des paramédicaux et médicaux (parcours personnalisé de soins)</u>, intervention et place du <u>médico-social</u>, <u>reconnaissance des professionnels</u> dans le domaine de la prise en charge de la maladie de Parkinson. Liens avec les associations de patients.</p> <p>REMARQUE : Il peut être porté à la connaissance des acteurs l'existence des formations inter- universitaires nationales (DIU) déjà existantes.</p> |
| Public | <p>Il est recommandé de choisir des formations qui s'adressent aux professionnels travaillant <u>en établissement de santé, social ou médico-social</u>.</p> <p>L'ensemble des professionnels intervenant dans ce secteur (médecins, personnel infirmier, de rééducation, personnels sociaux et éducatifs.....) sont potentiellement concernés.</p> |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 12

| AXE 2013 | |
|-----------------|---|
| Intitulé | Garantir la confidentialité et la sécurité du système d'information (SI) |
| Contexte | <p>La confiance dans les systèmes d'information (SI) en santé est une condition sine qua non de leur développement. Cette confiance, tant pour les usagers que pour les professionnels, ne va pas de soi, tant les technologies de l'information et de la communication constituent un environnement complexe et sont potentiellement génératrices de risques.</p> <p>L'année 2013 est une charnière importante au niveau national : le programme Hôpital Numérique définit la sécurité des systèmes d'information hospitaliers comme un pré-requis pour l'éligibilité au financement à l'usage.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé publique courant 2012, la Politique Générale de Sécurité du Système d'Information de Santé (PGSSI-S), avec plusieurs objectifs : <ul style="list-style-type: none"> ○ contextualiser les exigences de sécurité à chaque condition d'exercice des professionnels de santé, ○ établir pour les personnels impliqués dans le management de la sécurité une doctrine nationale et un référentiel de sécurité du SI de santé. <p>Dans ce contexte, la prise en compte des questions de Sécurité dans les SI de Santé et de Télésanté est une exigence croissante et une condition essentielle de cette confiance partagée. 3 publics sont ciblés, avec des enjeux différents pour chacun d'entre eux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les utilisateurs du SI, la mise en œuvre des obligations légales ainsi que les mesures techniques de protection doivent être accompagnées par une bonne connaissance des enjeux et l'appropriation de comportements et réflexes adaptés. - Pour les chefs de projets de SI (métier et informatique), la prise en compte des questions de Sécurité dans les SI de Santé et de Télésanté est une exigence croissante et une condition essentielle à intégrer dans les évolutions des SI de santé. - Pour les directeurs et les directions fonctionnelles, en premier lieu les Directions des Systèmes d'Information et d'Organisation, l'engagement dans une démarche de sécurisation des systèmes d'information de santé et de télésanté est incontournable pour garantir la confiance dans les usages numériques. |

ANNEXE 12

| | |
|----------------------------------|---|
| | <p>L'objectif global de la formation est de permettre à l'ensemble des acteurs impliqués dans l'utilisation, les évolutions et le management des SI de santé et Télésanté de connaître et appliquer ou faire appliquer les meilleures pratiques de sécurité en termes méthodologiques, techniques et organisationnels.</p> |
| Objectifs de la formation | <p><u>Pour les utilisateurs du SI</u></p> <p>Les résultats attendus sont :</p> <ul style="list-style-type: none">- Faire connaître les enjeux de la protection des données médicales dans les usages numériques- Faire évoluer le comportement des acteurs de santé, et principalement des professionnels de santé (PS), pour garantir un espace de confiance entre PS et avec les patients- Faire concilier les objectifs et exigences des professionnels de santé et les démarches/outils des maîtres d'œuvre (informaticiens) <p>En termes d'acquisition, il est attendu que les participants disposent en fin de formation des compétences suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sécuriser son espace de travail local et distant- Pérenniser ses données- Maîtriser son identité numérique institutionnelle et professionnelle- Être responsable face aux réglementations concernant l'utilisation de ressources numériques- Adopter les règles en vigueur et se conformer au bon usage du numérique- Respecter et intégrer la législation relative à la protection des libertés individuelles- Respecter et intégrer la législation sur les œuvres numériques liées au domaine professionnel- Respecter et intégrer les aspects légaux liés à la protection et à l'accessibilité des données professionnelles <p><u>Pour les chefs de projet SI</u></p> <p>Les résultats attendus sont :</p> <ul style="list-style-type: none">- Faire connaître les enjeux de la protection des données médicales dans les SI de santé : exigences de continuité, accessibilité et performance, secret, confidentialité, intégrité, traçabilité- Pouvoir positionner les exigences des professionnels de santé (PS) pour garantir un espace de confiance entre PS et avec les patients dans le respect des exigences réglementaires : entre obligations et compromis (gestion des risques « métiers »)- Faire concilier les objectifs et exigences des professionnels de santé et des usagers avec les démarches / outils des maîtres d'œuvre (informaticiens) en termes de risques / coûts et contraintes / bénéfices : cohérence de la démarche alliant les règles, les outils et les connaissances / comportements |

ANNEXE 12

En termes d'acquisition, il est attendu que les participants disposent en fin de formation des compétences suivantes :

- Maîtriser les fondamentaux d'un système de management de la sécurité de l'information et de son implémentation. En particulier, savoir mettre en œuvre les processus d'amélioration continue nécessaires à la maîtrise de la sécurité des SI de santé et de Télésanté
- Estimer et évaluer les risques accidentels et intentionnels afin d'élaborer et mettre en œuvre un plan de traitement des risques (sélectionner et mettre en œuvre les mesures de sécurité adaptées)
- Evaluer et suivre le niveau de maturité des SI de santé et de Télésanté
- Faire adhérer son entourage professionnel à la démarche de sécurité des systèmes d'information et diffuser les bonnes pratiques de protection des données sensibles

Pour les Directeurs des Systèmes d'Information et d'Organisation, directeurs et directeurs fonctionnels

Les résultats attendus sont :

- Connaître les enjeux de la protection des données médicales dans les SI de santé : exigences de continuité, accessibilité et performance, secret, confidentialité, intégrité, traçabilité
- Donner les éléments de démarche et méthodologiques d'application des directives nationales au niveau régional et local (Etablissements de santé)
- Donner les éléments de langage et argumentaires pour faire adhérer les acteurs de santé dans les périmètres ciblés

En termes d'acquisition, il est attendu que les participants disposent en fin de formation des compétences suivantes :

- Connaître le cadre réglementaire et normatif de la sécurité des systèmes d'information en santé, dans le contexte de la politique nationale
- Connaître les fondamentaux d'un système de management de la sécurité de l'information et de son implémentation
- Comprendre les directives nationales : Politique Ministérielle de Sécurité des Systèmes d'Information (PMSSI), Politique Générale de Sécurité des systèmes d'Information en Santé (PGSSI-S), etc.
- Connaître les principes de gouvernance nationale et régionale de la sécurité des systèmes d'information
- Connaître les processus d'une politique de sécurité pour organiser sa mise en place au sein de l'Etablissement
- Distinguer les acteurs de la mise en place de la politique de sécurité et identifier leurs responsabilités légales

ANNEXE 12

| | |
|------------------------------|--|
| Eléments du programme | <p><u>Pour les utilisateurs du SI</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Les enjeux liés à la confiance dans les TIC en santé (la déontologie, la protection de la vie privée, la relation patient-équipes et dispositifs techniques de soins, etc.)- Les risques existants (perçus et avérés) sur les données médicales (exemples)- Le cadre réglementaire en vigueur appliqué aux usages numériques en santé (droits et devoirs) en particulier les données personnelles de santé- Les mesures de sécurité mises en œuvre par les informaticiens réduisant les risques (connaissance de quelques vocables)- Les bonnes pratiques de protection des données médicales sur son lieu de travail : adapter son comportement et connaître les bonnes attitudes (Quickwin)- Application à des contextes spécifiques locaux : plateaux techniques (imagerie, laboratoire, pharmacie, ...), dossiers médicaux, urgences, télémédecine, ...- Application dans les projets nationaux de santé (Politique ministérielle, PGSSI-S, exemple du système DMP, ...) et dans le quotidien ...- L'information des patients sur la protection de leurs données sensibles tout au long de leur prise en charge <p><u>Pour les chefs de projet SI</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Les enjeux liés à la confiance dans les TIC en santé (la déontologie, la protection de la vie privée, la relation patient-équipes et dispositifs techniques de soins, etc.)- Les risques existants (perçus et avérés) sur les SI DE SANTÉ et les données médicales (exemples dans la santé)- Le cadre réglementaire en vigueur appliqué aux usages numériques en santé (droits et devoirs) en particulier (RGS, CNIL, autres référentiels nationaux, etc.)- Le vocabulaire Sécurité SI : une exigence majeure pour que PS et équipes SI se comprennent- Les bases méthodologiques de l'analyse de risques (la méthode EBIOS) et de la classification des ressources- La Politique de Sécurité SI : cadre national et régional / local appliqué aux projets SI de santé- Les acteurs clés (quels rôles à quels moments) : décision / mise en œuvre / contrôle des mesures et processus de sécurité- Les mesures techniques adaptées aux risques : les outils incontournables et les solutions spécifiques- La question de l'arbitrage / compromis : critères de décision- La question de l'externalisation : clauses « sécurité » des contrats informatiques- Les processus clés : gestion des droits d'accès et gestion d'incidents- Cas d'applications pratiques : système DMP, hébergement |
|------------------------------|--|

ANNEXE 12

| | |
|--|---|
| | <p>des données de santé, télémédecine, messagerie sécurisée, authentification forte, poste de travail et outils de mobilité, équipements biomédicaux, traçabilité, etc.</p> <p><u>Pour les Directeurs des Systèmes d'Information et d'Organisation, directeurs et directeurs fonctionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les enjeux liés à la confiance dans les TIC en santé (la déontologie, la protection de la vie privée, la qualité / continuité des soins, la relation patient-équipes et dispositifs techniques de soins, etc.) - Les risques existants (perçus et avérés) sur les SI de santé et les données médicales (exemples dans la santé) - Le cadre réglementaire en vigueur appliqué aux usages numériques en santé (droits et devoirs) en particulier (RGS, CNIL, Référentiels nationaux, opérateur d'importance vital, etc.) - La Politique de Sécurité SI : cadre national et régional / local appliqué aux projets de SI de santé - L'organisation de la sécurité du système d'information au niveau national, ministériel, régional, local - Les clés de succès d'un projet de mise en œuvre de la sécurité du système d'information |
| <p>Public</p> | <p>Ensemble des acteurs impliqués dans les projets SI de santé et Télésanté : Maîtrises d'ouvrage (locales aux établissements de santé et régionales), Maîtrises d'œuvre locales aux établissements de santé, architectes, chefs de projets, administrateurs</p> <p>3 publics distincts doivent être considérés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensemble des utilisateurs du système d'information de santé qui manipulent des données sensibles dans les établissements de santé : professionnels de santé (médicaux et paramédicaux, personnels administratifs manipulant des données à caractère personnel - Ensemble des acteurs impliqués dans les projets SIS et Télésanté : maîtrises d'ouvrage (locales aux établissements de santé et régionales), Maîtrises d'œuvre locales aux établissements de santé, architectes, chefs de projets, administrateurs informatiques - Directeurs des systèmes d'information et d'organisation (DSIO) - Directeurs d'établissement ou de structure Médico-sociale |
| <p>Observations complémentaires</p> | <p>Ces modules abordent les aspects théoriques et opérationnels. Ils ne nécessitent pas de connaissances ou d'expertise particulière en Sécurité des SI.</p> <p>Cette fiche regroupe trois formations portant sur la sécurité des SI, chaque public devant bénéficier d'une formation adaptée.</p> |

ANNEXE 13

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Gestion de projets de systèmes d'information dans les établissements |
| Contexte | <p>En tant que levier pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, pour l'amélioration de la performance des hôpitaux, les systèmes d'information (SI) s'imposent de plus en plus dans les établissements.</p> <p>Les plans nationaux d'investissements (hôpital 2007 puis hôpital 2012) conduisent par ailleurs les établissements à informatiser leurs processus administratifs ou de soins.</p> <p>La stratégie hôpital numérique, fixant entre autres les priorités relatives aux systèmes d'information hospitalier pour la période 2011-2015, cherche elle aussi à améliorer le niveau de maturité des systèmes d'information des établissements.</p> <p>Afin de sécuriser les projets systèmes d'information, il est indispensable pour l'équipe projet et les chefs de projets (professionnels de santé ou personnels administratifs, informaticiens) de connaître les spécificités d'un projet SI.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Doter les équipes projets des repères, méthodes et outils de gestion de projets, adapté spécificités des projets de système d'information. Les compétences à acquérir sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre le positionnement de la gestion de projets dans le cycle de vie du système d'information - Comprendre les principales spécificités des projets en système d'information à l'hôpital - Connaître les grandes étapes d'un projet de SI - Savoir définir, puis cadrer un projet - Savoir lancer, puis piloter un projet - Savoir animer une réunion de cadrage, de lancement, de suivi - Maîtriser les principales méthodes et outils de gestion de projets |
| Eléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> - Position de la gestion de projet dans le schéma directeur du SI et dans la gestion de portefeuille de projets - Conduite du changement : communication, formation, analyse des résistances, cartographie des acteurs - Découpage en activités, tâches, phases - Estimation des coûts et des charges, des délais - Gestion des risques projets (recenser, corriger, suivre) - L'expression du besoin et le cahier des charges, l'analyse des processus métier - Procédure d'achat - Aspects juridiques de la confidentialité et position de la CNIL - Arbitrage des écarts, recette fonctionnelle, recette technique - Stratégies de déploiement |

ANNEXE 13

| | |
|-------------------------------------|--|
| Public | Equipes projet, en particulier agents en responsabilité dans un projet (chef de projet, utilisateur référent) : professionnels de santé ou personnels administratifs, informaticiens |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 14

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Prévention des erreurs médicamenteuses évitables : mieux connaître, mieux former et informer, mieux organiser |
| Contexte | <p>La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) inscrit comme priorité la qualité et la sécurité des soins, avec un rôle renforcé de la commission médicale d'établissement et de la conférence médicale d'établissement.</p> <p>Afin d'assurer la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés, des dispositions réglementaires cadrent l'utilisation des produits de santé, et les risques liés aux médicaments sont identifiés. Des dispositifs de contractualisation et certification sont utilisés et des structures d'appui et de vigilances sont en place.</p> <p>Pour autant, il convenait d'aller plus loin et de tirer toute la mesure d'accidents dramatiques liés à des erreurs médicamenteuses. Dans ce cadre, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a élaboré un arrêté pour assurer la qualité de la prise en charge médicamenteuse dont la publication a eu lieu le 6 avril 2011 (arrêté relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé).</p> <p>Ce texte exige notamment la mise en place d'une organisation en charge de l'analyse des déclarations internes d'évènements indésirables, d'erreurs médicamenteuses ou de dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse, et la planification des actions nécessaires pour en améliorer la sécurité, dites « actions d'amélioration ».</p> <p>Afin de partager une culture commune de sécurité et améliorer la prise en charge par le médicament, une formation et une sensibilisation de tous les acteurs hospitaliers aux erreurs médicamenteuses et aux outils permettant d'éviter ces erreurs, est fondamentale.</p> |
| Objectifs de la formation | Délivrer une formation spécifique à la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse en milieu hospitalier dans un objectif de sensibilisation du personnel de soins (IDE), des cadres de santé et des préparateurs en pharmacie hospitalière aux risques liés aux erreurs médicamenteuses évitables, afin de mieux les appréhender et les prévenir dans leurs pratiques. |
| Eléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> • Définition de l'iatrogénie médicamenteuse, de l'erreur médicamenteuse évitable, des responsabilités métiers ; • Connaissance des données épidémiologiques, des conséquences cliniques, des circonstances de survenues (facteurs de risque, patients à risque, médicaments à risque) ; |

ANNEXE 14

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Analyse de dossiers et de cas relatifs à l'iatrogénie médicamenteuse, notamment :<ul style="list-style-type: none">▪ les conditions de survenue de la complication,▪ les facteurs l'ayant favorisée,▪ les éléments de son diagnostic,▪ les conséquences pour le patient,▪ les moyens de prévenir les erreurs,▪ les éléments d'information à délivrer au patient.• Moyens de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse : renforcement de la formation des acteurs concernés, utilisation des outils mis à disposition par la HAS (sécurisation de l'administration), l'ANAP (Interdiag médicaments), la DGOS (qualité de la prise en charge médicamenteuse), meilleure information des patients, meilleure organisation des soins par la sécurisation du circuit du médicament, éducation des malades sur les médicaments et leurs risques,...• Information sur les aspects médico-légaux et les impacts économiques de l'iatrogénie médicamenteuse. |
| Public | Personnel soignant (IDE), cadres de santé et préparateurs en pharmacie hospitalière |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 15

| AXE 2013 | |
|-------------------------------------|--|
| Intitulé | Elimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) |
| Contexte | Il s'agit d'une action de santé publique visant à éviter la survenue de transmission de maladies infectieuses par les DASRI au personnel hospitalier et autre population susceptible d'être exposée aux DASRI lors de leur élimination, notamment au cours d'accidents d'exposition au sang (AES). |
| Objectifs de la formation | Permettre la mise en place d'une filière sécurisée et réglementaire d'élimination des DASRI au sein d'un établissement. |
| Eléments du programme | La formation pourrait être montée autour des trois thèmes suivants : - définition des DASRI et évaluation du risque infectieux ; - circuit interne à l'établissement, du tri à l'entreposage (et prétraitement, le cas échéant) ; - la responsabilité de l'établissement au niveau du circuit externe (de la collecte au traitement). |
| Public | <ul style="list-style-type: none">- le référent « déchets » de l'établissement ;- le personnel soignant au contact des malades, chargés du tri des DASRI ;- le personnel chargé de la collecte interne et de l'entreposage des DASRI. |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 16

| AXE 2013 | |
|-------------------------------------|---|
| Intitulé | Gestes et soins d'urgence en situation sanitaire normale et exceptionnelle |
| Contexte | <p>L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence permet de répondre à des enjeux de santé publique pour la collectivité et participe à la gestion des risques sanitaires.</p> <p>Par ailleurs, en cas de situation sanitaire exceptionnelle, les personnels des établissements de santé et médico-sociaux devront participer à la prise en charge individuelle des urgences vitales avec efficacité et promptitude.</p> <p>Le rôle et les missions des professionnels de santé de ces établissements sont inscrits dans la planification des réponses à ces situations graves.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Permettre aux personnels des établissements de santé et médico-sociaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de se situer et d'agir devant toute situation d'urgence sanitaire - de développer les comportements adaptés à toute situation d'urgence nécessitant une prise en charge dans le cadre d'une fenêtre thérapeutique étroite - d'acquérir une culture commune sur les risques sanitaires collectifs |
| Éléments du programme | Le contenu de la formation est fixé par l'arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence |
| Public | Professionnels de santé paramédicaux et médicaux, personnel administratif, personnel technique et ouvrier,.... |
| Observations complémentaires | Cette action doit être conduite en groupe de 10 à 12 formés et elle doit privilégier l'apprentissage gestuel des soins d'urgence. |

ANNEXE 17

| AXE 2013 | |
|-----------------|--|
| Intitulé | Formation à la démarche de comités de retour d'expérience dans le cadre de la mise en place d'analyses de risques en établissement |
| Contexte | <p>La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) inscrit comme priorité la qualité et la sécurité des soins, avec un rôle renforcé de la commission médicale d'établissement et de la conférence médicale d'établissement.</p> <p>Le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé et l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé incitent les établissements de santé à élaborer et mettre en œuvre un programme d'actions sur qualité et la sécurité des soins.</p> <p>L'objectif de cette formation est de déployer la démarche des comités de retour d'expérience qui répond aux obligations fixées par ces textes.</p> <p>Cet outil a été utilisé dans le cadre d'un premier chantier pilote en 2005 par la MEAH sur le modèle de la démarche sécurité en radiothérapie à partir de l'expérience de l'aérien. Le socle de cette méthode est basé sur l'exploitation systématique d'événements précurseurs. L'analyse en continu de ces événements précurseurs permet de tester et de renforcer la sécurité d'une organisation.</p> <p>Un comité de retour d'expérience est une instance de décision dont les spécificités sont :</p> <ul style="list-style-type: none">- d'impliquer chaque corps de métiers de l'unité de soins dans l'identification et la mise en œuvre d'actions correctives ;- de contribuer localement à la culture de sécurité ;- de développer la logique de déclaration des événements précurseurs et l'écoute collective. <p>Il est chargé d'analyser et d'exploiter à une fréquence régulière certains dysfonctionnements qualifiés « d'événements précurseurs ». Il analyse la chronologie de l'événement et permet de remettre en cause la solidité des barrières que l'organisation a mises en place. Il se conclut sur la définition d'actions d'amélioration en nombre limité et opérationnelles.</p> <p>Un comité de retour d'expérience réalise en moyenne :</p> <ul style="list-style-type: none">- 8 réunions pluridisciplinaires par an et par unité de soin ; Un minimum de 10 actions correctives par an et par unité de soin. |

ANNEXE 17

| | |
|--|---|
| | <p>Il est constitué :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un référent (qui prépare et participe au comité de retour d'expérience) parfois secondé par une personne de son choix - d'une personne par corps de métier du service concerné - d'un responsable qualité, si nécessaire. <p>En moyenne, un comité de retour d'expérience est composé de personnels différents (médical, paramédical, ingénieur qualité, etc...).</p> <p>L'importance de l'analyse des risques et l'apprentissage par l'erreur font que le déploiement de cet outil apparaît fondamental.</p> |
| <p>Objectifs de la formation</p> | <p>Délivrer une formation spécifique à la démarche de comités de retour d'expérience dans le cadre de la mise en place d'analyses de risques en établissement, dans un objectif de sensibilisation de l'ensemble des professionnels impliqués dans la gestion des risques, afin de mieux appréhender les risques et les prévenir.</p> |
| <p>Eléments du programme</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Rappel réglementaire en matière de qualité et sécurité des soins, gestion des risques et management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ; • Connaissance des données épidémiologiques, des conséquences cliniques, des circonstances de survenues (facteurs de risque, patients à risque, médicaments à risque) ; • Démarche des CREX, exemples pratiques ; • Evaluation de cette démarche ; • Echanges sur la base de cas pratiques, interactivité. |
| <p>Public</p> | <p>Tout professionnel de santé</p> |
| <p>Observations complémentaires</p> | |

ANNEXE 18

| AXE 2013 | |
|-------------------------------------|--|
| Intitulé | Sensibilisation aux risques liés aux pratiques non conventionnelles |
| Contexte | <p>Les pratiques non conventionnelles présentées comme étant thérapeutiques sous le nom de « médecines alternatives », « médecines complémentaires », « médecines douces », « médecines naturelles », ou à visée esthétique ou présentées comme apportant du bien-être connaissent un développement croissant. Certaines sont employées dans le cadre de mouvements à caractère sectaire.</p> <p>Dans le système de soins « conventionnel », l'exercice de la médecine peut être ressenti comme cloisonné entre les différentes spécialités et le temps de contact avec les patients réduit. Cela peut inciter certains patients en mal de compréhension de leur pathologie à se tourner vers des pratiques qui leur paraissent mieux prendre en compte la totalité de leur personne et leur délivre des explications simples quant aux causes de leur maladie. L'absence d'effets secondaires et le recours aux capacités d'auto-guérison des patients fréquemment invoqués par les promoteurs de ces pratiques ont également un effet rassurant sur le public.</p> <p>Cependant, la très grande majorité de ces pratiques n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité et de leur innocuité et, surtout, des risques peuvent exister lors de leur mise en œuvre.</p> |
| Objectifs de la formation | Pouvoir analyser les offres de formation ou d'exercice de pratiques non conventionnelles afin d'être en mesure d'évaluer les risques pour la santé |
| Éléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> - connaissance du contexte : l'importance du recours aux pratiques non conventionnelles, les situations qui favorisent ce recours (douleur non maîtrisée, pathologies chroniques mettant en jeu l'autonomie ou le pronostic vital, emprise sectaire) - connaissance des procédures de validation scientifique des traitements : recherches fondamentales, cliniques, consensus d'experts - connaissance des garanties de qualité et de sécurité apportées par cette validation scientifique et des risques pour la santé liés à son absence - connaissance des labels utilisés par des pratiques non prouvées pour conforter leur légitimité |
| Public | Personnel soignant : infirmiers, médecins Directeurs d'établissement pouvant être appelés à autoriser des formations ou des pratiques dans les établissements de soins |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 19

| AXE 2013 | |
|-------------------------------------|--|
| Intitulé | Prévention des situations de violences au sein des établissements |
| Contexte | <p>Les phénomènes de violences recensés annuellement par l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé démontrent la récurrence de cette problématique au sein des services de santé.</p> <p>Si les violences restent protéiformes et la cause de leur expression variée, il apparait depuis deux ans environ, l'expression de violences au sein de services spécialisés, liée à des appartenances religieuses. Dès lors il peut être opportun d'assurer une formation spécifique axée sur cette réalité de terrain, en l'incluant dans une politique plus générale de prévention et de gestion des phénomènes de violences.</p> <p>Le personnel, victime dans plus de 76% des violences exercées, doit être sensibilisé à cette réalité afin de pouvoir réagir au mieux aux situations auxquelles il sera confronté.</p> |
| Objectifs de la formation | <ul style="list-style-type: none"> ● Formation de l'ensemble du personnel de santé afin de leur permettre de prévenir et de gérer au mieux les situations de violence auxquelles ils peuvent être confrontés ● Sensibilisation du personnel à la réglementation relative à la laïcité, adaptation aux exigences du soin |
| Éléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> ● Instaurer une formation sur l'approche comportementale et psychologique des auteurs de violences (via une approche théorique, mais aussi par des mises en situation, développées par certaines sociétés) ● Informer les personnels de leurs droits et devoirs en matière de protection, d'assistance et d'accompagnement lorsqu'ils sont victimes de violence lors ou à l'occasion de leur exercice professionnel ● Informer des droits et devoirs de chacun en ce qui concerne la loi sur la laïcité et former sur sa mise en œuvre au sein de certains services plus sensibles (gynécologie, obstétrique, néonatalogie) |
| Public | <ul style="list-style-type: none"> ● Equipes de direction et toute catégorie de personnel ● Service de la qualité et de la gestion des risques ● Direction de clientèle ● Equipes de sécurité |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 20

| AXE 2013 | |
|-------------------------------------|--|
| Intitulé | Gestion du risque amiante dans les établissements |
| Contexte | La réglementation en matière d'amiante est en cours de refonte. Les listes de matériaux concernées, les modalités de dérogation, etc. vont évoluer. Il est proposé de profiter de cette évolution réglementaire pour faire un point avec les responsables des établissements de santé sur leurs obligations dans le domaine. |
| Objectifs de la formation | Donner aux responsables techniques d'établissements relevant de la fonction publique hospitalière, les compétences techniques nécessaires pour la gestion du risque amiante dans les bâtiments. |
| Éléments du programme | Apport théoriques : <ul style="list-style-type: none">- connaissances de la réglementation au titre du CSP et du code du travail;- connaissances générales sur l'amiante : matériaux, techniques d'analyses, risques sanitaires, gestion des déchets, responsabilités des propriétaires et gestionnaires de bâtiments... Apports pratiques : <ul style="list-style-type: none">- gestion d'un DTA ; |
| Public | Propriétaire ou exploitant des établissements Responsable HSE/QSE Services techniques des établissements |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 21

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au risque de transmission du VIH et des hépatites dans les établissements |
| Contexte | <p>La prise en charge rapide des accidents d'exposition (sanguine ou sexuelle) à un risque viral est déterminante pour limiter le risque de transmission de virus tels le VIH ou les hépatites. Elle repose sur le dispositif hospitalier notamment les services des urgences et les services de santé au travail. Les différentes données épidémiologiques ou issues d'enquêtes socio-comportementales montrent que les populations qui pourraient recourir à un traitement post exposition, n'en bénéficient pas toujours en raison notamment du manque de formation des professionnels.</p> <p>Le rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, édition 2010 dirigée par le Pr Patrick Yeni rappelle <u>la nécessité de former des professionnels de santé</u> afin d'assurer un accueil de qualité et une prise en charge optimale.</p> <p>Ainsi que le souligne la circulaire interministérielle DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine, les professionnels de santé sont concernés à plusieurs titres par le risque d'exposition virale car :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ils peuvent être exposés au risque de transmission du VIH, VHC et VHB (chez les non vaccinés) : il est nécessaire de les informer sur les précautions à prendre pour prévenir les accidents exposant au sang (AES) ainsi que du recours possible au traitement post-exposition (TPE) et ses modalités en cas d'exposition au VIH. ▪ ils doivent connaître l'organisation du dispositif pour orienter les personnes en cas de besoin ou les prendre en charge. |
| Objectifs de la formation | <p>1) Développer les compétences et actualiser les connaissances des participants pour optimiser la prise en charge de la personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • connaître les modes de transmission de l'infection par le VIH et des hépatites • pouvoir informer et orienter la personne exposée tout en ayant une approche respectueuse des choix d'orientation sexuelle • connaître l'ensemble des procédures à mettre en œuvre dans le cas d'un accident d'exposition au VIH, VHB et VHC • être capable d'organiser la prise en charge des accidents d'exposition aux virus dans le cadre professionnel et non professionnel afin d'optimiser le délai de prescription, • poser l'indication d'un traitement post-exposition (TPE) après évaluation du risque de transmission • définir les modalités de prescription du TPE et le choix du traitement en fonction du terrain (mineur..), du contexte (agression sexuelle), du partenaire (personne séropositive sous traitement...) |

ANNEXE 21

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • permettre la prise en charge du TPE dans le cadre d'un accident du travail. <p>2) Développer les échanges autour des actions de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) dans les établissements en instaurant une dynamique de réseau pour jouer un rôle moteur dans la politique de prévention des AES dans leurs établissements notamment en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • contribuant au choix et à l'expertise des matériels de sécurité • contribuant à la veille des accidents d'expositions professionnelles • participant à la rédaction et la diffusion de procédures d'information et de prise en charge des accidents d'exposition à un risque viral |
| Eléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> - Données épidémiologiques - Organisation sanitaire en matière de lutte contre le VIH et les hépatites: associations des malades et des usagers du système de santé, établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, les COREVIH, les pôles de références hépatites, agences sanitaires, ministère de la santé, - Législation de la médecine du travail - Dispositif de prise en charge : recommandations en vigueur : traitements, suivi, surveillance, sérologie, effets indésirables, connaissance des supports d'information (Inpes, Sida info services, Crips, ...) - Règles d'hygiène - Matériel de prévention des AES |
| Public | <p>Professionnels de santé exerçant en établissement de santé notamment les personnels des services d'urgences, des services de maladies infectieuses, de médecine interne, des UCSA, de radiologie, les services de la médecine du travail, les personnels des centres de dépistage anonyme et gratuit , des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, et des centres de planification familiale, les personnels exerçant en laboratoire de biologie, les pharmaciens</p> |
| Observations complémentaires | <p>La circulaire interministérielle DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine demande à ce que des formations de ce type soient assurées afin d'améliorer le dispositif existant. Accompagne l'action « instructions aux établissements de santé pour rappeler les mesures à prendre en cas d'accidents d'exposition au sang » (1-4-1) du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.</p> |

ANNEXE 22

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Développement d'une culture de prévention des risques professionnels dans les établissements |
| Contexte | <p>La demande s'inscrit dans le contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'accord sur la santé et la sécurité au travail du 20 novembre 2009 : <ul style="list-style-type: none"> • Les employeurs publics se sont engagés à mettre en œuvre une politique renouvelée en matière d'amélioration des conditions de travail. A ce titre, la mise en place d'outils de prévention des risques professionnels, notamment le document unique d'évaluation des risques professionnels, constitue l'un des axes majeurs des actions devant être menées. • La formation des agents doit permettre de développer une culture de prévention à tous les niveaux et plus particulièrement les cadres et les agents chargés des ressources humaines, les acteurs de la santé et de la sécurité au travail. - du deuxième Plan santé au travail du gouvernement, élaboré en concertation avec les partenaires sociaux au sein du Conseil d'Orientation des Conditions de travail de 2010, dont un des axe majeur est la prévention des risques professionnels, en particulier des risques psychosociaux, du risque chimique et des troubles musculo-squelettiques (TMS) |
| Objectifs de la formation | <p>Cette formation doit permettre de généraliser et de renforcer les actions de sensibilisation et de prévention des risques professionnels.</p> <ul style="list-style-type: none"> - appréhender la politique des pouvoirs publics en matière de santé au travail (plan de santé au travail) ; rôle joué par le fonds national de prévention des risques professionnels géré par la CNRACL ; - connaître les dispositions législatives et réglementaires du code du travail relatives à la santé et à la sécurité au travail ainsi que les dispositions réglementaires relatives à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs ; - connaître le dispositif de sanctions pénales en cas de non-respect par l'employeur de ses obligations en matière de sécurité et de santé au travail; - s'approprier une méthodologie pour procéder à l'évaluation des risques professionnels. - élaborer un plan de prévention |
| Eléments du programme | <p>Eléments de cette formation:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maîtriser les éléments importants de législation et de la réglementation applicable (code du travail ; code pénal) 2. Délivrer des appuis méthodologiques et pratiques pour l'élaboration d'une politique de prévention des risques professionnels en milieu hospitalier |

ANNEXE 22

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <p>3. Acquérir les connaissances méthodologiques et pratiques notamment en matière de réalisation du document unique d'évaluation des risques professionnels (DU): préparation de la démarche, recensement et évaluation des risques, élaboration d'un programme d'actions, mise en œuvre des actions, réévaluation des risques suite aux actions réalisées, conseils et apports méthodologiques sur la forme, le contenu, l'accessibilité et l'opérationnalité du DU, ses modalités de remplissage, l'identification du danger, l'analyse du risque, et la mise à jour du DU</p> <p>4. Disposer d'outils méthodologiques pour connaître, objectiver et prévenir tout particulièrement les risques psychosociaux, les risques chimiques et les troubles musculo-squelettiques (TMS)</p> |
| Public | <p>1. Les responsables des ressources humaines et la direction aux affaires médicales</p> <p>2. Le personnel d'encadrement des grandes filières professionnelles de la FPH, notamment les dirigeants du pôle</p> <p>3. Les services de la médecine du travail</p> <p>4. Les services de la gestion des risques et de la qualité</p> |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 23

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Acquisition de compétences « <i>développement durable</i> » pour les métiers de la santé |
| Contexte | <p>Le plan national de mobilisation pour les emplois et les métiers de l'économie verte, lancé en septembre 2009 par le ministère du développement durable prévoit d'intégrer l'économie verte dans tous les programmes de formation et adapter les dispositifs de formation,</p> <p>Pour la filière santé, les compétences professionnelles au service de la compétitivité écologique sont nouvelles et la formation d'abord pour des métiers ciblés doit anticiper les mutations de ce secteur.</p> <p>Dans le manuel de certification des établissements de santé plusieurs critères sont impactés par la thématique développement durable (engagement dans la démarche, achats éco responsables et approvisionnements, gestion de l'eau, de l'air, gestion de l'énergie, hygiène des locaux..).</p> <p>Dans le contexte de l'actualisation du répertoire des métiers, des compétences individuelles ciblées « économie verte » seront identifiées.</p> <p>Une action de formation nationale d'origine ANFH a été menée en 2007 « sensibilisation à la démarche de développement durable en établissement de santé »</p> |
| Objectifs de la formation | Accompagner l'adaptation des métiers à l'économie verte en partenariat avec le ministère du développement durable : Éco-activités et Activités « périphériques » produisant des biens et services (produits) favorables à la protection de l'environnement ou à la gestion des ressources naturelles |
| Éléments du programme | Des modules de formation seraient déterminés en lien avec I IFORE (institut de formation de l'environnement) et concerneront les différents champs de l'éco-responsabilité : introduction à l'éco-responsabilité, déchets, énergie, achats, démarche haute qualité environnementale, plans de déplacement, gestion des espaces non bâtis, bilans carbone... |
| Public | Les agents de direction, les agents de la filière technique, responsables des politiques d'achat, filière hygiène et sécurité |

ANNEXE 24

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | LA COMPTABILITE ANALYTIQUE : Le Tableau Analytique Commun (TAC), le Retraitement Comptable (RTC), les comptes de résultats par pôle : production, fiabilisation, utilisation. |
| Contexte | <ul style="list-style-type: none"> • Problématique : constats convergents des tutelles et des instances de contrôle sur la qualité et la fiabilité des données collectées dans le RTC ainsi que sur la difficulté des établissements à maîtriser leurs coûts. • Mise en œuvre par les ARS (3/4 trimestre 2012) du plan national de déploiement de la comptabilité analytique. • Attente forte des chefs de pôle médicaux concernant la mise à disposition de données médico-économiques fiables pour le pilotage. • Caractère structurant de la T2A et forte volonté de la DGOS d'inscrire les établissements dans une logique durable de la Performance. • Système contraint : enveloppes de financement limitées, convergence des tarifs, certification et fiabilisation des comptes. |
| Objectifs de la formation | <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en pratique les règles du guide de la comptabilité analytique hospitalière paru au BO 2011/9bis - Mettre en place un suivi efficace du recueil des unités d'œuvre et des clés de ventilation - Promouvoir le parangonnage inter établissement - Développer le dialogue de gestion - Assurer la montée en compétences des pôles et plus largement des établissements, en comptabilité analytique et en contrôle de gestion |
| Eléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> - Application du guide de la comptabilité analytique BO 2011/9bis * Remise à plat et actualisation de son fichier commun de structure * Mettre en œuvre les règles du découpage analytique * Affectations du Plan Comptable Simplifié (PCS) ; fiabilisation de la balance comptable analytique retraitée vs le PCS * Fiabilisation des retraitements de gestion : personnel non médical, activités spécifiques/ MIGAC... * Rédiger et communiquer en interne le guide et les procédures de gestion ; évaluation des bonnes pratiques * Construire le Tableau Analytique Commun (TAC) - Définition du cahier des charges du système d'information de l'établissement |

ANNEXE 24

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Définition et mise en œuvre du recueil des unités d'œuvre et des clés de ventilation mesurant les activités de l'établissement- Déversement des sections auxiliaires : méthode adaptée aux besoins de gestion de l'établissement- Production et utilisation des comptes de résultats par pôles |
| Public | Contrôleurs de gestion, cadres administratifs, directeurs, Cadres de pôles, directeur de l'information médicale, chefs de pôles. |
| Observations complémentaires | Cette formation pratique devrait se dérouler sur site sur le principe de la formation action en 3 ou 4 sessions de 5 jours chacune. |

ANNEXE 25

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Accompagnement à la mise en place des nouveaux référentiels de formation |
| Contexte | <p>Dans le cadre des accords de Bologne (1999), la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur se caractérise, notamment, par l'application au niveau national d'une architecture des études fondée sur les trois grades de licence, master et doctorat (LMD) et la mise en œuvre du système européen d'unités d'enseignement capitalisables et transférables, dit système de crédits ECTS.</p> <p>Ainsi, une réforme majeure touche l'ensemble des formations paramédicales.</p> <p>Le contenu de la formation vise de manière explicite l'acquisition de compétences.</p> <p>Cette réforme mène à des diplômes d'Etat rénovés dont le niveau permet d'obtenir un grade universitaire.</p> <p>Cette réforme est l'occasion de viser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'amélioration de la qualité de l'enseignement et du contenu des formations ; - la sensibilisation des professionnels à la recherche documentaire et à l'analyse de publications ; - l'augmentation des apprentissages des savoirs cœurs de métier : la clinique, les fondamentaux sur le soin, etc ; - la recherche des savoirs communs entre l'ensemble des professions paramédicales ; - l'ouverture, enfin, du dispositif de formation sur l'espace européen et la facilitation des échanges dès la formation initiale. |
| Objectifs de la formation | <ul style="list-style-type: none"> - Accompagner les équipes pédagogiques dans la mise en œuvre des nouveaux référentiels de formation ; - Favoriser le développement et le renforcement de méthodes pédagogiques centrées sur l'acquisition de compétences, l'analyse de situations professionnelles et la posture réflexive ; |
| Eléments du programme | <p>La réforme, le contexte, les principes, les enjeux ;</p> <p>Les courants pédagogiques de référence : socioconstructivisme, etc ;</p> <p>Les méthodes pédagogiques en relation avec les principes de la réforme : analyses de situation, intégration des savoirs, développement de la réflexivité chez l'étudiant, méthodologie de recherche ;</p> <p>L'évolution du rôle des formateurs ;</p> <p>Le partenariat avec les universités et le travail de co-construction;</p> <p>L'encadrement en stage et le partenariat entre les instituts de formation et les lieux de stage.</p> |

ANNEXE 25

| | |
|-------------------------------------|--|
| Public | Les directeurs et les formateurs des instituts de formation paramédicaux concernés par la réforme. |
| Observations complémentaires | Deux formation déjà ré ingéniées (infirmiers et ergothérapeutes) Quatre formations ré ingéniées à compter de la rentrée de septembre 2012 (IADE, MK, Manipulateur en électrologie médicale, pédicures-podologues). L'ensemble des formations paramédicales pour les années 2013/2014 |

ANNEXE 26

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Prévention des risques psychosociaux (RPS) et développement du bien être au travail |
| Contexte | <p>La présente demande s'inscrit dans un quadruple contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'<u>accord du 20 novembre 2009</u> sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique qui prévoit de définir un « <i>plan d'action national de lutte</i> » contre ces risques et de le décliner localement pour assurer un dialogue social sur ces questions. Par ailleurs, l'information des agents sur ces questions sera développée, ainsi que la formation des chefs d'établissement et du personnel d'encadrement sur ces risques ; - du deuxième <u>Plan santé au travail du gouvernement (2010-2014)</u>, élaboré en concertation avec les partenaires sociaux au sein du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail, qui prévoit comme objectif prioritaire le « <i>développement des actions de prévention des risques professionnels, en particulier des risques psychosociaux</i> » - du programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) du souhait de la DGOS de mobiliser tous les acteurs concernés par la prévention des risques psychosociaux |
| Objectifs de la formation | <p>Cette formation doit permettre :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) d'acquérir des connaissances et de s'approprier les outils en matière de diagnostic et de prévention des RPS 2) d'améliorer les activités préventives des établissements de santé dans le domaine des RPS prenant en compte tous les facteurs de risques, notamment les facteurs organisationnels et managériaux |
| Eléments du programme | <p>Eléments de cette formation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Appréhender les <u>politiques mises en œuvre au niveau français et européen</u> en matière de prévention des RPS, ainsi que le cadre juridique 2. Connaître des différentes <u>approches de prévention des RPS et modèles d'analyse</u> (approche organisationnelle, individuelle, spécificité sectorielle...) et appréhender les concepts concernant le stress et les RPS ainsi que leurs spécificités dans la prévention des risques professionnels dans les établissements de santé 3. Connaître les missions et activités des <u>organismes et des instances</u> intervenant dans le domaine au niveau national, régional et local 4. Délivrer un contenu global et opérationnel sur le thème, allant de la définition du risque à la construction d'une politique de prévention orientée vers l'action en s'appuyant sur les outils mis à la disposition des établissements de santé; soit par le fonds national de prévention, soit dans le cadre du projet CLARTE soutenu par la DGOS et la HAS centré sur la |

ANNEXE 26

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <p>satisfaction au travail ou enfin soit en utilisant le guide méthodologique validé par le groupe de travail inter-fonction publique.</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Identifier les facteurs de RPS, les repérer et les diagnostiquer ;</u>- <u>Définir et délimiter la notion de RPS au travail ;</u>- <u>Délivrer un cadre d'action pour la prévention et la gestion de ce risque :</u> <ul style="list-style-type: none">- Indicateurs utiles pour l'intervention, outils de dépistage et méthodes mobilisables- Actions à mettre en œuvre, préconisations, leviers d'action et bonnes pratiques |
| Public | <p>Cette formation concernerait prioritairement :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Chefs d'établissement2. Responsables des ressources humaines3. Personnels d'encadrement des grandes filières professionnelles de la FPH, notamment cadres dirigeants du pôle4. Service de la médecine du travail |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 27

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Laïcité : principes et fondements |
| Contexte | <p>Le haut conseil à l'intégration (HCI) a organisé un séminaire de réflexion en décembre 2011 sur la laïcité dans les services publics .A cette occasion une table ronde a été consacrée à la laïcité dans fonction publique hospitalière ».</p> <p>La Constitution du 4 octobre 1958 rappelle que « <i>La France est une République ... laïque...</i> » qui « <i>assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion</i> » et qui « <i>respecte toutes les croyances.</i> »</p> <p>C'est dans ce cadre constitutionnel que s'applique la loi du 9 décembre 1905 qui a posé dans son article 2, les termes d'un équilibre selon lequel, à la fois, « <i>La République ne reconnaît, ne salarie ni ne subventionne aucun culte</i> » et « <i>Pourront toutefois être inscrites aux budgets les dépenses relatives à des services d'aumônerie et destinées à assurer le libre exercice des cultes dans les établissements publics tels que lycées, collèges, écoles, hospices, asiles et prisons.</i> » en raison du caractère particulier de ces lieux.</p> <p>Ces principes généraux ont été réaffirmés dans la Charte du patient hospitalisé qui précise notamment que « <i>L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, ...).</i> Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres ».</p> <p>Ce séminaire a conclu à l'importance de former les professionnels, et notamment les professionnels exerçant à l'hôpital aux fondements et principes de la laïcité afin de leur permettre d'appréhender les différentes situations en lien avec la pratique religieuse dans le quotidien de leur exercice et d'y faire face avec pertinence.</p> |
| Objectifs de la formation | <ul style="list-style-type: none"> • Former l'ensemble des agents de l'établissement aux principes et fondements de la laïcité en France • Fonder sur cette connaissance les conduites à tenir devant les différentes expressions de la pratique religieuse à l'hôpital public • Prévenir les situations de tensions pouvant être liées aux appartenances religieuses |
| Éléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> • Rappel des principes de la laïcité, • Mise en œuvre de ces principes au sein de la FPH dans des situations concrètes : refus de soins, fin de vie, rites mortuaires, alimentation, etc. |

ANNEXE 27

| | |
|-------------------------------------|--|
| Public | Toutes les catégories sont concernées, il s'agit d'une formation s'adressant à un public pluridisciplinaire. Avec comme priorité de s'adresser aux équipes soignantes et administratives |
| Observations complémentaires | La formation doit s'adapter aux publics concernés. Un rappel du cadre théorique doit être fait mais il est nécessaire d'insister sur l'aspect opérationnel. |

ANNEXE 28

| AXE 2013 | |
|-------------------------------------|---|
| Intitulé | Biologie médicale : les exigences en matière d'accréditation |
| Contexte | La publication de l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 a modifié de façon importante la loi relative aux laboratoires de biologie médicale : modifications relatives à l'organisation des laboratoires mais également aux pratiques. La médicalisation de la profession et l'accréditation des laboratoires de biologie médicale sont les deux piliers fondamentaux de la réforme de la biologie médicale. Se former à l'accréditation, aux exigences organisationnelles et techniques est un enjeu majeur pour la mise en application de la loi et la réussite, en matière de qualité des pratiques et donc de santé publique, du dispositif. |
| Objectifs de la formation | Les objectifs de cette formation doivent être les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - acquérir une bonne connaissance des exigences législatives en matière de bonnes pratiques en biologie médicale ; - connaître les référentiels opposables pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale. - Se sentir prêts à les mettre en pratique. |
| Eléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> - explicitations de la loi - revue de la norme d'accréditation et du document de référence pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale - présentation d'expériences concrètes de mise en application par des professionnels de terrain déjà accrédités. |
| Public | Techniciens de laboratoire médical Responsables ou délégués « assurance qualité » Secrétaires Coursiers |
| Observations complémentaires | La mise en œuvre de la nouvelle loi relative aux laboratoires de biologie médicale implique une révolution culturelle pour les professionnels du secteur. L'accréditation nécessite la compréhension d'éléments fondamentaux organisationnels et implique que les professionnels apprennent « la culture de la preuve » et « la nécessité de la preuve de la compétence ». Acquérir ses notions nouvelles ne peut se faire en un jour et des formations adaptées sont absolument incontournables pour y parvenir. Il en va bien évidemment aussi de la crédibilité du projet de loi qui est mis en œuvre. |

ANNEXE 29

| AXE 2013 | |
|-------------------------------------|--|
| Intitulé | Autisme et troubles envahissants du développement |
| Contexte | <p>La mesure 5 du plan autisme 2008/2010, confiée à l'EHESP, la mise en place d'une formation de formateurs, pour la diffusion du corpus de connaissances élaboré selon une méthodologie formalisée de consensus d'experts, et publié par la HAS en 2010. Les formations de formateurs, débutées en septembre 2011, s'achèveront en juin 2012. Le redéploiement pourra s'effectuer dans les régions, dès la formation de formateurs réalisée : les formateurs sont des professionnels du secteur sanitaire et d'autres secteurs, qui proposeront dans chaque région, des formations aux personnels, en lien avec les CRA pour le suivi du redéploiement.</p> <p>La diffusion du corpus commun de connaissances sur l'autisme et autres TED permettra à l'ensemble des acteurs et des professionnels impliqués auprès des personnes autistes, d'acquiescer ou réactualiser les connaissances indispensables pour accompagner ces publics et développer le positionnement le plus propice à une approche interinstitutionnelle et pluridisciplinaire des besoins des personnes avec TED, sans entrer dans les polémiques qui peuvent exister entre les différents modes de prise en charge</p> |
| Objectifs de la formation | Appropriation du corpus commun de connaissance sur l'autisme et les TED élaboré en 2010 par la HAS par les professionnels des différents milieux de prise en charge de ce public, notamment des services de psychiatrie. |
| Eléments du programme | Compréhension des acquis en termes de connaissances scientifiquement validées et/ou consensuelles sur l'autisme et les troubles envahissants du développement. Compréhension des mécanismes permettant aux acteurs de mettre en synergie des connaissances, points de vue et savoirs faire divers, dans l'intérêt des personnes autistes ou avec TED. |
| Public | infirmier, assistante sociale, aide soignante, AMP, orthophoniste, éducatrice, psychologue, neurologue, psychiatre, pédopsychiatre, etc... |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 30

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Le dépistage de l'infection à VIH : contribution des soignants à la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie |
| Contexte | <p>Jusqu'à présent, le dépistage de l'infection à VIH était fondé sur une démarche volontaire dans le contexte d'une prise de risque. La mise à disposition de nouveaux traitements, et la persistance d'un retard au diagnostic de certains groupes ne considérant pas ou n'étant pas identifiés comme étant « à risque » ont amené la Haute autorité de santé (HAS) à montrer l'efficacité d'une proposition de dépistage élargie à l'ensemble de population générale adulte¹. Il s'agit d'ajouter au dispositif actuel de dépistage qui repose sur l'initiative de la personne, une invitation au test en population générale par les professionnels de santé de première ligne, notamment à l'occasion d'un recours aux soins quel qu'en soit le motif.</p> <p>C'est pourquoi diversifier l'offre de dépistage en particulier en la « banalisant » en population générale est une des principales mesures du plan national de lutte contre le VIH et les infections sexuellement 2010-2014².</p> <p>Les tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à VIH (TROD) représentent un outil intéressant pour mettre en œuvre cette nouvelle stratégie. Depuis 2008 ces réactifs ont été utilisés dans le cadre d'expérimentations menées dans les urgences d'Ile de France et dans des lieux associatifs.</p> <p>Depuis l'arrêté du 9 novembre 2010³, les TROD peuvent également être réalisés plus largement, en dehors de ces expérimentations, par des professionnels de santé (médecins, biologistes, sages-femmes, infirmiers, techniciens de laboratoire) dans les établissements et services de santé et par des intervenants associatifs (professionnels de santé ou non) ainsi que dans des structures de prévention ou des structures associatives impliquées en matière de prévention sanitaire.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>A l'issue de la formation les bénéficiaires devront :</p> <ul style="list-style-type: none"> - comprendre les enjeux du dépistage pour la personne dépistée et pour la collectivité, - maîtriser les bonnes pratiques de dépistage : indications, prise en charge du partenaire, conseil préventif..., - intégrer l'acte de dépistage dans une approche globale de santé sexuelle et respectueuse des choix d'orientation sexuelle (risques liés aux IST, grossesses non désirées, violences, mal-être lié à l'homophobie, addictions et prises de risques), - pouvoir utiliser des TROD et en interpréter les résultats, - être à même de contribuer à l'articulation entre le dépistage, la prévention, le traitement post exposition et l'accès aux soins. |

¹ *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage ; HAS : octobre 2009*

² *Actions T18, M7, HSH LBT 14, UD4, P6, DOM8*

³ *Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2)*

ANNEXE 30

| | |
|--|--|
| <p>Eléments du programme</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Connaissances de base sur l'infection à VIH et les infections sexuellement transmissibles - Enjeux de la lutte contre le VIH et les IST en 2012 - Bonnes pratiques cliniques du dépistage et de la prise en charge - Cadre législatif et réglementaire du dépistage - Formation à l'écoute et aux principes de l'information-conseil pour la réduction des risques liés à la sexualité et à une approche respectueuse des choix d'orientation sexuelle - Formation théorique et pratique à l'utilisation de TROD Principe du traitement post exposition |
| <p>Public</p> | <p>Tout professionnel de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des services de médecine interne - des services prenant en charge les infections à VIH - des services des urgences - des consultations de dépistage anonyme et gratuit et des lieux de prise en charge des IST - des services de gynécologie, obstétrique - des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et de protection maternelle et infantile (PMI) - des centres d'orthogénie - des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) <p>des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD)</p> |
| <p>Observations complémentaires</p> | <p>Durée : 2 jours 20 personnes maximum par formation pour permettre les échanges</p> |

ANNEXE 31

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Tuberculose nosocomiale: prévention de la transmission croisée |
| Contexte | <p>La tuberculose devenant plus rare, les précautions de base permettant d'éviter précocement sa diffusion en établissement de soin peuvent être négligées.</p> <p>Modèle de transmission aérogène/aérienne les précautions à prendre à son endroit constituent également une formation aux autres maladies en partie ou totalement à transmission aérienne (SRAS, grippe, pneumonies à Strept pncc, etc)</p> <p>L'exposition du personnel de soins lors de manœuvres spécifiques ou de soins de base les expose particulièrement ; les enquêtes épidémiologiques en milieu de soin peuvent être fastidieuses avec des décisions thérapeutiques complexes : la prévention, la vigilance, et l'application des protocoles sont donc très nécessaires</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Connaissance des bases épidémiologiques et physiopathologiques de la transmission aérienne</p> <p>Pratique des protocoles d'isolement présomptif des cas possiblement tuberculeux</p> <p>Compréhension du cadre des enquêtes en milieu de soin autour d'un cas de TB</p> <p>Eveil à l'identification des facteurs de risque –cliniques, géographiques, sociaux- de Tuberculose multirésistante</p> <p>Savoir faire sans faille concernant les précautions « Air »</p> <p>Savoir communiquer avec les patients et les accompagnants pour la mise en œuvre de ces précautions, dès l'admission en cas de suspicion</p> |
| Éléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> - bases épidémiologiques de TB et TB multirésistantes - notions approfondies sur la transmission aérienne (distances, ventilation, renouvellement air, pression négative) - aperçu des facteurs de transmission / contagiosité de la tuberculose, durée de la transmission, manœuvres de soins à risque (ventilation, aspiration) - rappel des signes évocateurs de tuberculose et des terrains favorables - explication des enquêtes nosocomiales et sur le traitement des Infections Tuberculeuses Latentes en milieu de soin - exercices pratiques de mise en œuvre des mesures d'isolement avec l'ensemble de l'équipe soignante et les autres services impactés - jeux de rôle pour appréhender les techniques de communication avec les patients et les accompagnants pour ces précautions et cette maladie stigmatisante - exercices pratiques avec les masques de protection respiratoire /fuites - rappels sur les tests immunologiques pour le suivi préventif du personnel de soin. |

ANNEXE 31

| | |
|-------------------------------------|---|
| Public | Infirmiers, Aides-soignants Manipulateurs radio Personnels des urgences |
| Observations complémentaires | Thème mixte couvrant à la fois la vigilance pour une pathologie moins fréquente, la compréhension des facteurs de risque, la pratique de mesures de précaution fondamentales utiles dans d'autres épidémies, des habitudes spécifiques de prévention (précautions, protections personnelles) mais aussi de communication (équipe de soin, relation avec les accompagnants, communication entre services de soins etc. |

ANNEXE 32

| AXE 2013 | |
|-----------------|---|
| Intitulé | Diagnostic de la dengue et du chikungunya et notions de base en entomologie médicale |
| Contexte | <p>Le moustique <i>Aedes albopictus</i> est un moustique originaire d'Asie implanté depuis de nombreuses années dans certains départements français d'outre-mer de l'Océan Indien. En métropole, ce moustique s'est implanté durablement et développé de manière significative dans les départements des Alpes-Maritimes (depuis 2004), de Haute-Corse (2006), de Corse du Sud et du Var (2007). En 2010, <i>Aedes albopictus</i> s'est installé dans les Alpes- de- Haute-Provence et les Bouches-du-Rhône, notamment dans certains quartiers de Marseille. En 2011, dans le Gard et l'Hérault de la région Languedoc-Roussillon et Il a été observé ponctuellement et éliminé dans plusieurs communes de la région Rhône-Alpes.</p> <p>Ce moustique d'une espèce particulièrement nuisible peut, dans certaines conditions transmettre des maladies telles que la dengue ou le chikungunya.</p> <p>En 2010, les territoires des départements français d'Amérique (DFA) ont connu une épidémie de dengue de grande ampleur. De nombreux cas d'arbovirose importés ont été identifiés en métropole, et en particulier dans des zones où ce moustique potentiellement vecteur est implanté. La survenue de deux cas autochtones de dengue à Nice, puis de deux cas autochtones de chikungunya à Fréjus a concrétisé cette menace. Le déclenchement des mesures de contrôle de la dissémination a permis de limiter la diffusion de ces arboviroses et de démontrer la pertinence du dispositif mis en place depuis 2006.</p> <p>Bien que la dengue et le chikungunya ne soient pas endémiques en métropole, le risque épidémique ne peut être écarté. Le risque que des voyageurs, provenant de zones d'endémie et présentant une de ces pathologies, puissent introduire le virus est particulièrement élevé dans les lieux et durant les saisons où le moustique vecteur <i>Aedes albopictus</i> est présent et actif.</p> <p>La surveillance des cas humains est basée sur la déclaration obligatoire. Les données épidémiologiques, notamment celles concernant le niveau de circulation des virus de la dengue et du chikungunya, sont suivies chaque année afin d'évaluer, les risques d'importation en métropole et d'ajuster le cas échéant les mesures, notamment en ce qui concerne la communication.</p> <p>Pour limiter le risque d'importation et d'implantation des maladies vectorielles en métropole, le ministère chargé de la santé a élaboré un plan national anti-dissémination du chikungunya et de la dengue dès mars 2006. Ce plan prévoit de (i) renforcer la surveillance entomologique et épidémiologique pour prévenir et évaluer les risques de dissémination, (ii) renforcer la lutte contre les moustiques vecteurs, (iii) informer et mobiliser la population et les professionnels</p> |

ANNEXE 32

| | |
|-------------------------------------|--|
| | de santé et (iv) développer la recherche et les connaissances. Pour empêcher toute dissémination, il est donc essentiel de pouvoir détecter précocement la présence du vecteur <i>Aedes albopictus</i> et de patients potentiellement virémiques. |
| Objectifs de la formation | Connaissances de base en entomologie médicale, notamment sensibilisation des personnels des établissements de santé situés dans les départements colonisés par <i>aedes albopictus</i> . Connaissance du système de déclaration renforcée des cas suspects de dengue et de chikungunya dans ces départements |
| Eléments du programme | <p>Organisation de la déclaration obligatoire et de la déclaration renforcée des cas suspects de dengue et de chikungunya</p> <p>Notions de base en entomologie médicale et en moyens de lutte à déployer dans un établissement de santé ayant un département des maladies infectieuses et tropicales et situés dans des départements colonisés par <i>aedes albopictus</i> (cf. Fiche 7 de l'instruction annuelle de mise en œuvre du plan anti dissémination)</p> <p>En parallèle et dès le niveau 1, les établissements doivent adopter une attitude de prévention se traduisant notamment par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un programme de lutte anti-vectorielle (repérage et élimination mécanique des gîtes larvaires, traitement par un opérateur conformément aux dispositions prévues par le ou les arrêtés préfectoraux relatifs à la lutte contre les moustiques en application de la loi n°64-1246 du 16 décembre 1964, etc.), - un plan de protection des usagers et des personnels contre les piqûres de moustiques (moustiquaires, diffuseurs, etc.), - un plan d'information et de formation des personnels de l'établissement avec, au besoin, l'appui de l'ARS : à la fois des personnels de maintenance notamment pour la lutte anti-vectorielle et des personnels de santé susceptibles d'intervenir dans le domaine de l'éducation à la santé (maternité, médecine néonatale et réanimation infantile, urgences, etc.) - un renforcement des mesures de précaution universelles lors des soins afin d'éviter tout accident d'exposition au sang ou transmission nosocomiale lors de soins. |
| Public | Personnels chargés de l'organisation au sein d'un établissement de santé du programme de lutte anti-vectorielle, du plan de protection des usagers et personnels, du plan d'information et de formation du personnel Responsables de la gestion des risques au sein des hôpitaux, Tout personnel de l'établissement |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 33

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|---|
| Intitulé | Rougeole : formation à la conduite à tenir autour d'un cas de rougeole en milieu de soins / recommandations vaccinales en milieu professionnel |
| Contexte | <p>La France s'est engagée dans une politique d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale, suivant en cela l'initiative de la zone Europe de l'OMS et a élaboré en 2005 un Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale. L'objectif pour la zone OMS-Euro est fixé à 2015. Les différentes mesures prévues dans le plan d'élimination ont été mises en place autant sur le plan de la surveillance épidémiologique (déclaration obligatoire de la maladie, confirmation biologique de la maladie) que des mesures de gestion autour d'un cas pour éviter la diffusion de la maladie. Ces mesures ont été déclinées dans une circulaire en 2005, actualisée en 2009.</p> <p>La France métropolitaine a subi en 2011 une 3^{ème} vague épidémique de grande ampleur depuis la recrudescence de la rougeole constatée en France métropolitaine en 2008. Celle-ci touche l'ensemble des départements de la métropole et diffère en cela l'objectif d'élimination. Cette épidémie expose notamment les personnes à risque de complications (enfants de moins de un an, immunodéprimés, femmes enceintes,...), notamment dans les établissements de soins. Plusieurs épisodes nosocomiaux ont été notifiés depuis 2010. Cette épidémie expose par ailleurs à l'exportation de cas dans des pays ou des zones Oms en voie d'élimination de la rougeole, notamment dans les COM situés en zone OMS-Amérique (Départements français d'Amérique).</p> <p>Ces mesures de gestion autour d'un cas visant à éviter la diffusion de la maladie en milieu de soins ont autant d'importance en période épidémique qu'à moyen terme, quand la France sera à nouveau en phase de pré-élimination. Elles doivent en effet contribuer à prévenir la survenue d'une 4^{ème} vague de grande ampleur et à terme, à atteindre l'objectif d'élimination que s'est fixé la région OMS-Europe en 2015. Il est donc important de souligner l'importance de la mise en œuvre de l'ensemble de ces mesures de surveillance et de contrôle autour des cas de rougeole. Une attention doit également être portée sur l'importance des recommandations vaccinales des professionnels de santé, notamment en établissement de soins.</p> |
| Objectifs de la formation | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilisation des équipes de soins à la rougeole, sa réémergence depuis 2008, les risques en milieu de soins (épisodes nosocomiaux) et, à terme, à l'objectif d'élimination. 2. Sensibilisation des équipes de soins aux recommandations vaccinales ROR en milieu professionnel, notamment pour les étudiants en stage en milieu de soins (<i>cf. calendrier vaccinal 2012</i>) 3. Application de la fiche 5 de la circulaire DGS/R11/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés : <u>Conduite à tenir autour d'un cas de rougeole en milieu de soins.</u> (<i>disponible sur sante.gouv.fr, rubrique rougeole</i>) |

ANNEXE 33

| | |
|-------------------------------------|--|
| Eléments du programme | <p>Sensibilisation des personnels de soins aux :</p> <ul style="list-style-type: none">- mesures à mettre autour d'un cas de rougeole en milieu de soins afin de limiter la diffusion du virus au sein des établissements hospitaliers, notamment dans les SAU et les services accueillant des personnes à risques de formes graves de rougeole (pédiatrie, maternité, oncologie, infectiologie,...),- recommandations vaccinales rougeole telles qu'indiquées dans le calendrier vaccinal en milieu professionnel (<i>calendrier vaccinal 2012</i>). |
| Public | <p>Personnels de soins, en formation, à l'embauche ou en poste, des établissements de santé, notamment dans les SAU et services de maternité, pédiatrie, services accueillant des patients à risque (immunodéprimés,...), etc...</p> |
| Observations complémentaires | <p>Cette formation devrait idéalement s'effectuer en lien avec les services d'infectiologie (ou référents), les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière et la médecine du travail des établissements.</p> |

ANNEXE 34

| AXE 2013 | |
|-----------------|--|
| Intitulé | Construction d'un projet de chirurgie ambulatoire |
| Contexte | <p>La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une pratique centrée sur le patient. Véritable saut qualitatif de la prise en charge, son bénéfice n'est plus à démontrer : d'abord et surtout bénéfice et satisfaction pour le patient ; en termes de qualité et de sécurité des soins chirurgicaux (moindre exposition aux infections nosocomiales) ; en termes d'optimisation et d'efficience de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie et de satisfaction des personnels ; en terme d'efficience du système de soins.</p> <p>Tous les acteurs défendent la vision d'une chirurgie « qualifiée » et « substitutive ». Il s'agit en effet de combattre la vision erronée présentant la chirurgie ambulatoire comme la réalisation d'actes de « petite » chirurgie alors qu'elle peut aussi recouvrir des actes de haute technicité.</p> <p>Des leviers pluriels ont été mobilisés ces dernières années par le ministère de la santé et la CNAMTS, avec comme objectif le développement de la chirurgie ambulatoire par les établissements de santé en substitution à l'hospitalisation complète.</p> <p>La politique d'incitations tarifaires, menée par la DGOS depuis 2005, a été renforcée dans le cadre des campagnes tarifaires 2011 et 2012 (une vingtaine de nouveaux GHM à tarif unique en 2011 entre le niveau 1 de sévérité et l'ambulatoire ; suppression de certaines bornes basses ; revalorisation tarifaire des séjours ambulatoires au niveau de leurs coûts ajustés...).</p> <p>La procédure de mise sous accord préalable, débutée par la CNAMTS en 2008, va être étendue à 38 gestes en 2012.</p> <p>Un programme national ANAP/HAS a été lancé à la demande du ministère pour élaborer des outils organisationnels à destination des établissements de santé et des ARS.</p> <p>Des travaux sont en cours au ministère pour élaborer des indicateurs relatifs à la qualité/sécurité des soins en chirurgie ambulatoire.</p> <p>Malgré des résultats encourageants, le taux global de chirurgie ambulatoire, bien que croissant, reste encore insuffisant (32% en 2007, 37% en 2010). Malgré des progrès importants, la France continue d'accuser un certain retard par rapport à certains pays de l'OCDE¹.</p> <p>Il existe, en outre, d'importantes disparités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intersectorielles en faveur du privé (taux de chirurgie |

¹ Taux de chirurgie ambulatoire : 65% au Canada (2007), 57% au Royaume-Uni (2008); 50% : Pays-Bas (2007) ; 25% : Allemagne (2008) 36% : Espagne (2008) - source Eco-Santé OCDE

ANNEXE 34

| | |
|--|---|
| | <p>ambulatoire global : 46% versus 26% dans le secteur public en 2010), même si la chirurgie ambulatoire a progressé plus vite dans le secteur public ces dernières années,</p> <ul style="list-style-type: none"> - interrégionales et surtout au niveau des territoires de santé, des établissements de santé (20% d'écart entre les régions métropolitaines), - entre les types de prises en charge chirurgicales. <p>Un des leviers du développement de la chirurgie ambulatoire concerne l'amélioration de la formation des professionnels impliqués. En effet, la « culture » de la chirurgie ambulatoire est encore insuffisamment répandue parmi les équipes hospitalières. Faute de connaissances, ces dernières ne mobilisent pas suffisamment les outils (pourtant disponibles) qui leur permettraient de mettre en place une organisation appropriée dans le cadre d'un projet médical.</p> <p>Cette évolution majeure pour la chirurgie, toutes disciplines confondues, impose donc une adaptation des mentalités et des pratiques, qui passe avant tout par l'information et la formation des professionnels de santé à tous les niveaux.</p> |
| <p>Objectifs de la formation</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Acquérir une culture de la chirurgie ambulatoire - S'approprier les outils existants permettant de définir un parcours de soins en chirurgie ambulatoire et d'élaborer et de mettre en œuvre un projet de chirurgie ambulatoire |
| <p>Éléments du programme</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Formation théorique sur les aspects réglementaires, les bonnes pratiques dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, à l'appui des recommandations existantes (HAS, ANAP, AFCA...) - Réalisation d'un état des lieux de l'offre et de la demande de chirurgie ambulatoire dans son établissement - Définition d'objectifs de développement - Définition pratique d'un parcours de soins et utilisation des outils disponibles : organisation des flux, gestion sécurisée des risques, harmonisation des procédures, gestion concertée de l'information... - Méthode d'élaboration d'un projet d'organisation au sein d'une unité de chirurgie, indicateurs d'évaluation - Utilisation des outils organisationnels en cours d'élaboration par l'ANAP - Définition et utilisation d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en chirurgie ambulatoire. |
| <p>Public</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Cadres de santé, hygiénistes, médecins - IDE (bloc, anesthésistes, consultation, hospitalisation) - Personnel administratif encadrant (DH, AAH, ...) et non encadrant (secrétaires, personnel d'accueil) |
| <p>Observations complémentaires</p> | |

ANNEXE 35

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Construction d'un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) |
| Contexte | <p>Prévu dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, traduit au plan réglementaire par onze décrets d'application publiés les 1er et 11 janvier 2012, le Développement Professionnel Continu (DPC), se met actuellement en place. Ce nouveau dispositif nécessite encore quelques étapes clés nécessaires pour sa mise en œuvre opérationnelle, notamment en matière de création des instances de gouvernance à travers les Commissions Scientifiques Indépendantes (CSI) et la création du groupement d'intérêt public : l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC).</p> <p>A partir du 1^{er} janvier 2013, chaque professionnel de santé devra s'inscrire dans un programme de DPC.</p> <p>Une AFN récente porte sur l'architecture du nouveau dispositif du DPC, cette nouvelle démarche et les articulations à construire entre actions de formation et programmes de DPC, entre plan de formation et plan de DPC.</p> <p>Concrètement le dispositif du DPC doit permettre notamment aux cadres de santé, aux médecins, aux pharmaciens mais aussi aux organisations syndicales d'un établissement de s'approprier l'élaboration d'un programme de DPC et de renforcer ainsi les synergies entre professionnels pour les impliquer de façon positive. Ce système renforce la possibilité d'inter-professionnalité nouvellement offerte aux professionnels de santé de remplir leur obligation de DPC en suivant des programmes de DPC.</p> |
| Objectifs de la formation | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer différents modèles de programmes de DPC • Sélectionner les méthodes proposées par la HAS • Identifier les orientations nationales et régionales de DPC en lien avec le projet d'établissement. • Repérer les acteurs partenaire et les outils institutionnels du dispositif du DPC (directions qualité, certification, gestion des risques, vigilances, évaluation externe et interne des établissements et services médico-sociaux par l'ANESM,...) • Inscrire les programmes de DPC dans une démarche de développement des compétences collectives |
| Éléments du programme | <p>Les critères des programmes de DPC</p> <p>Les méthodes et modalités validées par la HAS : comment les intégrer et les combiner au sein d'un programme de DPC</p> <p>Procédure au sein de l'établissement à partir de la publication de l'arrêté fixant les orientations nationales de DPC</p> <p>Travail de collaboration avec les acteurs impliqués dans la certification, les vigilances, les évaluations</p> <p>Organisation des concertations avec les instances représentatives et les partenaires sociaux</p> |

ANNEXE 35

| | |
|-------------------------------------|--|
| | Construction d'un plan de DPC de pôle et du plan de DPC de l'établissement |
| Public | <ul style="list-style-type: none">- Personnels de soins : cadres (de santé, sociaux-éducatifs et sages-femmes), médecins, pharmaciens- Représentants des organisations syndicales au sein des comités techniques d'établissement, comités médicaux d'établissement, commission soins infirmiers, rééducation et médico-technique, etc...- Les services de formation et les ressources humaines |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 36

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Formation des tuteurs de stage des étudiants paramédicaux |
| Contexte | <p>Dans le cadre des accords de Bologne (1999), la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur se caractérise, notamment, par l'application au niveau national d'une architecture des études fondée sur les trois grades de licence, master et doctorat (LMD) et la mise en œuvre du système européen d'unités d'enseignement capitalisables et transférables, dit système de crédits ECTS.</p> <p>Ainsi, une réforme majeure touche l'ensemble des formations paramédicales.</p> <p>Le contenu de la formation vise de manière explicite l'acquisition de compétences.</p> <p>Cette réforme mène à des diplômes d'Etat rénovés dont le niveau permet d'obtenir un grade universitaire.</p> <p>Le rôle des tuteurs de stage est directement impacté par cette réforme. Il appartient aux tuteurs de guider l'étudiant dans l'acquisition des compétences et l'analyse des situations professionnelles rencontrées. De plus, les modalités d'évaluation de l'étudiant en stage ont été modifiées, il convient donc d'accompagner les professionnels qui encadrent les étudiants dans leur nouveau rôle.</p> |
| Objectifs de la formation | <ul style="list-style-type: none"> - Accompagner les tuteurs dans la mise en œuvre des nouvelles modalités d'encadrement en stage ; - Favoriser le développement et le renforcement de méthodes pédagogiques centrées sur l'acquisition de compétences, l'analyse de situations professionnelles et la posture réflexive |
| Éléments du programme | <p>La réforme, le contexte, les principes, les enjeux ;</p> <p>Les méthodes d'apprentissage en relation avec les principes de la réforme : analyses de situation, développement de la réflexivité chez l'étudiant ;</p> <p>L'appropriation des notions de compétences (de savoir-faire déduits des activités, ainsi que des connaissances associées nécessaires à la mise en œuvre des savoir-faire) ;</p> <p>L'évolution du rôle des tuteurs ;</p> <p>La construction de parcours de stage professionnalisant et de situation d'apprentissage ;</p> <p>L'encadrement en stage et le partenariat avec les instituts de formation.</p> |
| Public | Les tuteurs des établissements de santé et médico-sociaux accueillant des étudiants en stage. |

ANNEXE 36

| | |
|-------------------------------------|--|
| Observations complémentaires | <p>Deux formations déjà ré- ingéniées : infirmiers et ergothérapeutes Quatre formations ré-ingéniées à compter de la rentrée de septembre 2012 : infirmier anesthésiste, masseur kinésithérapeute, manipulateur en électrologie médicale, pédicure-podologue.</p> <p>L'ensemble des formations paramédicales ré-ingéniées pour les années 2013/2014.</p> |
|-------------------------------------|--|

ANNEXE 37

| AXE 2013 | |
|----------------------------------|--|
| Intitulé | Déclaration des événements indésirables graves (EIG), des vigilances et signalements des infections nosocomiales (IN). |
| Contexte | <p>L'organisation locale, régionale et nationale des vigilances est hétérogène. Il existe par ailleurs près de 21 vigilances à ce jour (voir les travaux du CASA). Voici une liste non exhaustive des vigilances sanitaires et systèmes de signalements liés au système de production de soins en vigueur à ce jour :</p> <p>Guichet des erreurs médicamenteuses/ pharmaco- vigilance/ hémo-vigilance/matéριο- vigilance/ réacto- vigilance/addicto- vigilance/ pharmaco-dépendance/ toxico-vigilance/ /AMP-vigilance / radio-vigilance/ Evénements porteurs de risques/ évènements indésirables graves/ maladies à déclarations obligatoires/ Infections Nosocomiales/nutrivigilance.</p> <p>Les signalements sont très importants dans la détection et la gestion des alertes sanitaires, une meilleure pertinence, exhaustivité et réactivité des déclarations est donc nécessaire afin d'améliorer la veille et l'alerte sur ces questions de santé publique.</p> <p>En termes de politique de gestion des risques et de la qualité au sein des établissements, les vigilances et les signalements participent à la prévention des risques, la mise en place de comités de retours d'expérience et développement d'une culture de sécurité transparente et réactive.</p> |
| Objectifs de la formation | Sensibilisation des professionnels de santé, connaissance des circuits, meilleure exhaustivité et réactivité des déclarations et signalements, meilleure qualité des contenus de déclaration. |
| Eléments du programme | <ul style="list-style-type: none"> • Qui déclare ? • Que déclarer ? <p>Cartographie des risques et des vigilances qui y sont associées Périmètre des EIG/ vigilances/ IN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment ? <p>Connaissance des circuits d'organisation et de gestion de la vigilance du niveau local jusqu'au niveau national. Identifier les agences sanitaires en charge de la gestion des vigilances et des signalements, les structures d'appui en région et le rôle de l'ARS sur ces sujets Recensement des procédures existantes et des fiches types de déclaration Dématérialisation, signalement électronique quand le circuit existe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quand déclarer ? <p>Quels délais de déclaration ou de signalement s'appliquent ?</p> |

ANNEXE 37

| | |
|-------------------------------------|---|
| Public | coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, responsable de système de management de la qualité, tout professionnel de santé |
| Observations complémentaires | |

ANNEXE 38

| AXE 2013 | |
|-----------------|---|
| Intitulé | Formation à la démarche palliative et à l'accompagnement des personnes en fin de vie des personnels confrontés à des situations de fin de vie en dehors des services spécialisés. |
| Contexte | <p>Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. (Article L1110-9 Code de la santé publique).</p> <p>Pour garantir ce droit, le programme national de développement des soins palliatifs (2008-2012) vise, au delà du développement de l'offre, à diffuser la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels intervenant auprès de personnes en fin de vie.</p> <p>Les personnels des Unités de soins palliatifs (USP) doivent avoir reçu une formation de type « approfondissement en soins palliatifs et à l'accompagnement » et les personnels des services disposant de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) doivent bénéficier d'une formation en soins palliatifs et connaître la démarche palliative. (DIU Soins palliatifs)</p> <p>Toutefois, la formation à la démarche palliative ne doit pas être réservée à ces personnels. L'enjeu essentiel du programme consiste en effet à acculturer les différents professionnels à la démarche palliative et à l'accompagnement quelque soit leur service / lieu d'exercice (court séjour, USLD, établissements médico-sociaux, ...)</p> <p>Cet objectif qui avait fait l'objet d'un axe de formation en 2009, nécessite d'être réaffirmé lors de la dernière année du programme (2008-2012).</p> <p>La dynamique de formation engagée dans les établissements de la fonction publique hospitalière doit s'articuler avec les dispositifs visant l'amélioration des pratiques professionnelles. Le critère « <i>Prise en charge et droits des patients en fin de vie</i> » (13.a) du manuel de certification V2010 constitue l'un de ces dispositifs. Il permet d'une part de valoriser les actions de formation réalisées et d'autre part de mesurer le déploiement de la démarche palliative dans les services non spécialisés en soins palliatifs.</p> <p>Les textes de référence sont notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (annexée de référentiels d'organisation des soins relatifs aux unités, équipes mobiles, et lits identifiés de soins palliatifs ainsi qu'aux soins palliatifs en hospitalisation à domicile) - Circulaire DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs - Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements de santé (2004) |

ANNEXE 38

| | |
|-------------------------------------|---|
| | Soins palliatifs, repères pour votre pratique, INPES, 2009. |
| Objectifs de la formation | <p>Approfondir des connaissances dans le domaine des sciences biomédicales et des sciences humaines, pour développer une approche centrée sur la personne en fin de vie, dans son contexte familial, social et culturel.</p> <p>Acquérir des compétences cliniques, thérapeutiques, relationnelles, éthiques pour assurer à la personne soignée la qualité des soins et la meilleure qualité de vie jusqu'à sa mort et pour favoriser l'implication des participants dans les différents projets de soins palliatifs, tant au domicile qu'en institutions, dans le souci de la pluridisciplinarité et du travail en réseau.</p> |
| Éléments du programme | <p>Connaissances théoriques et pratiques en soins palliatifs et en accompagnement</p> <p>Connaissance des dispositions prévues par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et par la loi dite Léonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.</p> <p>Principes éthiques (principe d'autonomie, de bienfaisance et non malfaisance, justice-équité, ..)</p> <p>Connaissance et apprentissage du travail interdisciplinaire</p> |
| Public | <p>Cette formation visera particulièrement les personnels fréquemment confrontés à des situations de fin de vie et exerçant dans les unités de soins non spécialisées en soins palliatifs.</p> <p>Catégories d'établissements : Médecine et Chirurgie, SSR, SLD, ex hôpitaux locaux</p> <p>Catégories socioprofessionnelles : infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, assistant social, médecin</p> |
| Observations complémentaires | |