



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

Personne chargée du dossier :  
Farahnaz, Emma SOROUSH  
tél. : 01 40 56 69 53  
[emma.sorouch@sante.gouv.fr](mailto: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/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013** sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

NOR : AFSH1318998C

Classement thématique : établissements de santé

**Validée par le CNP 12 juillet 2013 - Visa CNP 2013-163**

**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 :** Axes prioritaires 2014 pour le développement des compétences des personnels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière

**Mots-clés :**

Plan de formation – Plan de Développement Professionnel Continu – Thématiques prioritaires Actions de Formation Nationales et programmes de Développement Professionnel Continu nationaux prioritaires

**Textes de référence :**

-Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière  
-Décret n°2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux  
-Décret n°2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu  
-Décret n°2012-30 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique du Haut Conseil des Professions Paramédicales

**Annexes :**

Annexe 1 : Renforcer le développement d'une culture d'évaluation et de prévention des risques professionnels dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière

Annexe 2 : Qualité de vie au travail : responsabilité sociale et exigence de management durable

Annexe 3 : Professionnalisation des jurys de concours : sécurité juridique, égalité des chances

Annexe 4 : Principes et fondements de la laïcité

Annexe 5 : Egalité homme-femme : lutter contre les stéréotypes

Annexe 6 : Informatisation de la production de soins : impact sur le secret médical et la confidentialité des données de santé

Annexe 7 : Améliorer l'accès au dossier médical

Annexe 8 : Fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes du parcours de soins

Annexe 9 : Démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie en dehors des services spécialisés

Annexe 10 : Evaluation et prise en charge de la douleur

Annexe 11 : Déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance

Annexe 12 : Accueil et prise en charge des personnes handicapées

Annexe 13 : Pertinence des soins

Annexe 14 : Prise en charge de l'autisme

Annexe 15 : Repérage précoce et intervention brève (RPIB) concernant les conduites addictives particulièrement chez les jeunes

Annexe 16 : Interfaces « ville-hôpital » : la sortie du patient hospitalisé

Annexe 17 : Qualité du partenariat entre établissements d'HAD et établissements sociaux et médico-sociaux à l'occasion de la prise en charge conjointe d'un résident/patient

Annexe 18 : Qualité du dialogue social dans les établissements de la fonction publique hospitalière

Annexe 19 : Animer le travail d'équipe: qualité du travail, qualité de vie au travail

Annexe 20 : Parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

Annexe 21 : Gestion des risques associés aux soins en équipe

**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

La présente circulaire a pour objet de communiquer aux établissements relevant de la fonction publique hospitalière, les axes et actions prioritaires à mettre en œuvre pour l'année 2014 dans le cadre de leur plan de formation et de leur plan de Développement Professionnel Continu. Elle doit faciliter la construction de ces plans dans chaque établissement.

Sont ainsi proposés pour 2014, dix-sept actions prioritaires de formation et de développement professionnel continu, deux actions de formation nationales (AFN) et deux programmes nationaux de développement professionnel continu.

## **I- FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE ET DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU, DEUX DISPOSITIFS A ARTICULER AU SEIN DES ETABLISSEMENTS**

Avec l'engagement des établissements et de l'ANFH, les dispositifs de formation professionnelle tout au long de la vie, contribuent au développement des compétences des professionnels exerçant dans les établissements de la Fonction Publique Hospitalière.

Les textes relatifs à la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu (DPC) publiés en janvier 2012, instaurent depuis 2013 une nouvelle obligation annuelle pour les professionnels de santé. Les professionnels concernés sont les médecins, les chirurgiens dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens et l'ensemble des professionnels de santé paramédicaux inscrits au code de la santé publique.

Ce nouveau dispositif doit être conçu comme un dispositif complémentaire au service du développement des compétences permettant d'inciter les établissements :

- à le généraliser pour toutes les catégories professionnelles, afin de favoriser de nouvelles approches en matière de formation et d'analyse des pratiques professionnelles. Le développement des compétences qu'il se mette en œuvre via la formation ou via le DPC, ne peut plus se réduire au suivi d'actions de formation présentielle mais nécessite la construction d'un parcours faisant alterner des apports cognitifs et l'évaluation des pratiques.
- à privilégier des actions de développement des compétences en équipe qui associent soignants et non soignants, médecins et professionnels de santé paramédicaux. Les établissements sont donc incités à associer largement le personnel médical aux actions mises en œuvre.

Il est donc important que chaque établissement puisse concevoir, *dans une logique intégrative*, un plan global de développement des compétences en appui de ses objectifs et de ses projets comprenant un axe de formation et un axe de DPC.

## **II-DES PRIORITES D'ACTION POUR LES ETABLISSEMENTS RELEVANT DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE**

Il appartient à chaque établissement en fonction de ses enjeux, de ses projets et du recensement des besoins des agents de définir ses priorités d'action en matière de développement de compétences.

La présente circulaire a pour objet de proposer aux établissements de santé relevant de la Fonction Publique Hospitalière des priorités d'actions en matière de formation comme de développement professionnel continu. Elles sont cohérentes avec les orientations nationales de DPC définies par l'arrêté en date du 26 février 2013.

Ces priorités visent à soutenir les dynamiques d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients. Il est apparu à ce titre important de relayer plusieurs thématiques érigées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) dans le cadre de la 3ème procédure de certification des établissements sanitaires et autour desquelles le développement de programmes de DPC en équipe est susceptible d'apporter des améliorations en termes d'organisation, de pratiques et de service rendu aux patients.

Elles relaient également les objectifs de la Stratégie Nationale de Santé autour de la prise en charge en équipe, au service de la mise en œuvre d'une médecine de parcours.

Elles proposent enfin des pistes concrètes au sein des établissements, qui font suite aux débats du pacte de confiance pour l'hôpital autour des questions relatives à l'amélioration du dialogue social et du management.

**Ces priorités d'actions 2014 se déclinent soit en axes de formation (1), soit en axes de programmes de DPC (2) proposés aux établissements. Ces priorités ont été examinées par la commission de formation professionnelle du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière réunie le 18 avril dernier.**

Sont également retenus après concertation avec les membres de cette commission, **deux actions de formation nationales (AFN) et deux programmes nationaux de développement professionnel continu (3).**

La Direction générale de l'offre de soins, en collaboration avec l'Association Nationale pour la Formation Permanente du personnel Hospitalier (ANFH), élaborera le cahier des charges de ces actions et programmes et sélectionnera les organismes avec lesquels les établissements pourront passer marché, notamment par l'intermédiaire de l'ANFH, s'ils en sont adhérents.

Chaque priorité fait l'objet d'une fiche synthétique qui en résume les objectifs et les publics cibles. Ces fiches constituent des orientations mais ne valent pas cahiers des charges ni programmes pédagogiques.

## **1-Axes prioritaires 2014 en matière de formation**

### ***1-1. Développement des ressources humaines : conditions de travail, parcours professionnels, qualité de vie au travail***

- Renforcer le développement d'une culture d'évaluation et de prévention des risques professionnels dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière (annexe 1)
- Qualité de vie au travail : responsabilité sociale et exigence de management durable (annexe 2)
- Professionnalisation des jurys de concours: sécurité juridique, égalité des chances (annexe 3)

### ***1-2.Prise en compte des évolutions sociétales dans les établissements de la fonction publique hospitalière***

- Principes et fondements de la laïcité (annexe 4)
- Egalité Femme-Homme: lutter contre les stéréotypes dans la fonction publique hospitalière (annexe 5)

### ***1- 3.Evolution des compétences professionnelles***

- Informatisation de la production de soins : impact sur le secret médical et la confidentialité des données de santé (annexe 6)
- Améliorer l'accès au dossier médical (annexe 7)
- Fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes du parcours de soins (annexe 8)

## **2- Axes prioritaires 2014 en matière de programmes de développement professionnel continu**

### ***2-1.Qualité et sécurité des prises en charge***

- Démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie en dehors des services spécialisés (annexe 9)
- Evaluation et prise en charge de la douleur (annexe 10)

- Déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance (annexe 11)
- Accueil et prise en charge des personnes handicapées (annexe 12)
- Pertinence des soins (annexe 13)

## **2-2 Santé publique et parcours de soins**

- Prise en charge de l'autisme (annexe 14)
- Repérage précoce et intervention brève (RPIB) concernant les conduites addictives particulièrement chez les jeunes (annexe 15)
- Interfaces « ville-hôpital » : la sortie du patient hospitalisé (annexe 16)
- Qualité du partenariat entre établissements d'HAD et établissements sociaux et médico-sociaux (annexe 17)

## **3-Actions de formation nationales et Programmes nationaux de développement professionnel continu**

### **3-1. Actions de formation nationale**

- Qualité du dialogue social dans les établissements de la fonction publique hospitalière (annexe 18)
- Animer le travail d'équipe : qualité du travail, qualité de vie au travail (annexe 19)

### **3-2. Programmes nationaux de développement professionnel continu**

- Parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (annexe 20)
- Gestion des risques associés aux soins en équipe (annexe 21)

Les établissements sont invités par ailleurs à poursuivre certaines actions mises en œuvre depuis plusieurs années sur des thématiques de formation particulièrement importantes. Il s'agit *pour les actions s'intégrant dans le DPC*, de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, du bon usage des antibiotiques, de la prévention de l'apparition des résistances bactériennes, de la prévention et de la prise en charge des accidents liés au risque de transmission virale. Quant aux *actions de formation visant l'ensemble des personnels*, il est rappelé l'importance des actions relatives au droit des usagers, au développement durable, à la prévention des situations de violence ainsi qu'à la gestion financière des établissements.

J'attache de l'importance à ce que ces orientations soient largement mises en œuvre au profit des personnels et de la prise en charge des patients.

Pour la ministre et par délégation

**signé**

Jean DEBEAUPUIS  
Directeur général de l'offre de soins

**signé**

Denis PIVETEAU  
Secrétaire général des Ministères  
chargés des affaires sociales

## ANNEXE 1

<b>AXE 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Renforcer le développement d'une culture d'évaluation et de prévention des risques professionnels dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière</b>
<b>Contexte</b>	<p>La demande s'inscrit dans le contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de l'accord santé et la sécurité au travail du 20 novembre 2009 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> </li> <li>- du deuxième Plan 2010-2014 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 axes majeurs est la prévention des risques professionnels, en particulier des risques psychosociaux, du risque chimique, notamment les cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) et neurotoxiques, et des troubles musculo-squelettiques (TMS)</li> </ul>
<b>Objectifs de la formation</b>	<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"> <li>- 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 ;</li> <li>- 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 ;</li> <li>- 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;</li> <li>- s'approprier une méthodologie pour procéder à l'évaluation des risques professionnels ;</li> <li>- élaborer un plan de prévention</li> </ul>
<b>Éléments du programme</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les éléments importants de législation et de la réglementation applicable (code du travail ; code pénal)</li> <li>2. Méthodologie et des pratiques pour l'élaboration d'une politique de prévention des risques professionnels en milieu hospitalier</li> <li>3. Méthodologie 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</li> </ol>

	<p>remplissage, l'identification du danger, l'analyse du risque, et la mise à jour du</p> <p>4. Disposer d'outils méthodologiques pour connaître, objectiver et prévenir tout particulièrement les risques psychosociaux, les risques chimiques, notamment cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) et neurotoxiques dont l'amiante, les troubles musculo-squelettiques (TMS).</p>
<b>Public</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les responsables des ressources humaines et notamment, les agents chargés des risques professionnels au sein des directions des ressources humaines</li> <li>2. Les responsables de pôles</li> <li>3. Les représentants du personnel</li> <li>4. Le personnel d'encadrement des différentes filières professionnelles</li> <li>5. Les médecins du travail</li> </ol>

## ANNEXE 2

AXE 2014	
<b>Intitulé</b>	<p><b>Qualité de vie au travail : responsabilité sociale et exigence de management durable</b></p>
<b>Contexte</b>	<p>Les évolutions des organisations du travail dans l'ensemble des domaines d'activité et en particulier en santé, constatées depuis 20 à 30 ans, témoignent d'une intensification du travail.</p> <p>De nombreuses enquêtes font état de difficultés récurrentes relatives à la motivation, à l'implication, et à l'engagement des salariés dans le travail, quelles que soient les catégories professionnelles. Ajoutées au stress au travail, ces difficultés peuvent altérer la qualité de service et la santé des personnes, et également impacter la performance des établissements.</p> <p><b><i>En plus d'être un enjeu de santé et de bien-être au travail des professionnels de santé, la qualité de vie au travail renforce l'attractivité des emplois, le sentiment d'appartenance et la motivation ; elle est aussi pour les établissements de la FPH une condition incontournable de la qualité de prise en charge des patients.</i></b></p> <p>La qualité de vie au travail représente donc <b><i>une dimension essentielle de la responsabilité sociale des employeurs et des pratiques de management attractif permettant une fidélisation du personnel dans la durée</i></b>, au sein des établissements de la FPH</p> <p>Elle ne peut se développer que grâce à <b><i>un engagement collectif impliquant dirigeants, ensemble des professionnels et partenaires sociaux.</i></b></p> <p>En matière de qualité de vie eu travail, <b><i>l'exemple d'établissements attractifs parvenant</i></b> à fidéliser les personnels constituent des expériences de management durables qui <b><i>pourraient être reproduites.</i></b></p> <p>Les expériences de ces établissements ont en effet permis d'identifier 8 conditions essentielles à l'atteinte d'une bonne qualité de vie au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'autonomie professionnelle ;</li> <li>- Les supports fournis à l'activité ;</li> <li>- La sécurité au travail ;</li> <li>- L'information ;</li> <li>- La conciliation vie professionnelle et vie personnelle</li> <li>- Une bonne collaboration entre équipes médicales et paramédicales</li> <li>- La valorisation professionnelle</li> <li>- La conscience de faire du bon travail : ce qui implique que l'on débat sur le travail et que l'amélioration des pratiques est au cœur de l'activité.</li> </ul> <p>Cela induit le fait de « penser le travail autrement », d'intégrer le développement personnel et professionnel, ainsi que de pérenniser les équipes par rapport au turnover.</p> <p>Enfin, il convient de rappeler que le développement d'une politique de développement de la qualité de vie au travail est <b><i>un critère de certification des établissements dans le domaine du management.</i></b></p>



<b>Objectifs de la formation</b>	<p>Faire connaître aux participants <i>les exemples de management durable concernant la qualité de vie au travail</i> et notamment les expériences de certains établissements attractifs.</p> <p>Donner aux participants <b>les outils méthodologiques</b> permettant de <i>mettre en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail</i> correspondant à <i>un engagement collectif</i> impliquant la direction, l'encadrement, les médecins, les professionnels et les partenaires sociaux.</p>
<b>Eléments du programme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Concepts</b> de qualité de vie au travail, de responsabilité sociale et de management durable.</li> <li>• <b>Expériences de développement de qualité de vie au travail dans différentes entreprises</b> : facteurs permettant le développement de la qualité de vie au travail et exemple de « certains établissements attractifs ».</li> <li>• <b>Etablissement d'un diagnostic de la qualité de travail fondé</b> sur les indicateurs de santé et d'absentéisme, l'organisation de travail, l'environnement et les conditions matérielles de travail, sur l'existence ou non de supports d'informations, sur l'existence ou non de temps d'échanges au sein des équipes associant l'ensemble des professionnels y compris les médecins ; sur l'implication ou non de l'encadrement dans le développement professionnel des agents et dans leurs objectifs de parcours de carrière ; sur la possibilité d'une conciliation favorable de la vie professionnelle et de la vie privée.</li> <li>• <b>Mise en place d'une démarche de développement de la qualité de vie au travail au sein d'un établissement</b> : les leviers pour agir; les acteurs ; les précautions à prendre pour piloter la démarche; les indicateurs de suivi.</li> <li>• <b>Importance du rôle de l'encadrement dans la qualité de vie au travail</b> : proximité auprès des agents, information et communication; attention portée à la qualité de vie au travail comme condition même de la qualité de travail.</li> <li>• <b>Importance de l'équipe</b> et implication nécessaire de chaque agent dans le développement de la qualité de vie au travail (travail en équipe : travail solidaire, travail en sécurité et de qualité).</li> <li>• <b>Adhésion nécessaire des partenaires sociaux</b> à une démarche de qualité de vie au travail.</li> </ul>
<b>Public</b>	<p>Cadres dirigeants des établissements, responsables des ressources humaines, responsables de pôles ; tous personnels d'encadrement ; médecins du travail ; agents chargés des conditions de travail; assistantes sociales du personnel ; représentants des organisations syndicales.</p>

## ANNEXE 3

<b>AXE 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Professionalisation des jurys de concours : sécurité juridique, égalité des chances, amélioration du recrutement</b>
<b>Contexte</b>	<p><b>La modernisation de l'organisation et des épreuves des concours de recrutement dans la fonction publique</b> a été préconisée depuis 2008 par le ministre chargé de la fonction publique, dans l'objectif d'adapter les procédures de recrutement à l'évolution des structures, des besoins et des formations initiales, en rendant les épreuves de sélection moins académiques, moins centrées sur les connaissances, mais bien davantage ciblées sur les compétences, aptitudes et potentiels nécessaires à l'exercice des métiers de la fonction publique. Tout en simplifiant les dispositifs de recrutement, l'objectif était de s'orienter ainsi vers une professionnalisation et une amélioration de ces dispositifs.</p> <p>Si <b>dans la fonction publique hospitalière</b>, la majorité des effectifs est recrutée sur titres parmi les professions réglementées, la rénovation des concours concerne les autres corps: ainsi l'ensemble des concours et examens professionnels des corps administratifs et techniques de catégorie B a récemment fait l'objet d'une révision générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au niveau de l'écrit, remplacement des traditionnelles épreuves de rédaction ou de notes de synthèses par des épreuves de cas pratiques permettant d'apprécier la capacité d'analyse et de réflexion du candidat ; introduction d'épreuves de QCR (questions à réponses courtes) pour vérifier les connaissances fondamentales ;</li> <li>- à l'oral, généralisation de l'épreuve de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) pour les concours internes, « 3<sup>ème</sup> concours » et examens professionnels, la RAEP étant une mesure essentielle de l'objectif <b>de professionnalisation</b> ; épreuves comportant des mises en situation pour les concours externes.</li> </ul> <p>Cette évolution rend nécessaire une « <b>professionnalisation</b> » <b>des jurys de concours</b> au moyen d'une information et d'une formation adaptées.</p> <p>Enfin, il faut rappeler que l'un des six thèmes autour desquels s'articule <i>la Charte pour la promotion de l'égalité</i> dans la fonction publique, signée en décembre 2008 entre les ministre et secrétaire d'État chargés de la fonction publique et le président de la HALDE, concerne la non-discrimination dans les recrutements: l'engagement est de veiller aux conditions de recrutement pour répondre aux besoins sans discriminer, en généralisant la formation des jurys de concours, d'examens professionnels et des membres des commissions de sélection, notamment par une sensibilisation aux préjugés, stéréotypes et risques de discrimination et en veillant à ce que l'ensemble des personnes participant au processus de recrutement, soient en mesure de rendre compte de leur évaluation.</p>

<p><b>Objectifs de la formation</b></p>	<p><b>Instaurer de bonnes pratiques de recrutement dans l'organisation et le déroulement des concours, des examens professionnels et des commissions de sélection:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer une parfaite sécurité juridique des procédures de recrutement ;</li> <li>- Garantir l'égalité de traitement et de l'égalité des chances de tous les candidats ;</li> <li>- Introduire la lutte contre les stéréotypes et les discriminations dans les procédures de recrutement.</li> </ul> <p><b>Rendre effectif l'objectif de professionnalisation des recrutements :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Former les membres des jurys à la conception d'épreuves permettant d'identifier compétences et aptitudes à l'exercice des métiers concernés par les concours ;</li> <li>- Former les jurys à l'exploitation des dossiers de RAEP et à la maîtrise des techniques d'entretien de recrutements nécessaires à cette épreuve.</li> </ul> <p><b>Faire ainsi participer les établissements de la FPH à l'objectif inter-fonction publique d'égalité de traitement et d'égalité des chances en matière de promotion sociale, d'intégration et de cohésion par le travail</b></p>
<p><b>Éléments du programme</b></p>	<p>Il est souhaitable que cette formation soit dispensée par groupes de jurys constitués (<i>pour mémoire, les membres, autres que le directeur de l'établissement organisateur du concours, ne peuvent en général siéger à plus de cinq jurys consécutifs ou trois selon les statuts</i>).</p> <p>La durée envisagée est au maximum de 2 jours.</p> <p><b>1- Rappel des textes fondamentaux et des principes régissant l'accès à la fonction publique et les concours:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositions concernées du statut général des fonctionnaires et de la loi du 9 janvier 1986.</li> <li>- Charte du 2 décembre 2008 pour la promotion de l'égalité dans la Fonction publique (thème n° II - Veiller aux conditions de recrutement pour répondre aux besoins sans discriminer)</li> <li>- Dispositions à caractère réglementaire et jurisprudentiel relatives à l'organisation et aux modalités d'exécution des concours.</li> </ul> <p><b>2 – Fonctionnement et missions des jurys et des membres des commissions de sélection</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constitution du jury : Président, membres, parité, renouvellement ;</li> <li>- Rôle du président et des membres, obligations et responsabilités.</li> <li>- Règles de déontologie du jury dans chaque étape de la procédure de recrutement</li> <li>- Respect du principe d'égalité, sensibilisation aux préjugés et stéréotypes ;</li> <li>- Jurisprudence</li> </ul> <p><b>3- Formation des jurys à l'élaboration des sujets des épreuves écrites et à la correction des épreuves écrites :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les épreuves écrites : compétences et capacités qu'elles permettent de vérifier.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Savoir élaborer les sujets des épreuves écrites dans un objectif de professionnalisation des recrutements : connaissance des missions du corps concerné par le concours et des aptitudes nécessaires à l'exercice, ainsi que des programmes des concours (textes statutaires, répertoire des métiers de la FPH) ) ; élaboration de cas pratiques ou de sujets mettant les candidats en situation professionnelle.</li> <li>- Savoir établir des critères de correction pour les épreuves écrites.</li> </ul> <p><b>4- Formation des jurys aux épreuves orales et notamment aux épreuves de RAEP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La RAEP : dispositions législatives et réglementaires ; dossier de RAEP ;</li> <li>- la RAEP, un type de "questionnement" différent des épreuves orales traditionnelles, ses objectifs.</li> <li>- Savoir utiliser une épreuve de RAEP : examiner un dossier de RAEP ; maîtriser les règles et techniques d'entretien de recrutement utilisées au cours de l'épreuve de RAEP</li> <li>- Savoir élaborer une grille d'évaluation pour l'appréciation des prestations orales des candidats.</li> </ul> <p><b>5-L'aboutissement de la procédure de recrutement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Règles de notations, de délibérations, de classement des candidats.</li> <li>- Traçabilité et conservation des éléments d'appréciation des candidats</li> <li>- Informations données aux candidats ayant échoué</li> </ul>
<b>Public</b>	<p>Professionnels retenus pour exercer les fonctions de présidents et de membres de jurys des concours, examens professionnels et commissions de sélection organisés dans la FPH.</p> <p>Agents des directions de ressources humaines chargés de l'organisation et de la gestion des concours.</p>

## ANNEXE 4

<b>AXE 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	Principes et fondements de la laïcité
<b>Contexte</b>	<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, ...). Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres</i> ».</p> <p>Il apparaît donc important de former les professionnels 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>
<b>Objectifs de la formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partager la connaissance des principes de laïcité et leur mise en œuvre dans les institutions hospitalières et médico-sociales</li> <li>- Fonder sur cette connaissance les conduites à tenir devant les différentes expressions de la religion à l'hôpital</li> <li>- Prévenir les situations de tensions</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les fondements de la laïcité en France</li> <li>- Le cadre de la pratique religieuse à l'hôpital : les textes en vigueur, (charte du patient hospitalisé, circulaires sur la pratique religieuse dans les établissements relevant de la FPH, charte de l'aumônerie hospitalière)</li> <li>- Les conduites à tenir en situation de soins : alimentation, intimité, fin de vie, rites mortuaires, etc</li> <li>- La gestion des situations de tension : refus de soins, prosélytisme, etc.</li> <li>- Les outils pratiques</li> </ul>
<b>Public</b>	Toutes les catégories sont concernées. Il s'agit d'une formation s'adressant à un public pluridisciplinaire. La priorité sera donnée aux équipes soignantes et administratives.
<b>Observations complémentaires</b>	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 5

<b>AXE 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Egalité femme-homme: Lutter contre les stéréotypes</b>
<b>Contexte</b>	<p>Le 8 mars 2013 a été signé, entre le Gouvernement, l'ensemble des dix organisations syndicales siégeant au conseil commun de la fonction publique, les Présidents de l'association des maires de France, de l'association des départements de France, de l'association des régions de France et de la Fédération hospitalière de France <b>le protocole d'accord relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans les trois versants de la fonction publique.</b></p> <p><b>Quatre axes de travail</b> ont été dégagés au cours de la concertation, qui constituent l'architecture du présent protocole d'accord :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le dialogue social comme élément structurant pour parvenir à l'égalité professionnelle ;</li> <li>• rendre effective l'égalité entre les femmes et les hommes dans les rémunérations et les parcours professionnels de la fonction publique ;</li> <li>• la meilleure articulation entre la vie professionnelle et la vie personnelle ;</li> <li>• la prévention des violences faites aux agents sur leur lieu de travail.</li> </ul> <p>L'axe n°2 comprend une mesure intitulée « mesure 5 : <b>Lutter contre les stéréotypes et les discriminations dans le cadre de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique</b> ».</p> <p>Cette mesure prévoit que des actions de formation, information et sensibilisation aux enjeux de l'égalité et à la prévention des discriminations et stéréotypes seront proposées à l'ensemble des gestionnaires des ressources humaines et des cadres conduisant des entretiens d'évaluation.</p>
<b>Objectifs de la formation</b>	Sensibiliser les personnes suivant la formation aux enjeux de l'égalité, à la lutte contre les stéréotypes
<b>Eléments du programme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser les personnels suivant la formation aux enjeux de l'égalité, à la lutte les stéréotypes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- qu'est-ce qu'un stéréotype ? Comment fonctionnent les stéréotypes dans notre appréhension de la réalité ?</li> <li>- les stéréotypes de genre et leurs impacts dans le monde du travail ;</li> <li>- stéréotype et préjugé, stéréotype et discrimination</li> </ul> </li> <li>• Prévenir les stéréotypes en situation professionnelle : dans le cadre des recrutements, des entretiens d'évaluation, de la gestion des carrières, des relations de travail (cas pratiques, exemples).</li> </ul>
<b>Public</b>	Gestionnaires RH, cadres et tout autre personnel de la FPH

## ANNEXE 6

<b>AXE 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Responsabilité liée à l’informatisation de la production de soins : impacts sur le secret médical et la confidentialité des données de santé</b>
<b>Contexte</b>	<p>L’action s’inscrit dans le cadre du dispositif : « 2011, année des patients et de leurs droits », <b>dans les axes relatifs d’une part à la mobilisation des professionnels de santé en faveur des droits des patients</b> et d’autre part à la <b>conciliation des droits avec les innovations technologiques et les nouvelles organisations de soins.</b></p> <p>Un récent sondage mené auprès des professionnels de santé montre que le secret médical est un droit reconnu par ces derniers au bénéfice des patients mais que ce droit est difficile à mettre en œuvre (sondage TNS Sofres février 2011).</p> <p>Les nouvelles organisations de soins mettant en relation la ville et l’hôpital comme l’hospitalisation à domicile, les maisons et pôles de santé, la télémédecine, chirurgie ambulatoire, les coopérations entre professionnels de santé... réinterrogent la question du respect du secret médical surtout dans le cadre d’un partage d’informations de santé. Notamment avec le déploiement du dossier médical personnel. (DMP)</p> <p>Par ailleurs, la stratégie hôpital numérique, qui fixe entre autre les priorités relatives aux systèmes d’information hospitalier pour la période 2011-2015, incite tous les établissements de santé à atteindre un socle minimal sur 5 domaines prioritaires dont le dossier patient informatisé.</p> <p>Le renforcement de la place des systèmes d’information hospitaliers dans la production de soins impose de sensibiliser : les cadres dirigeants (directeurs d’établissements, directeur de soins), le personnel médical et soignant comme les personnels informatiques aux contraintes réglementaires qui régissent la mise en œuvre et l’utilisation du dossier hospitalier informatisé et qui par ailleurs ont un impact sur leur responsabilité et celle des établissements.</p>
<b>Objectifs de la formation</b>	<p>Rendre effectif le droit au secret médical et plus généralement à la confidentialité des informations tout en prenant en compte les difficultés organisationnelles du respect de ces derniers. Rappeler qu’il s’agit d’un droit fondamental. Organiser son respect permet de garantir la qualité du système de santé et de remettre le patient au centre de la relation médicale. Sensibiliser les acteurs aux impacts de l’informatisation de la production de soins sur leur responsabilité.</p>
<b>Éléments du programme</b>	<p>La formation devra porter sur les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-rappel du droit fondamental (déontologie, juridique, réglementation ; réglementation CNIL,...);</li> <li>-l’information du patient et le recueil de son consentement pour le partage de l’information ;</li> <li>-articulation de ce droit avec les nouvelles organisations (réseaux ville-hôpital, nouvelles formes d’exercice médical), et les nouvelles technologies (télésanté...)</li> <li>-finalité du dossier hospitalier informatisé, son organisation et sa tenue ;</li> <li>-les modalités garantissant la sécurité informatique ;</li> <li>-les principes de la responsabilité et préciser les particularismes liés aux technologies de l’information et de la communication ;</li> <li>-les instances en charge de la garantie du respect de la protection des données médicales.</li> </ul>

<b>Public</b>	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 médicales, soignantes et administratives y compris les personnels des services informatiques des établissements.
<b>Observations complémentaires</b>	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 les risques d'engagement de la responsabilité des acteurs en cas de non respect de leurs obligations qui sont le corollaire des droits des patients.



## ANNEXE 7

<b>AXE 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Améliorer l'accès au dossier médical</b>
<b>Contexte</b>	<p>La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a consacré les droits notamment du malade. Un de ces droits est celui d'être informé sur son état de santé. L'exercice de ce droit se réalise à différentes périodes de la prise en charge du patient. Plusieurs modalités de communication, permettent au malade d'être informé tels que les temps d'échanges entre lui et le personnel administratif et/ou soignant, l'accès direct au dossier médical...</p> <p>Les articles R. 1111-1 à R. 1111-8 du CSP, ainsi que les recommandations de la HAS de décembre 2005, ont organisé cet accès.</p> <p>La circulaire n°DHOS/E1/2009/207 du 3 juillet 2009 relative aux délais de communication des informations de santé concernant une personne, rappelle les obligations pesant sur les établissements en la matière.</p> <p>Ce droit d'accès direct aux informations qui la concernent est significatif de l'évolution du statut de la personne malade à qui il est désormais reconnu le statut de sujet et d'acteur dans la démarche de soins. Le droit d'accès au dossier médical fait partie des moyens dont dispose le patient pour être informé et pouvoir participer aux décisions le concernant.</p> <p>Or, ce droit est encore parfois mal connu et mal appliqué dans les établissements de santé.</p> <p>Il appartient aux établissements de santé d'informer les patients de leurs droits et de mettre en place une organisation permettant la communication du dossier au patient ou aux personnes autorisées (selon le cas, personne mandatée par le patient, représentants légaux, ayants droit) selon les modalités et les délais précisés par la réglementation</p> <p>Le nombre des réclamations et plaintes portées devant le Défenseur des droits et les rapports de la Commission spécialisée droits des usagers de la Conférence nationale de santé, établissent que ce droit fondamental est encore mal mis en œuvre. . L'effort pour le rendre effectif doit être soutenu par des actions de formation.</p>
<b>Objectifs de la formation</b>	<p>Rendre effectif le droit d'accès aux informations de santé par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-la connaissance du dispositif réglementaire,</li> <li>-ses modalités de mise en œuvre,</li> <li>-susciter les initiatives pour favoriser sa mise en œuvre.</li> </ul>

<b>Eléments du programme</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le droit des usagers à l'information</li><li>- Le droit d'accès au dossier patient : réglementation et jurisprudence</li><li>- Les recommandations de bonnes pratiques</li><li>- L'organisation à mettre en œuvre au sein des établissements et structures</li></ul>
<b>Public</b>	Professionnels de santé, personnels administratifs en relation avec les usagers et ou responsables de la démarche qualité, les personnels en charge du système d'information de l'établissement.

## ANNEXE 8

AXE DE FORMATION 2014	
<b>Intitulé</b>	<b>Fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes du parcours de soins</b>
<b>Contexte</b>	<p>La notion et l'objectif de qualité des soins n'ont de sens que si, préalablement, toutes les conditions requises pour une sécurité optimale des soins ont été réunies et observées.</p> <p>Les enquêtes ENEIS de 2005 et 2009, les données relatives aux événements porteurs de risques (EPR) recueillis dans le cadre de l'accréditation des médecins, diverses bases de données internationales (NCPS, JCAHO) montrent que parmi les causes des événements indésirables associés aux soins (EIAS) les défaillances organisationnelles, telles qu'une coordination ou une communication déficientes sont souvent retrouvées.</p> <p><b>Parmi les événements indésirables constatés à l'occasion d'une prise en charge, ceux relatifs à l'identité de la personne représentent une part importante.</b></p> <p>Les erreurs associées à l'identité sont <b>régulièrement l'occasion de conséquences graves pour le patient, parfois irréparables, dès lors qu'aucune « barrière » n'est venue en temps utile apporter le correctif nécessaire et « récupérer » la situation</b>, c'est-à-dire rétablir l'identité correcte du ou des patients concernés.</p> <p>Les anomalies d'identification du patient relèvent de plusieurs types de défauts : - un défaut d'acquisition de l'identité des patients (admission, service de soins, laboratoire, etc.), de transcription et d'étiquetage de support concernant le patient (dossier patient, prescriptions, demande et examens, etc.), un défaut de contrôle de l'identité du patient, un défaut de vérification des documents, etc.</p> <p><b>La gestion de l'identité du patient, de l'ouverture de son dossier à l'ensemble des actes et soins qui lui sont dispensés au fil de son parcours, est un process complexe</b> dont l'apparente simplicité le rend particulièrement vulnérable aux défaillances.</p> <p>Au fil des années, différentes initiatives ont été prises afin de renforcer la sécurisation de l'identité et de se prémunir, de la manière la plus systémique possible, de l'erreur d'identité.</p> <p>La certification des établissements de santé prévoit ainsi (V 2010) <b>un critère 15.A « Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge » auquel une PEP (pratique exigible prioritaire) est associée.</b></p> <p><b>La procédure de la transfusion sanguine, et plus largement celle des prélèvements et de la restitution de leurs résultats, procure également un exemple très abouti de ce que peut être une sécurisation.</b> Les procédures de sécurité au bloc opératoire, et particulièrement l'emploi de la check-list, fournissent elles aussi une garantie de sécurité.</p>

	<p>En matière de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, l'arrêté du 6 avril 2011 fixe des exigences pour que l'identité du patient soit précisément fiabilisée tout au long de sa prise en charge, et notamment à la phase d'administration des médicaments.</p> <p>De plus en plus et à juste titre, la <b>participation active du patient</b> aux vérifications est sollicitée.</p> <p><b>Le Programme national pour la sécurité des patients (2013/2017)</b> fait de cette thématique l'une de ses 4 orientations majeures : « <b>L'information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité</b> ». La <i>Semaine de sécurité des patients</i> (nov 2013, 3<sup>ème</sup> édition) cherche précisément à promouvoir cette association du patient et du soignant pour renforcer la sécurité des soins.</p> <p>Enfin, le <b>Programme Hôpital numérique</b> (2012-2017) a dédié l'un des trois pré-requis qui doivent être atteints par l'ensemble des établissements de santé à la problématique de la gestion des identités et mouvements. Les exigences concernent la mise en œuvre d'une cellule d'identitovigilance opérationnelle et la connexion des applications du processus de soins à un référentiel unique d'identités des patients afin de garantir la cohérence des données d'identités des patients au sein du système d'information.</p>
<p><b>Objectifs de la formation</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Etre informé et sensibilisé sur l'impact de l'identification du patient pour sa sécurité</b></li> <li>2. <b>Connaître les dispositifs existants pour sécuriser l'identification</b> (modalités de vérification par questions ouvertes au patient, utilisation du bracelet si le patient est dans l'incapacité de répondre, etc).</li> <li>3. <b>Avoir une vue d'ensemble des outils permettant la gestion du risque « identification du patient »</b></li> <li>4. <b>Avoir pratiqué une analyse de cas au moyen de plusieurs de ces outils</b></li> <li>5. <b>Mieux s'inscrire, au retour en poste, dans une attitude de culture de sécurité au regard de l'identification, et contribuer à la diffusion de cette culture</b></li> </ol>
<p><b>Eléments du programme</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Information et sensibilisation sur l'impact de l'identification du patient</b> (aspects administratifs, panorama des données relatives aux erreurs, problématiques des doublons, examen de cas avec identification des causes profondes de l'erreur et solutions correctives apportées/envisageables)</li> <li>- <b>Présentation des dispositifs nationaux existants pour sécuriser</b></li> </ul>

	<p><b>l'identification</b> (par ex : mesures barrières et contrôles en transfusion, check-list au bloc, médicament, hôpital numérique) <b>et autres initiatives locales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Outils d'identification des barrières et de maîtrise des erreurs d'identité en milieu hospitalier</b> (par ex : charte, guide de bonnes pratiques, formations, indicateurs, outils de communication)</li> <li>- <b>Contribution à la résolution d'un cas</b> (aspects organisationnels et comportementaux, retour d'expérience, etc)</li> <li>- <b>Montrer en quoi l'identito-vigilance participe d'une culture de la sécurité des soins.</b></li> </ul>
<b>Public</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe pluri-professionnel constitué de professionnels chargés, dans un ou plusieurs établissements, de produire ou de contribuer à un projet de sécurisation des procédures d'identification</li> <li>- Publics cibles en matière de sécurisation de l'identité : admissions, accueil des urgences, gestionnaire de bloc, gestionnaire de systèmes d'information, etc</li> </ul>

## ANNEXE 9

AXE 2014	
<b>Intitulé</b>	<b>Démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie en dehors des services spécialisés</b>
<b>Contexte</b>	<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 quel que soit leur service / lieu d'exercice (court séjour, USLD, établissements médico-sociaux, ...)</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"> <li>- 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)</li> <li>- Instruction DGOS/PF3/2012/349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « <i>Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé</i> »</li> <li>- Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements de santé (2004)</li> <li>- Soins palliatifs, repères pour votre pratique, INPES, 2009.</li> </ul>

<p><b>Objectifs de la formation</b></p>	<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>
<p><b>Éléments du programme</b></p>	<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, connaissance des évolutions législatives.</p> <p>Principes éthiques (principe d'autonomie, de bienveillance, justice-équité, ..)</p> <p>Connaissance et apprentissage du travail interdisciplinaire.</p>
<p><b>Public</b></p>	<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, structures médico-sociales comportant des services de soins palliatifs</p> <p>Catégories socioprofessionnelles : médecin, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, assistant social</p>

## ANNEXE 10

<b>AXE 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Evaluation et prise en charge de la douleur</b>
<b>Contexte</b>	<p>La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît <b>le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.</b></p> <p>Dans le cadre de la certification des établissements de santé, <b>la prise en charge de la douleur est une pratique exigible prioritaire</b> et fait l'objet <b>d'un indicateur national généralisé par le ministère de la santé.</b></p> <p>La quatrième campagne de mesure de l'indicateur de traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) dans les établissements de santé montre certes une amélioration des résultats de 2011 par rapport à ceux de 2010 avec un pourcentage qui atteint 73% (2011) contre 61% en 2010 : la moyenne nationale de cet indicateur s'améliore donc, <b>mais il subsiste encore des marges de progression importantes dans ce domaine puisque l'objectif cible est de 80%.</b></p> <p><b>L'évaluation et la prise en charge de la douleur restent cependant insuffisantes pour certaines populations :</b> personnes âgées, enfants et très jeunes enfants etc... Ainsi, la douleur reste moins souvent évaluée avec une échelle chez les personnes âgées de plus de 75 ans que chez les 18-75 ans et de même chez les enfants. Il est connu que les personnes âgées n'osent pas exprimer leur douleur ou bien les minimisent : or, la survenue d'une douleur même minime chez une personne âgée peut être invalidante.</p> <p>Les populations ayant des difficultés de communication et donc d'expression de la douleur doivent faire l'objet d'une meilleure prise en charge : cette situation nécessite donc des formations spécifiques pour tous les professionnels de santé, dans les établissements de santé <u>et dans les établissements médico-sociaux.</u></p> <p>Le programme national douleur 2013-2017 élaboré par le ministère de la santé s'articule autour des 3 axes suivants:</p> <p>Axe 1 : Améliorer l'évaluation et la prise en charge des patients algiques en <b>mobilisant les acteurs de premiers recours ;</b></p> <p>Axe 2 : <b>Favoriser l'expression de la douleur</b> pour mieux la repérer ;</p> <p>Axe 3 : Garantir la prise en charge de la douleur <b>au domicile</b> ou en <b>établissement médico-social.</b></p>
<b>Objectifs de la formation</b>	<p>Permettre aux professionnels de faire face au quotidien à la douleur des patients.</p> <p>Améliorer l'évaluation et la prise en charge de la douleur des patients <b>en favorisant l'expression de la douleur</b> (attention particulière pour les patients tels que les personnes âgées, enfants, ...et autres patients non communicants).</p> <p>-Déployer l'évaluation et la prise en charge de la douleur non seulement dans les établissements de santé mais aussi auprès des professionnels intervenant au domicile (HAD, SSIAD) et exerçant dans les établissements du secteur médico-social (EHPAD)</p>



<p><b>Eléments du programme</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Connaître les textes fondamentaux relatifs à la prise en charge de la douleur :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Disposition de la loi du 4 mars 2002 (<i>relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé</i>) reconnaissant le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne ;</li> <li>-Programme national de lutte contre la douleur ;</li> <li>- Référentiel de certification établi par la haute autorité de santé : une pratique exigible prioritaire.</li> <li>- Arrêté relatif aux orientations nationales de développement professionnel continu.</li> </ul> </li>   <li>• <b>Savoir identifier les patients présentant une douleur qu'elle soit aiguë et/ou chronique, physique ou psychique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-savoir inciter la patient à s'exprimer sur une sensation douloureuse et à décrire la douleur sans la minimiser ;</li> <li>-savoir évaluer la douleur des patients non communicants en utilisant des échelles d'hétéro-évaluation</li> </ul> </li>   <li>• Assurer la traçabilité de la douleur dans le dossier du patient</li>   <li>• Connaître les protocoles mis à disposition et savoir les utiliser.</li>   <li>• Participer à l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur</li>   <li>• Savoir mettre en place un partage d'expérience sur les actions et organisations mises en place pour prendre en charge la douleur dans différentes structures ou secteurs d'activité</li> </ul> <p><b>Cette formation peut être déployée sous forme de formation action.</b></p>
<p><b>Public</b></p>	<p>Professionnels de santé des établissements de la FPH : IDE, cadres de santé, aides soignants, aides médico-psychologiques, autres professionnels paramédicaux pouvant être concernés tels que rééducateurs, sages-femmes ; médecins, psychologues.</p>

## ANNEXE 11

<b>AXE 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance</b>
<b>Contexte</b>	<p>La démarche de bientraitance s'inscrit dans le cadre général de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que dans les établissements de santé.</p> <p>Les textes de référence sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de développement de la bientraitance et renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007</li> <li>- 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</li> <li>- Recommandation de l'ANESM « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre –septembre 2008 »</li> <li>- 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.</li> <li>- Critère 10 a du manuel de certification V2010 révisé 2011 de la Haute Autorité de Santé</li> <li>- Guide FOREAP-HAS « Promotion de la Bientaitance »</li> </ul>
<b>Objectifs de la formation</b>	<p>L'objectif est <b>d'accompagner les établissements et les personnels dans le déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance.</b></p> <p>Le déploiement de cette culture nécessite une <b>appropriation de la démarche par les équipes de direction et d'encadrement intermédiaire</b> des établissements, ainsi qu'un <b>accompagnement des professionnels intervenant au quotidien</b> dans la prise en charge des personnes hospitalisées, résidents et usagers.</p>
<b>Eléments du programme</b>	<p>Il est souhaité que la formation s'articule autour de <b>4 axes qui constituent des orientations générales</b> : connaître, savoir être et savoir faire pour mieux prévenir la maltraitance et développer les pratiques de bientraitance.</p> <p>Cette formation ayant pour objectif <b>l'appropriation par l'ensemble de l'institution d'une dynamique de bientraitance</b>, il conviendra d'adapter son contenu en fonction des catégories professionnelles formées et du type de personne accueillie.</p> <p><b>1 – la vulnérabilité et le risque de maltraitance</b>  <b>Les situations de vulnérabilité et la dépendance</b>  → <i>savoir et comprendre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les origines et les causes de la vulnérabilité et des risques de maltraitance</li> <li>• comprendre les différents troubles et symptômes de la dépendance</li> </ul>

	<p><b>2 – La bientraitance</b>  <b>Le périmètre opérationnel de la bientraitance :</b> <i>recommandations de bonnes pratiques de l’Anesm et guide FORAP – HAS sur la promotion de la Bientraitance</i></p> <p>→ <i>savoir et pouvoir être</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le concept de bientraitance</li> <li>• 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 Mobiquat ...</li> <li>• les modalités d’une diffusion effective de la dynamique au sein de l’établissement ...</li> </ul> <p><b>3 – La pratique professionnelle au quotidien</b></p> <p>→ <i>savoir faire et pouvoir faire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les activités élémentaires et les actes de la vie quotidienne</li> <li>• les soins d’hygiène</li> <li>• la vie sociale et relationnelle : communication, comportement et attitudes</li> <li>• incarner le respect des droits au quotidien</li> <li>• faire face aux troubles du comportement et adapter ses attitudes</li> <li>• ressources et limites du professionnel</li> </ul> <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, désirs et les préférences de la personne et favoriser le respect et l’exercice de leurs droits afin d’améliorer la qualité de la prise en charge et de s’inscrire dans une dynamique de bientraitance.</p> <p><b>4 – La politique managériale au quotidien</b></p> <p>→ <i>savoir faire et pouvoir faire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mieux comprendre son rôle et ses responsabilités</li> <li>• soutenir les professionnels dans leurs pratiques quotidiennes</li> <li>• discuter de l’organisation du travail en vue de pratiques bientraitantes des usagers et de respect des professionnels</li> </ul> <p>savoir évaluer et piloter une démarche de bientraitance</p>
<p><b>Public</b></p>	<p>Cette formation concerne les professionnels du soin et de l’accompagnement des établissements de santé et médico-sociaux et des services sociaux.</p> <p>Néanmoins, l’ensemble des professionnels des établissements, et notamment la direction et le management est concernée par la thématique de la bientraitance.</p> <p>Compte tenu des niveaux de responsabilité et d’intervention différents, il conviendra <i>de décliner des contenus et des modalités de formation distinctes (sensibilisation, formation/action, formation de personnes</i></p>

	<p><i>ressources...)</i> <b><i>selon les types de personnels formés</i></b> : cadres de direction, cadres de proximité et professionnels en relation directe avec l'utilisateur (médecins et infirmiers coordonnateurs, aides soignants, AMP, etc.)</p>
--	---

## ANNEXE 12

<b>AXE 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Accueil et prise en charge des personnes handicapées</b>
<b>Contexte</b>	<p>La stratégie gouvernementale de prise en compte du handicap est en cours d'élaboration : elle sera fixée par le Comité interministériel du Handicap (CIH) mois de juin 2013. Elle a pour objectif de faire émerger une société plus inclusive.</p> <p>Le développement de la formation au handicap des professionnels de santé est d'ores et déjà ciblé par le secrétariat général du CIH comme un axe incontournable de cette stratégie.</p> <p>Les personnes handicapées connaissent des difficultés spécifiques dans l'accès aux soins. Il est important de prévoir une formation pour 2014 afin d'assurer une efficacité de la prise en charge de ces patients.</p>
<b>Objectifs de la formation</b>	Le but de la formation est de sensibiliser les personnels à apporter des réponses les plus adaptées possibles dans le cadre des soins, à des patients handicapés, tant lors des consultations que des hospitalisations.
<b>Eléments du programme</b>	<p><b>I - Connaissance du handicap et ses conséquences</b> : définition de la notion du handicap, les origines du handicap, les différents types de handicap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les principaux handicaps : le handicap moteur, l'accident vasculaire cérébral, l'hémiplégie, le handicap visuel, le handicap auditif, le handicap mental</li> <li>- Les conséquences du handicap : conséquences du handicap physique, du handicap sensoriel, du handicap mental, du handicap chez l'adulte et chez l'enfant</li> </ul> <p><b>II- Les aménagements</b> prévus ou à prévoir dans l'organisation des soins pour faciliter l'accueil et la prise en charge des patients, personnes handicapées</p> <p><b>III. La prévention des situations de violence ou de maltraitance</b></p>
<b>Public</b>	Tout professionnel de l'établissement

## ANNEXE 13

<b>AXE 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Pertinence des soins</b>
<b>Contexte</b>	<p>L'amélioration de la pertinence des soins a pour objectifs l'accroissement de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'une meilleure efficacité des dépenses de santé.</p> <p>La mise en place d'actions d'amélioration de la pertinence des soins peut en effet y contribuer en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- participant à l'amélioration continue des pratiques cliniques (pertinence des actes et de l'utilisation des produits de santé),</li> <li>- optimisant les modes de prises en charge des patients en promouvant les modalités ambulatoires (pertinence des modes de prises en charge),</li> <li>- réduisant les inadéquations au niveau du court séjour et du SSR (pertinence des séjours et des parcours de soins),</li> <li>- limitant les hospitalisations évitables (pertinence des parcours de soins).</li> </ul> <p>Un programme de travail est mené au niveau national depuis juin 2011 afin de construire les dynamiques nationales, régionales et locales d'animation de la démarche et de doter les institutions et les professionnels de santé d'outils de diagnostic et d'amélioration des pratiques professionnelles.</p> <p>Ainsi, la HAS élabore des recommandations de bonne pratique et des outils destinés aux professionnels (fiches d'indications ou de bon usage, logigrammes) pour les aider à décider dans une situation clinique donnée et pour servir de référence pour l'amélioration de la pertinence des soins. Ces outils ont été développés prioritairement sur des thématiques présentant un volume important, une dynamique d'évolution notable depuis 2007 et pour lesquels les écarts de taux de recours régionaux sont élevés. Ces sujets concernent les problématiques de pertinence des actes et pratiques mais aussi la pertinence des parcours de soins.</p>
<b>Objectifs de la formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffuser la culture de l'amélioration de la pertinence des soins auprès de l'ensemble des professionnels de santé (type de réflexion, documentation disponible)</li> <li>• Mobiliser les professionnels de santé concernés sur les actions qui relèvent de leurs compétences pour assurer l'amélioration de la pertinence de certains actes et de certains parcours de soins</li> </ul>
<b>Eléments du programme</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La qualité des soins : définition</li> <li>2. La non qualité : qu'est-ce que la non qualité (soin inadéquat, sur-qualité, sous-qualité, le coût de la non qualité,</li> <li>3. Ecart nationaux de recours aux soins</li> </ol> <p>La pertinence des soins : définition, axes (actes, utilisation des produits de santé,</p>

	<p>4. examens complémentaires, modes de prise en charge, séjours et parcours de soins), pertinence des soins/sécurité des soins/efficience médico-économique</p> <p>5. Améliorer la pertinence : les méthodes, les outils HAS orientés pertinence (recommandations, programmes d'analyse et d'amélioration des pratiques)</p>
<b>Public</b>	Les équipes de soins y compris le personnel médical

## ANNEXE 14

<b>AXE DE FORMATION 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Prise en charge de l'autisme</b>
<b>Contexte</b>	<p><b>La prise en charge de l'autisme implique un travail pluridisciplinaire et pluri professionnel</b> entre les acteurs des champs sanitaires, médico-social, de l'enseignement, les maisons départementales des personnes handicapées et toujours en lien étroit avec les proches des patients. Elle repose sur un dispositif clé connu et reconnu par tous les partenaires - bien que mis en place récemment (Circulaire DGAS-DGS-DHOS du 8 mars 2005) - et que l'on retrouve dans toutes les régions : le centre de ressource sur l'autisme (CRA). Il s'agit d'une structure médico-sociale disposant d'au moins une équipe sanitaire spécialisée pour les enfants et une pour les adultes.</p> <p>A ce jour, l'activité des CRA est encore trop monopolisée par les diagnostics simples qui devraient être réalisés en proximité par des équipes pluridisciplinaires formées et identifiées, ceci entraîne des délais de diagnostic important.</p> <p>Ce constat rend indispensable de cibler les efforts de tous les professionnels de santé sur la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de la HAS(RBP HAS) afin de permettre l'accès à une offre de qualité pour les patients et leurs proches, quel que soit le territoire.</p> <p>La Ministre en charge des personnes handicapées doit présenter un <b>nouveau plan gouvernemental en 2013</b> et le Ministère chargé de la santé doit faire des propositions concernant le diagnostic et la prise en charge des personnes autistes. La formation des professionnels est un des leviers importants pour renforcer la dynamique de ce plan et améliorer la prise en charge globale des personnes autistes.</p>
<b>Objectifs de la formation</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Améliorer le diagnostic des personnes autistes (conformément aux RBP HAS)</li> <li>2. Améliorer la prise en charge des personnes autistes (conformément aux RBP HAS)</li> </ol>
<b>Eléments du programme</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Interroger ses pratiques professionnelles sur le diagnostic et la prise en charge de l'autisme et des TED (troubles envahissants du développement) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- freins à la mise en œuvre</li> <li>- connaissance des RBP HAS (2005, 2010, 2011, 2012)</li> <li>- liens avec le CRA</li> <li>- visibilité du dispositif</li> </ul> </li> <li><b>2. Mettre en œuvre en œuvre les RPIB HAS auprès de chaque patient autiste :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Connaissances théoriques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RBP HAS diagnostic chez l'enfant (2005)</li> <li>- HAS socle de connaissances (2010)</li> <li>- RBP HAS diagnostic chez l'adulte (2011)</li> <li>- RBP HAS interventions chez l'enfant (2012)</li> </ul> </li> <li>- <b>Connaissances pratiques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation des outils diagnostic ADI (Autism Diagnostic Interview)et ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol>



	<p>Renforcer l'aptitude à communiquer en équipe pluri professionnelle dans un objectif de gestion de prise en charge coordonnée</p> <p><b>3- A l'issue de la formation :</b></p> <p>S'exercer à l'organisation de retours d'expérience en équipe avec prise de mesures correctives.</p> <p>Les participants doivent être en mesure de réaliser des diagnostics conformes aux RBP HAS et d'initier des prises en charge coordonnées selon les RBP HAS</p>
<b>Public</b>	<p>En priorité les personnels paramédicaux et médicaux des établissements sanitaires autorisés en psychiatrie et des personnels des établissements et services médico-sociaux qui sont susceptibles d'accueillir des personnes autistes.</p>
<b>Observations complémentaires</b>	<p>Documents à utiliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RBP HAS diagnostic chez l'enfant (2005)</li> <li>- HAS socle de connaissances (2010)</li> <li>- RBP HAS diagnostic chez l'adulte (2011)</li> <li>- RBP HAS interventions chez l'enfant (2012)</li> </ul>

## ANNEXE 15

<b>AXE DE FORMATION 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Repérage précoce et intervention brève (RPIB) des conduites addictives à risque, particulièrement chez les jeunes</b>
<b>Contexte</b>	<p><b>Les addictions sont un problème majeur et complexe de santé publique.</b> Elles concernent un grand nombre de publics et de pratiques et provoquent d'importantes conséquences sociales et sanitaires. Le tabac et l'alcool représentent les deux premières causes de mortalité évitable. La consommation excessive d'alcool est un déterminant majeur de santé : les derniers chiffres actualisés font état de 49000 morts par an liés à l'alcool. On estime à <b>plus d'un demi-million de personnes le nombre d'utilisateurs quotidiens de cannabis et l'usage problématique des autres drogues illicites<sup>1</sup> concerne un quart de million de personnes.</b></p> <p>La part des jeunes français s'engageant dans une consommation régulière et/ou problématique d'une ou de plusieurs substances psycho-actives est importante. Il est nécessaire de mettre en œuvre des actions visant à la réduire. <b>Une attention particulière doit être portée aux produits les plus fréquemment consommés (alcool, tabac et cannabis),</b> ainsi qu'à certaines consommations ou pratiques en hausse au cours des dix dernières années : <b>initiations précoces, ivresses aiguës, diffusion de la cocaïne...</b></p> <p>La mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) va présenter <b>un nouveau plan gouvernemental en 2013</b> et le Ministère chargé de la santé a fait des propositions concernant la prise en charge et la prévention des conduites addictives. La formation des professionnels est un des leviers importants pour porter la dynamique de ce plan et mettre en œuvre les actions visant à améliorer la santé des populations. <b>Le repérage précoce des consommations et la proposition d'une offre de prise en charge ou d'un conseil personnalisé peuvent améliorer le parcours de soins des utilisateurs problématiques de substances.</b> Cette démarche est particulièrement importante au sein des ES puisqu'y passent des patients venus pour une autre pathologie mais qui présentent parfois également une consommation problématique de substance addictive, notamment d'alcool</p>
<b>Objectifs de la formation</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. améliorer le repérage et le diagnostic des conduites addictives à risque</li> <li>2. accroître la connaissance et l'acceptation du besoin de traiter ces conduites et de la pertinence de la démarche d'intervention brève</li> </ol>

<sup>1</sup> usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour les 15-64 ans

<p><b>Eléments du programme</b></p>	<p>Il est souhaité que la formation s'articule autour de deux volets :</p> <p><b>1. interroger les pratiques sur le RPIB :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- freins à la mise en œuvre</li> <li>- connaissance des acteurs du dispositif pour orientation et suivi articulé, y compris au sein de l'établissement</li> </ul> <p><b>2. mettre en œuvre le RPIB auprès de chaque patient :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- connaissances théoriques à propos de la consommation d'alcool : importance du problème (nombre de personnes concernées et conséquences particulièrement néfastes quand les consommations débutent précocement), la conduite de l'entretien motivationnel, les outils de repérage précoce, les recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'alcoologie (SFA)</li> <li>- connaissances pratiques : la conduite de l'entretien motivationnel, la conduite de l'intervention brève</li> </ul> <p>les modalités d'orientation et de suivi avec les autres acteurs du dispositif de prise en charge des addictions : médecine de ville, CSAPA</p>
<p><b>Public</b></p>	<p>En priorité les personnels paramédicaux et médicaux des établissements sanitaires (MCO, PSY SSR) qui ne sont pas spécialisés en addictologie, particulièrement dans les services de médecine d'urgence</p>
<p><b>Observations complémentaires</b></p>	<p>Cette action s'inscrit en cohérence et en renforcement de la <b>circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie, qui avait permis une action ciblée sur l'alcool auprès des médecins généralistes.</b></p> <p>Documents à utiliser :</p> <p>Anderson P., Gual A., Colom J., INCa (trad.) <i>Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves.</i> Paris, 2008 ; 141 p.</p> <p>Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'alcoologie (<a href="http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=A10">http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=A10</a>)</p> <p>INPES - Repères pour votre pratique. Intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool.  <a href="http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/732.pdf">http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/732.pdf</a></p>

## ANNEXE 16

AXE 2014	
<b>Intitulé</b>	<b>Interfaces « ville/hôpital » : la sortie du patient hospitalisé</b>
<b>Contexte</b>	<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 la ville et l'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), en 2011, 78% des établissements de santé MCO répondants sont encore en classe C, pour 20% en classe A et B, et une moyenne nationale de 48% (HAS, Indicateurs de qualité généralisés en MCO, Campagne 2011).</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 ambulatoire également en amont d'une hospitalisation (information efficace sur les antécédents, l'environnement du patient et ses traitements, prescrits ou non).</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>
<b>Objectifs de la formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquérir une culture de qualité et de sécurité des soins, en particulier concernant la continuité efficace des soins ;</li> <li>• S'approprier les outils existants permettant d'analyser et élaborer un parcours de soins (ou « chemin clinique ») ;</li> <li>• Développer la prise en compte de l'environnement habituel du patient (familial, médical, <b>social</b>, financier, culturel, ...) pour améliorer la sécurisation de la continuité des soins ;</li> <li>• Se sensibiliser au développement d'une communication et d'une coordination plus efficaces entre professionnels de santé de l'établissement de santé et du milieu de soins ambulatoire (« 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.</li> </ul>

<p><b>Eléments du programme</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rappel du 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, ...) ;</li> <li>• Méthodologies d'analyse en qualité et sécurité des soins, chemin clinique, en lien avec le sujet continuité et coordination des soins</li> <li>• 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 ...) ;</li> <li>• Sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient, compréhension des prescriptions par le patient et son entourage ;</li> <li>• 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 socioculturel, précarité, ...) ;</li> <li>• 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.</li> </ul>
<p><b>Public</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels de santé (personnels médicaux et paramédicaux)</li> <li>• Professionnels du service social de l'établissement</li> <li>• Secrétaires médicales</li> </ul>

## ANNEXE 17

<b>AXE 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Qualité du partenariat entre établissements d'HAD et établissements sociaux et médico-sociaux</b>
<b>Contexte</b>	<p>Les <b>interventions des établissements d'hospitalisation à domicile sont autorisées depuis 2007 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées</b>. Depuis le 6 septembre 2012, le champ d'intervention a été élargi à <i>l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) avec hébergement</i>. Cette ouverture offre l'opportunité aux usagers d'améliorer leur recours aux soins hospitaliers sans devoir renoncer à l'accompagnement au quotidien dont ils ont besoin.</p> <p>Au cours de l'élaboration du décret, <b>la qualité du partenariat à mettre en place entre les équipes sanitaires, sociales et médico-sociales concernées par ces prises en charge conjointes a été considérée comme cruciale pour leur réussite</b>. Cette question s'inscrit également dans les objectifs de décroisement promu par les autorités, <b>dans une vision « parcours de soins » centrée sur la qualité de la réponse aux besoins du patient</b>.</p> <p>Très investies dans la préparation du texte, les fédérations du champ social et médico-social ont pour leur part prévu sur ce thème, dès 2013, une action nationale dans le cadre de l'UNIFAF.</p> <p>Les établissements publics hospitaliers ayant développé des services d'HAD et les établissements publics d'hébergement sociaux et médico-sociaux pourraient bénéficier <b>d'un accompagnement adapté pour la mise en œuvre des expériences nouvelles qu'ils vont devoir diligenter sur le terrain</b>. La qualité partenariale vue sous l'angle de l'acculturation réciproque, la transmission des informations utiles pour la prise en charge, l'adaptation conjointe des organisations sont les thèmes de travail en commun les plus fréquemment invoqués.</p>
<b>Objectifs de la formation</b>	<p>L'action de formation présente plusieurs enjeux, parmi lesquels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins / La continuité du parcours de soin pour les personnes handicapées,</li> <li>- La promotion de l'HAD auprès des établissements notamment pour personnes handicapées,</li> <li>- Les particularités de l'HAD dans les établissements médico-sociaux et le travail autour de la personne handicapée,</li> <li>- Le développement de coopérations sur les territoires (proximité géographique, lieux de vie...)</li> <li>- L'accompagnement et la professionnalisation des équipes,</li> <li>- Le développement de collaborations entre professionnels de différents secteurs d'activité,</li> <li>- La diffusion des bonnes pratiques,</li> </ul>

**Eléments du programme**

Afin d'ajuster le dispositif aux besoins des établissements, la formation pourrait être proposée sous une forme modulaire :

- Module de formation 1 : Sensibilisation à HAD/ESMS
- Module de formation 2 : Partenariat HAD/ESMS et convention constitutive
- Module de formation 3 : Accompagnement et développement de coopérations entre professionnels

Les tableaux ci-dessous synthétisent les modules proposés.

→ **Module de formation 1 : Sensibilisation HAD/ESMS**

Objectifs indicatifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître le contexte institutionnel et réglementaire HAD/ESMS</li> <li>- Appréhender les différentes formes d'organisation HAD/ESMS</li> <li>- Comprendre les modes de prise en charge (T2a...) et de facturation en HAD</li> <li>- Identifier les enjeux et les impacts de l'HAD pour un ESMS et réciproquement (orientations stratégiques, projet d'établissement...)</li> <li>- Saisir les enjeux pour la personne âgée et la personne handicapée (accès et continuité des soins, qualité des prises en charge, parcours de santé...)</li> <li>- Connaître les modes de coopération possibles sur un territoire dans un objectif de continuité des soins</li> </ul>
Cible(s)	- Responsables d'établissement, chefs de service, cadres techniques et soignants, médecins
Méthodes pédagogiques proposées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apports formatifs, témoignages (projet HAD les conditions de réussite), intervention de personnes qualifiées sur le territoire, dossier documentaire, ...)</li> <li>- Temps d'informations dissociés HAD/ESMS et temps en commun</li> </ul>
Durée	- 2 jours en continu
Groupe	- 30 stagiaires maximum

→ **Module de formation 2 : Mise en place d'un partenariat HAD/ESMS et appui à la contractualisation**

Objectifs indicatifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les acteurs du partenariat HAD/ESMS sur le territoire d'intervention et l'utilité d'un partenariat</li> <li>- Maîtriser les différents aspects du partenariat : savoir élaborer une convention</li> <li>- Connaître les formalités administratives</li> <li>- Organiser le partenariat (règles de fonctionnement,</li> </ul>
----------------------	--

		instances, pilotage...) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appréhender les modes de coopération et les conditions de mise en œuvre sur son territoire</li> <li>- Définir le rôle et les responsabilités des différents intervenants</li> </ul>
	Cible(s)	Equipes de direction (au sens large)
	Méthodes pédagogiques proposées	Phase de diagnostic préalable par les opérateurs pour cibler le besoin. Favoriser les interventions des professionnels exerçant sur les territoires. Apports formatifs, études de cas, travaux en groupe, dossier documentaire
	Durée	2 jours en discontinu
	Groupe	15 à 18 stagiaires
	<p>→ <b><u>Module de formation 3 : Accompagnement et développement des coopérations entre les professionnels : Modalités pratiques d'application</u></b></p>	
	Objectifs indicatifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la coopération entre les secteurs sanitaire et médico-social (connaître et comprendre les cultures professionnelles des deux secteurs)</li> <li>- Définir une organisation efficace (rôles et places des intervenants, relations entre soignants-éducateurs, développer un travail collaboratif et des échanges constructifs...)</li> <li>- S'approprier les outils de la coopération (projet personnalisé de soins et d'accompagnement, dossier du patient, outils de transmission...)</li> <li>- Identifier les particularités des publics accueillis (personnes âgées, personnes handicapées)</li> <li>- Savoir gérer la relation d'aide (aux patients, à la famille ou aux proches...)</li> </ul>
	Cible(s)	- Equipes opérationnelles HAD et ESMS
	Méthodes pédagogiques proposées	- Apports formatifs, mises en situation, études de cas, travaux en groupe, témoignages (bonnes pratiques)
	Durée	- 2 jours en discontinu
	Groupe	- 15 à 20 stagiaires
<b>Public</b>	<p>Il est suggéré d'ouvrir la formation à tout type d'établissement pour personnes âgées (EHPA{D}) et pour personnes handicapées (MAS, FAM, structures pour personnes handicapées) souhaitant s'informer sur l'HAD ou ayant un projet HAD et aux établissements d'HAD</p> <p>En fonction de la maturité de l'établissement sur le sujet, différents niveaux de formation pourront être proposés :</p>	



1. Un niveau de sensibilisation,
2. Un niveau d'appropriation ou d'approfondissement,
3. Un niveau d'opérationnel.

Les trois niveaux de formation pourront être suivis dans l'ordre ou de façon unitaire. L'inscription aux modules 2 et, ou 3 pourrait être subordonnée à la participation d'un représentant de la direction de l'établissement au module 1.

La formation s'adressera tant aux équipes de direction (niveaux 1 et 2) qu'aux équipes opérationnelles (niveau 3).

## ANNEXE 18

<b>ACTION DE FORMATION NATIONALE 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Qualité du dialogue social dans les établissements de la fonction publique hospitalière</b>
<b>Contexte</b>	<p>Les travaux relatifs au pacte de confiance à l'hôpital ont mis en évidence la nécessité d'accroître la qualité du dialogue social local.</p> <p>Le diagnostic est celui de la perte de confiance, de la dégradation des relations sociales, d'un déficit d'attractivité, d'une hausse de l'absentéisme, d'une hausse de l'exposition des professionnels aux risques professionnels et psychosociaux. Les professionnels déplorent également l'absence d'espace de concertation et d'information.</p> <p>Le dialogue social à l'hôpital est indissociable des valeurs fondatrices du service public hospitalier dont le respect passe par celui des acteurs qui le font vivre au quotidien, et le respect des engagements pris par l'Etat avec les partenaires institutionnels et les professionnels.</p> <p>Un dialogue social loyal et vivant constitue une condition <i>sine qua non</i> pour la performance sociale des structures.</p>
<b>Objectifs de la formation</b>	<p>Promouvoir, soutenir et conduire le dialogue social sur le plan local:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Repérer les conditions d'organisation du dialogue social local et ses facteurs de réussite</li> <li>2. Utiliser ses différentes modalités ;</li> <li>3. Utiliser les données existantes en matière RH ;</li> <li>4. Articuler les outils de reporting en matière RH avec les autres outils de suivi (Bilan social, CPOM, baromètre social etc.).</li> </ol>
<b>Éléments du programme</b>	<p>Qu'est-ce que le dialogue social (dialogue social versus expression des personnels dans les pôles, les services, les unités) ;</p> <p>La rénovation du dialogue social : les accords de Bercy et leurs déclinaisons dans la FPH</p> <p>Les différents niveaux du dialogue social : national – régional – local et leur organisation (les différentes instances, etc)</p> <p>Les différentes modalités du dialogue social local (information, concertation, négociation, participation, expression), son formalisme et ses acteurs ;</p> <p>L'encadrement législatif et réglementaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obligations en matière de dialogue social institutionnel ;</li> <li>- Les droits et moyens syndicaux ;</li> <li>- Le droit à la participation, à l'expression, la négociation ;</li> <li>- Le dialogue social informel.</li> </ul>

	<p>Les espaces et outils du dialogue social :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les instances et leurs avis ;</li> <li>- Les accords locaux : conditions de réussite, validité.</li> <li>- Les thématiques porteuses de dialogue : GPMC, conditions de travail, qualité de vie au travail ; la prévention des risques ; le projet d'établissement (définition de la stratégie, suivi) ;</li> </ul> <p>Les outils de suivi du dialogue social :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Bilan social ;</li> <li>- Les baromètres et observatoires sociaux</li> </ul> <p>Au-delà d'apports théoriques que maîtrise généralement le public ciblé par l'action de formation, la formation devra s'appuyer sur des analyses de situation, des cas concrets, de l'évaluation de pratique.</p>
<p><b>Public</b></p>	<p>Personnels de direction  Personnels d'encadrement  Représentants syndicaux et présidents des instances représentatives (CTE, CHSCT, CAP)  Communauté médicale</p> <p>Le groupe de stagiaires sera idéalement constitué de 3 à 6 membres de 3 à 4 établissements au maximum pour favoriser tant les dynamiques internes que les échanges de pratiques. La désignation des membres de chaque établissement permettra une représentation équilibrée de la direction, des secrétaires et présidents d'instances, de l'encadrement et de la communauté médicale.</p>

## ANNEXE 19

<b>ACTION DE FORMATION NATIONALE 2014</b>	
<b>Intitulé</b>	<b>Animer le travail en équipe : qualité du travail, qualité de vie au travail</b>
<b>Contexte</b>	<p>Au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, le rôle des cadres (paramédicaux, socio-éducatifs, administratifs, techniques et ouvriers) auprès des équipes doit être pleinement reconnu et valorisé.</p> <p>Cependant, au sein des institutions hospitalières et médico-sociales, comme dans de nombreux secteurs d'activités soumis à de fortes contraintes externes, <b>l'encadrement et notamment le cadre de proximité a de plus en plus de difficultés à être présent au sein du collectif de travail, auprès de l'équipe.</b> Le management est de plus en plus « extraverti » : le cadre est ainsi attendu sur des tâches souvent à forte valeur ajoutée, associé aux projets institutionnels (qui le mobilise dans de nombreuses réunions), mobilisé par la généralisation d'un « management de reporting » (il produit de l'information et entretient quotidiennement à ce titre un système d'information toujours plus prégnant).</p> <p><b>Tous ces éléments éloignent le cadre des équipes qui peuvent avoir le sentiment de devoir gérer elles-mêmes l'organisation du travail, les contradictions du travail, les conflits au travail.</b></p> <p><b>Ils sont également source de tension pour le cadre lui-même qui doit de façon permanente gérer l'écart entre d'une part la participation aux projets institutionnels (et pour les cadres de santé l'organisation du parcours du patient, dont la complexité s'accroît, avec un éclatement plus important entre différents lieux et différents acteurs), et, d'autre part, l'animation de l'équipe et du collectif de travail.</b></p> <p>A ce titre <b>les travaux du pacte de confiance</b> pour l'hôpital comme <b>les travaux conduits dans le cadre de la réingénierie de la formation des cadres de santé</b> ont mis en exergue <b>l'importance du cadre comme animateur de l'équipe et la nécessité de conforter la place du cadre auprès des équipes et dans l'animation du collectif de travail</b></p> <p>Ces travaux ont également souligné <b>l'importance du projet managérial de l'établissement pour soutenir le cadre</b> et lui permettre de <b>remplir cette mission essentielle</b> (clarification des responsabilités managériales à chaque niveau et des circuits de décision).</p>
<b>Objectifs de la formation</b>	<p><b>Initier une réflexion institutionnelle sur la place du cadre dans la ligne managériale d'un établissement entre portage des projets, reporting et animation du collectif de travail</b></p> <p><b>Développer le rôle d'animation d'équipe :</b>            Affirmer le rôle des cadres notamment de proximité dans l'animation des équipes au travail;            Concevoir et installer les espaces nécessaires et pertinents pour ce travail d'animation</p>

	<p>Concevoir les outils d'animation pertinents  Organiser et animer des temps d'échanges avec les équipes sur le sens du travail et l'organisation du travail ;  Organiser et animer des temps d'échanges et mobiliser une équipe autour de projets.</p>
<p><b>Eléments du programme</b></p>	<p><b>La formation</b> s'adresse aux membres des équipes de direction, à l'encadrement supérieur et intermédiaire ainsi qu'à l'encadrement de proximité de tout secteur d'activité de la FPH.</p> <p><b>Politique managériale de l'établissement et clarification de la place du cadre.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est-ce que l'institution attend du cadre ?</li> <li>- La place du cadre au sein de l'établissement et dans la ligne managériale ;</li> <li>- Le Cadre et les projets institutionnels : portage des projets institutionnels, participation à leur mise en œuvre, mission de reporting.</li> <li>- Le Cadre et équipe de travail : organiser, concerter, informer, soutenir, motiver, soutenir, évaluer.</li> </ul> <p><b>Pour une animation du collectif de travail : méthodes et outils du cadre</b></p> <p>Du groupe à l'équipe : culture, génération, compétences individuelles et collectives</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation du travail, qualité du travail, sens du travail et qualité de vie au travail</li> <li>- La prise en compte des risques psycho-sociaux dans les organisations de travail</li> <li>- Les outils d'animation d'un collectif de travail : réunions techniques, réunions d'information, réunion de travail, réunion de résolution de problème, dialogue social de proximité...</li> <li>- Les différents espaces de discussions au sein d'un collectif de travail : les concevoir, les animer, les faire vivre</li> <li>- L'animation de projets d'amélioration de la qualité : donner sens à la qualité en situation de travail</li> <li>- La gestion des tensions et des conflits</li> </ul>
<p><b>Public</b></p>	<p>Equipe de direction, encadrement supérieur et intermédiaire, encadrement de proximité.</p>

	<p>Il est préconisé que les différents niveaux d'encadrement au cours d'une même session de formation soit représentés : 3 personnes minimum et 5 maximum d'1 même établissement avec une représentation des différents niveaux d'encadrement</p>
--	---

## ANNEXE 20

PROGRAMME NATIONAL DE DPC 2014	
<b>Intitulé</b>	<b>Parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)</b>
<b>Contexte</b>	<p>En France, les personnes âgées mobilisent entre le quart et la moitié des dépenses de santé et représentent un enjeu décisif pour l'efficacité du système. La multiplicité des acteurs intervenant auprès des personnes âgées rend nécessaire une <b>approche intégrée qui ne se fonde plus sur une approche traditionnelle basée sur les structures mais sur une population donnée.</b></p> <p><b>Afin d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées</b>, le ministère de la santé a décidé une <b>démarche innovante et intégrée</b>, fondée pour partie sur les recommandations du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie formulées en 2010 et 2011 et posée par l'article 48 de la LFSS pour 2013 qui prévoit la sélection de quelques territoires pilotes pour <b>expérimenter cette nouvelle logique du parcours de soins pour les personnes âgées de plus de 75 ans en risque de perte d'autonomie.</b> Les caractéristiques de santé de cette population indiquent que 85% ont au moins une pathologie, 57% sont en ALD, 33% ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année, en moyenne 12 jours (données 2010) et elles prennent en moyenne 7 médicaments.</p> <p>Cette modification organisationnelle suppose <b>une adaptation des pratiques professionnelles des personnels de santé en ville et à l'hôpital</b>, une amélioration de leurs connaissances réciproques et une amélioration des pratiques, notamment pour les problèmes liés aux médicaments et aux prises en charge adaptées pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie</p> <p>Afin de mettre en place cette nouvelle organisation, le cahier des charges des projets PAERPA pose <b>une nouvelle gouvernance territoriale fondée sur la coordination clinique de proximité et la coordination territoriale d'appui qui réunit pour la totalité du territoire tous les acteurs</b> (ville, hôpital, <i>médico-social</i>, social) et suppose l'adaptation de l'hôpital afin d'améliorer les prises en charges gériatriques</p> <p>Parmi les 7 objectifs du projet PAERPA, <b>l'un vise tout particulièrement l'hôpital : « améliorer les conditions d'hospitalisation complète et limiter sa durée aux stricts besoins sanitaires des personnes ».</b></p>
<b>Objectifs de la formation</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Connaissance du dispositif territorial du PAERPA, maîtrise du dispositif organisationnel du territoire</li> <li>2. Appropriation des outils type mis en œuvre dans la démarche et des outils existants favorisant le parcours</li> </ol>

	<p>3. Repérage de l'autonomie</p> <p>4. Prévention de la perte d'autonomie dite iatrogène</p> <p>5. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse sur le modèle de la formation OMAGE</p>
<p><b>Eléments du programme</b></p>	<p>a. diagnostic du territoire, rôle des différents acteurs du parcours</p> <p>b. Appropriation et utilisation des outils du PAERPA: plan personnalisé de santé, dossier de liaison d'urgence dans les EHPAD, compte-rendu d'hospitalisation, volet médical de synthèse, ADRH, PRADO, TRAJECTOIRE</p> <p>c. Repérage de l'autonomie dès l'admission dans tous les services de médecine et de chirurgie des personnes de plus de 75 ans avec une grille simple et adaptée, savoir poser une indication de recours à une évaluation simple</p> <p>d. Prévention de la perte d'autonomie iatrogène entendue comme la part de dépendance acquise durant l'hospitalisation, liée aux soins qui sont pratiqués ou prescrits par les professionnels de santé, visant initialement à préserver, améliorer ou rétablir la santé du patient. Cette dépendance iatrogène est le plus souvent évitable et peut être la cible d'interventions</p> <p>e. La formation OMAGE : soin transitionnel multifacette conjuguant l'optimisation des prescriptions, l'éducation thérapeutique et coordination précoce et renforcée avec les acteurs de la ville</p>
<p><b>Public</b></p>	<p>a. <u>Diagnostic du territoire, rôle des différents acteurs du parcours</u> : Public ciblé ensemble des professionnels de santé mais aussi les travailleurs sociaux qui font le lien avec les acteurs de ville</p> <p>b. <u>Appropriation et utilisation des outils du PAERPA</u> : plan personnalisé de santé, dossier de liaison d'urgence dans les EHPAD, compte-rendu d'hospitalisation, volet médical de synthèse, ADRH, PRADO, TRAJECTOIRE. Ces documents sont en cours d'élaboration par la HAS en 2013 et visent l'ensemble du public des professionnels avec un détail plus conséquent pour les utilisateurs de ces outils.</p> <p>c. <u>Repérage de l'autonomie dès l'admission dans tous les services de médecine et de chirurgie des personnes de plus de 75 ans.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour le repérage de premier niveau : savoir poser une indication de recours à une évaluation simple, public cible : aide soignant à l'aide d'une grille simple et adaptée.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour le repérage de deuxième niveau : évaluation gériatrique simple, public cible : IDE.</li> <li>• Pour le repérage de troisième niveau : évaluation gériatrique standardisée (gériatre, équipe mobile de gériatrie)</li> </ul> <p>d. <u>Prévention de la perte d'autonomie iatrogène</u> entendue comme la part de dépendance acquise durant l'hospitalisation, liée aux soins qui sont pratiqués ou prescrits par les professionnels de santé, visant initialement à préserver, améliorer ou rétablir la santé du patient. Cette dépendance iatrogène est le plus souvent évitable et peut être la cible d'interventions. A partir des conclusions de l'étude menée au Gérontopôle de Toulouse en 2011 et de l'application des recommandations de bonnes pratiques visant à réduire les risques auxquels sont exposées les personnes âgées hospitalisées ( chutes*, dénutrition, conséquences d de l'immobilité, risques infectieux....) public cible : binôme gériatre , IDE , pharmacien hospitalier.</p> <p>e. <u>Iatrogénie médicamenteuse</u> : La formation OMAGE : soin transitionnel multifacette conjuguant l'optimisation des prescriptions, l'éducation thérapeutique et coordination précoce et renforcée avec les acteurs de la ville ; public cible : binôme gériatre, IDE, pharmacien hospitalier</p>
<p>Les IDE AS MK  Médecin, gériatre, cadre de santé, pharmacien, PPH....  Travailleurs sociaux</p>	

➤ **OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES EVENTUELLES :**

Au-delà des aspects théoriques, privilégier les formations susceptibles de favoriser l'échange (mise en situation, retour d'expérience...)

En fonction des éléments de contenu, les publics ciblés peuvent être différents et cela donne lieu à une modularisation de la formation ou du programme de DPC qui est à construire

## ANNEXE 21

PROGRAMME NATIONAL DPC 2014	
<b>Intitulé</b>	<b>Gestion des risques associés aux soins en équipe</b>
<b>Contexte</b>	<p>Les enquêtes françaises ENEIS de 2005 et 2009<sup>1</sup> ont mis en évidence une fréquence stable d'environ 1 événement indésirable grave (EIG) tous les 5 jours par secteur de 30 lits, 4,5% des séjours en établissements de santé sont causés par un EIG. Enfin, une enquête menée par l'IRDES<sup>2</sup> en 2011 estime à 700 millions d'euros, pour la seule année 2007, le coût des EIG en France.</p> <p>Par ailleurs, les enseignements tirés des grandes bases de données nord américaines (NCPS, JCAHO) ainsi qu'en France de la Base de retour d'expérience de l'accréditation des médecins<sup>3</sup>, montrent que parmi les causes des événements indésirables associés aux soins (EIAS) : les défaillances organisationnelles et du travail en équipe ainsi que les problèmes de communication entre les professionnels sont souvent retrouvés. D'autres études mettent en évidence l'importance du travail en équipe (Baxter en 2008<sup>4</sup>, revue Cochrane de Zwarenstein<sup>5</sup>, Neily<sup>6</sup>, etc ...).</p> <p>Il semble donc <b>important de pouvoir proposer aux professionnels de santé une démarche de gestion des risques associant tous les membres d'une équipe afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés.</b></p> <p>En effet, <b>la notion d'équipe n'est pas un état inné et naturel qui aurait été programmé par la formation des professionnels.</b> Le « déclic » permettant à une équipe de prendre conscience qu'il y a un moyen de faire quelque chose en commun pour renforcer l'efficacité au service du patient est un moment important. Tous ces éléments confirment le fait qu'il ne suffit pas de juxtaposer des expertises pour assurer la qualité des soins, mais qu'il faut aussi se préoccuper de développer des compétences non techniques qui permettent de « <b>passer d'une équipe d'experts à une équipe experte</b> ».</p> <p>Elle repose notamment <b>sur l'organisation d'une communication adaptée,</b></p>

<sup>1</sup> [http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.cpm.aquisante.priv/files/ENEIS-RapportComparaison\\_2004-2009%20final-Mars2011.pdf](http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.cpm.aquisante.priv/files/ENEIS-RapportComparaison_2004-2009%20final-Mars2011.pdf)

<sup>2</sup> <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf>

<sup>3</sup> Sur 9000 événements indésirables analysés en 2011 environ 26% des causes retrouvées sont liées au facteur équipe et parmi celles-ci 35% sont liées à des problèmes de communication entre professionnels

<sup>4</sup> Baxter, Brumfitt. Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking. *Qual Saf Health Care* 2008 17: 127-130

<sup>5</sup> Zwarenstein, Goldman, Reeves. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.

<sup>6</sup> Neily et al. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *JAMA*. 2010;304(15):1693-1700.

	<p><b>ciblée, entre professionnels de différentes formations associés dans l'objectif commun de réaliser un soin ou d'orienter un parcours dans les meilleures conditions.</b></p> <p>La gestion des risques en équipe est une notion avec laquelle les professionnels de santé sont de mieux en mieux familiarisés.</p> <p>En effet, la réglementation récente et les dispositifs relatifs à la sécurité des soins favorisent cette pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements associés aux soins en établissement de santé (article R 611-1 et suivants du CSP) qui instaure un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins chargé de fédérer et de mutualiser l'expertise disponible</li> <li>- l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé qui implique en outre la mise en place de démarches pluri-professionnelle d'analyses de risques dans un objectif de sécurisation</li> <li>- la certification des établissements de santé</li> <li>- les mesures incitatives destinées à favoriser le partage entre professionnels dans un objectif de qualité et de sécurité (exemple du financement dédié au développement du retour d'expérience de 16 M€ en 2012, reconduit en 2013 pour, organisés en équipe, sur les évènements indésirables</li> <li>- le Programme national pour la sécurité des patients (2013/2017) qui prévoit une série d'actions valorisant la relation d'équipe en raison de son impact sur la sécurité des soins (actions 39 à 43)</li> </ul>
<p><b>Objectifs de la formation</b></p>	<p>Bien que les textes réglementaires mentionnés ci-dessus concernent les établissements sanitaires, <b>cette formation a vocation à être déclinée en établissements sanitaires et en établissements médico-sociaux, en insistant sur les risques existants</b> en M.C.O, en psychiatrie et dans les structures prenant en charge des personnes âgées.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Développer la gestion des risques au niveau d'une équipe</b></li> <li><b>2. Favoriser le travail en équipe</b> (« passer d'une équipe d'experts à une équipe experte »)</li> <li><b>3. Assurer l'articulation entre l'équipe – son établissement de santé et le(s) organisme(s) professionnels (Collège professionnel, société</b></li> </ol>

	<b>savante, organisme agréé pour l'accréditation ...)</b>
<b>Eléments du programme</b>	<p>Le contenu de la formation est décliné afin de répondre aux objectifs ci-dessus :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Développer la gestion des risques au niveau d'une équipe :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Notions de gestion et de maîtrise des risques, de retour d'expérience. Définitions des EIAS, y compris évènements porteurs de risque (ou near miss) et EIG. Rôle du patient co-acteur de sa sécurité.</li> <li>b. Méthodes et outils pour prévenir, détecter identifier, analyser et récupérer des EIAS. Des thématiques/situations à risque ciblées peuvent être pré-définies (cf. infra),</li> <li>c. Méthodes et outils pour mettre en place un retour d'expérience.</li> </ol> </li>   <li><b>2. Favoriser le travail en équipe</b> (« passer d'une équipe d'experts à une équipe experte ») :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Méthodes et outils pour analyser <b>collectivement</b> (entre les membres de l'équipe) les EIAS à travers une organisation dédiée (de type RMM),</li> <li>b. Renforcer la compétence de l'équipe pour « travailler ensemble ». Par exemple : temps de formation dédié aux modalités du travail en équipe (de type « <i>Médical Team Training</i> »), séance de simulation, appropriation d'outils de communication interprofessionnels ...</li> <li>c. Evaluer le travail en équipe (organisation, processus, résultats) et la culture de sécurité de l'équipe (auto-évaluation)</li> </ol> </li>   <li><b>3. Assurer l'articulation entre l'équipe – son établissement de santé et le(s) organisme(s) professionnels (Collège professionnel, société savante, organisme agréé pour l'accréditation ... )</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Connaître les dispositifs existants qu'ils soient nationaux (certification des établissements, développement professionnel continu, accréditation des médecins) et locaux (rôle de la CME , de la Commission des Soins infirmiers, de la commission des usagers) dans la sécurité des soins. Savoir identifier les interlocuteurs clés.</li> <li>b. S'assurer de la cohérence des démarches mises en place par l'équipe avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et le plan de développement professionnel continu de l'établissement.</li> <li>c. Savoir traduire la démarche mise en place par l'équipe dans un projet de service collectif pour améliorer la Qualité et la Sécurité de</li> </ol> </li> </ol>

	<p>la prise en charge clinique des patients. Ce projet de service doit s'appuyer sur une auto évaluation des points faibles des objectifs chiffrés d'amélioration et des indicateurs de suivi (moins de complications, des complications mieux gérées, une sortie mieux sécurisée, etc)</p>
<p><b>Public</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe « constituée » (pôle, service, secteur ou unité) ou équipe formée par les professionnels mobilisés autour de « parcours » spécifiques (interfaces intra-hospitalières, mais aussi ville/ES/médico-social par exemple)</li> <li>- équipe formée de professionnels relevant de différents métiers (médicaux, paramédicaux, techniques, administratifs...)</li> </ul>