

Circulaire DHOS/P 2 n° 2002-358 du 19 juin 2002 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 (fonction publique hospitalière)

19/06/2002

Date d'application : immédiate.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation (pour information) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les directeurs de la santé et du développement social (pour mise en oeuvre)

La circulaire annuelle sur les orientations de formation a pour objet d'indiquer aux établissements de santé et à leurs agents les priorités nationales retenues pour l'année suivante, priorités venant consolider et renforcer les politiques de santé publique. Ces orientations s'inscrivent le plus souvent dans les programmes pluriannuels de formation discutés au sein du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et mis en oeuvre par les établissements de santé via l'ANFH et l'ENSP.

Les priorités d'actions nationales de formation pour 2002 ont été définies par la [circulaire n° 387 du 1er août 2001](#), et avaient mis l'accent notamment sur la prévention des infections nosocomiales, la lutte contre la violence à l'hôpital, la prise en charge des soins palliatifs et de la douleur, l'application de la réforme des EPHAD et enfin la lutte contre l'exclusion.

Les orientations nationales de formation pour l'année 2003 intègrent et confirment ces thématiques, tout en les complétant par de nouveaux axes.

1. La confirmation des axes à caractère pluriannuel

L'accompagnement de la réforme des établissements accueillant des personnes âgées :

Cette réforme est à appréhender dans toutes ces dimensions, et notamment celles qui touchent à l'organisation interne des établissements, aux financements, aux modes de prises en charges et aux relations avec les résidents et leur famille, aux formations des personnels et à leurs qualifications. La [loi du 20 juillet 2001](#) relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est venue compléter le dispositif, et son entrée en vigueur a été effective le 1er janvier 2002. L'ensemble de ces dispositions a pour objectif de répondre aux conséquences du manque ou de la perte d'autonomie, liées à l'état physique ou mental de la personne âgée. Il est rappelé aux établissements concernés, que la réglementation prévoit que 70 % des dépenses de personnels d'accompagnement, aides soignants et aides médico-psychologiques, peuvent être prises en charge par l'assurance maladie, sous réserve que les personnels soient qualifiés.

Dès lors, l'accent doit être mis sur le renforcement des pratiques professionnelles dans tous les domaines susceptibles de faire progresser la prise en charge et l'accueil des personnes âgées. Avec le concours de l'ANFH et de ses délégations régionales, plusieurs thématiques, répondant à ses critères, sont proposées aux établissements : détection et prise en charge de la dénutrition, prise en charge des soins palliatifs, de la douleur, de la démence. Cette dernière thématique s'inscrit dans le plan démence 2002-2006 qui fait suite au rapport Girard sur la maladie d'Alzheimer. Les perspectives d'évolution démographique permettent de prévoir une évolution sensible de l'incidence des pathologies de la démence dans les prochaines années, et renforcent la nécessité de prises en charge spécifiques et de personnels formés.

Par ailleurs, au sein des projets de vie, véritables clés de voûte du fonctionnement des établissements, des formations-actions plus spécifiques sont à privilégier : prévention des chutes et des escarres, coordination des équipes, relation avec les familles. Enfin, la qualification des personnels reste prioritaire et conditionne d'ailleurs la signature des conventions tripartites. Concomitamment, dans les établissements de santé, les moyens financiers consacrés à la promotion professionnelle par le protocole du 14 mars 2000, renforcés par ceux venus abonder le fonds de modernisation des

établissements de santé en 2002, devraient permettre de soutenir les efforts déjà réalisés dans ce domaine.

Le renforcement de la qualité et de la continuité des prises en charge :

La prise en charge des soins palliatifs a été inscrite dans un plan triennal de développement (1999/2001) et reconduite pour une deuxième période de trois ans (2002-2005). La **loi n° 99-477 du 9 janvier 1999**, qui vise à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, en a fait une priorité de santé publique. La circulaire du 9 juin 2001 relative à l'organisation des soins palliatifs met l'accent sur la poursuite du développement des équipes mobiles (EMSP), des unités (USP), et sur la création de lits « identifiés » comme tels au sein du projet de service de l'unité de soins. Ce texte précise les missions et les modes de fonctionnement de ces différentes structures de prise en charge. Par ailleurs, la circulaire définit le rôle des équipes intervenant au domicile, notamment dans le cadre du réseau ville-hôpital. Un plan de formation pluriannuel élaboré en partenariat avec l'ANFH et repris en 2002 et 2003 accompagne la structuration des dispositifs de prise en charge des soins palliatifs par les professionnels de santé.

Parallèlement, la prise en charge de la douleur, qui figure parmi les missions des établissements de santé, constitue aussi depuis 1998 une priorité de santé publique. L'évaluation du premier plan triennal (1998-2001) a montré qu'une prise de conscience se développe au niveau tant des usagers que des professionnels, notamment dans la prise en charge thérapeutique. Afin de soutenir cette dynamique, de nouvelles orientations ont été annoncées pour les quatre prochaines années, lors de la présentation du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005. Ce programme met l'accent sur la poursuite de l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique rebelle, et définit trois priorités : la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant, et la migraine. Fondé sur l'engagement des établissements de santé, le programme s'appuie notamment sur l'amélioration de la formation des professionnels de santé et le renforcement du rôle de l'infirmier dans la prise en charge de la douleur provoquée. Dans ce cadre, les réflexions d'équipes pluridisciplinaires sur le sujet, et leurs formations, sont à privilégier. L'ANFH a mis en place sur ce thème un programme de formation pluriannuel tout à fait adapté et répondant parfaitement aux besoins et aux attentes des professionnels de santé.

Enfin, la mise en oeuvre des orientations nationales relative à l'évolution de l'offre de soins psychiatriques continue en 2003 de s'inscrire dans le plan de santé mentale adopté en novembre 2001 et consacrant « l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover ». Sur les huit axes prévus au plan, sept sont consacrés à l'organisation d'une offre de soins psychiatriques diversifiée, graduée et coordonnée, en relation avec les besoins de santé mentale. Le renforcement de la continuité de la prise en charge psychiatrique, intégrant notamment la prévention et la réinsertion, le développement des prises en charge ambulatoires et des alternatives à l'hospitalisation, le travail en réseau induisent de privilégier le travail pluridisciplinaire et en partenariat avec les différents acteurs du champ social et médico-social. La formation des équipes hospitalières apparaît comme un outil indispensable à la mise en oeuvre de ces approches communautaires, outil que je vous invite à prioriser dans le cadre des plans de formation, à l'image des sessions réalisées en 2000 et 2001 par l'ANFH sur le thème de « l'équipe pluridisciplinaire en psychiatrie ».

La place et le rôle de l'utilisateur dans les établissements de santé :

La **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé affirme de nouveaux droits pour le patient et sa famille. Dans la continuité des textes précédents, notamment sur la participation des usagers au conseil d'administration et la création des commissions de conciliation, ce texte consolide la place et le rôle de l'utilisateur, « acteur de sa prise en charge ». Plusieurs thématiques viennent ainsi rappeler, dans la **loi du 4 mars 2002**, les droits reconnus aux usagers, en matière d'information et de participation au fonctionnement du système de santé.

Confirmées par les démarches d'accréditation, les pratiques d'évaluation de la satisfaction des usagers et de leur famille sont également aujourd'hui largement prises en compte par les établissements. Néanmoins, les efforts dans tous ces domaines doivent être poursuivis et amplifiés afin de répondre aux besoins et aux attentes des patients. Premier vecteur d'amélioration de la qualité de la prise en charge, l'information qui émane des usagers doit être sollicitée, accompagnée et traitée. Pour cela, la sensibilisation et la formation des équipes à cette place centrale et réaffirmée de l'utilisateur dans la vie et le fonctionnement des établissements apparaît comme un axe majeur d'amélioration de la prise en charge.

L'amélioration de l'organisation et des conditions de travail des professionnels de santé :

Dans la continuité du protocole du 14 mars 2000, et de la mise en place de la RTT, l'amélioration continue des conditions et des modes d'organisation du travail des personnels demeure une priorité. Axe central des projets sociaux prévus par la loi, ce thème intègre de multiples composantes agissant sur la qualité de vie au travail. Le guide méthodologique « Elaboration, négociation et suivi du projet social » paru en 2002 met ainsi l'accent notamment sur l'analyse des situations de travail et l'évaluation des risques, sur l'intégration des personnels, la gestion du temps de travail et l'organisation des tâches, la prévention des atteintes à la santé des personnels au travail, la formation et la gestion des compétences. Là comme ailleurs, la participation des acteurs, et, plus largement, le renforcement du dialogue social, sont les garants de la réussite et surtout de la pérennité des actions retenues. Sur la plupart de ces thèmes, des actions de formation sont mises en oeuvre, avec le concours de l'ANFH et de l'ENSP. Compte tenu de l'importance de ces diverses problématiques et du rôle qu'elles jouent sur le fonctionnement des établissements de santé, je vous invite à poursuivre et renforcer leur place

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosp-2-n-2002-358-du-19-juin-2002-relative-aux-orientations-et-axes-de-formation-prioritaires-a-caractere-pluriannuel-concernant-l-ensemble-des-fonctionnaires-des-etablissements/>

au sein des actions figurant dans les plans de formation annuels.

Parallèlement, l'attention doit être maintenue face aux situations à risque et de violence auxquelles les professionnels sont parfois confrontés. L'élaboration progressive de programmes pluriannuels de prévention des situations de violence à l'hôpital, dans le cadre du volet « amélioration des conditions de travail » du projet social et du contrat d'objectifs et de moyens, a pour objectif la définition d'une véritable politique d'établissement, associant l'ensemble des acteurs concernés et visant à la mise en place de contrats locaux d'amélioration des conditions de travail. Les actions nationales effectuées sur ce thème ont rencontré un grand succès et permis aux établissements de former des référents capables de développer dans les établissements de santé, des plans locaux d'amélioration des conditions de travail, de prévention des situations de violence, et plus largement, de toutes situations dommageables à la santé des personnels.

Enfin, le renforcement des politiques sociales passe aussi par un accompagnement plus soutenu des personnels dans leurs projets professionnels. C'est le cas notamment dans le domaine de la promotion professionnelle et de la résorption de l'emploi précaire, y compris les bénéficiaires d'un contrat emploi-jeune selon la circulaire DHOS/P2/2001, n° 354 du 18 juillet 2001. Les moyens financiers particulièrement importants dégagés ces dernières années, à la fois par les pouvoirs publics mais aussi par les établissements de santé, ont permis de répondre aux nombreux besoins d'évolution professionnelle qui se sont manifestés. Cet effort doit être maintenu et amplifié chaque fois que c'est possible. Je vous rappelle à cette occasion que la circulaire du 18 avril 2002 définit par le biais d'une convention cadre les conditions de la participation de l'ANFH, via ses délégations régionales, à la répartition de l'enveloppe FMES consacrée aux études promotionnelles.

La poursuite du programme de lutte contre les infections nosocomiales et de réduction des risques sanitaires :

La politique de prévention contre l'ensemble des infections nosocomiales reste un objectif prioritaire pour 2003. Enjeu majeur de santé publique depuis plusieurs années, la mise en place des comités de lutte contre les infections nosocomiales et la constitution d'équipes opérationnelles d'hygiène ont permis de franchir une étape décisive dans la sensibilisation puis la prise en compte des risques infectieux. Un effort particulier d'adaptation des compétences des professionnels concernés a été accompli ces dernières années, effort qui demande désormais à être consolidé. En lien avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales et les comités de prévention et de vigilance, les besoins de formation identifiés dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales doivent rester une priorité d'établissement dans le cadre des plans de formation.

Complémentairement, des dispositifs de réduction des risques sanitaires sont à élaborer, en mettant notamment en place des programmes de gestion et de prévention des risques liés aux actes médicaux. Dans cet esprit, la lutte contre la iatrogénie liée aux pratiques de soins demeure prioritaire. Compte tenu des enjeux en présence, une grande mobilisation des professionnels est à réaliser autour de la structuration de procédures visant à organiser la déclaration d'événements indésirables survenus ou sur le point de survenir. L'accompagnement en formation des personnels concernés par le respect des bonnes pratiques constitue un préalable mais aussi un gage de sécurité pour les professionnels.

2. Les autres axes prioritaires préconisés pour 2003

2.1. La mise en oeuvre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Les nouveaux outils d'évaluation interne et externe :

L'article L-312-8 du code de l'action sociale et des familles crée une obligation pour les établissements sociaux et médico-sociaux, d'évaluer leur activité et la qualité de leur prestation, sur la base de bonnes pratiques professionnelles. Ces établissements bénéficient en outre tous les sept ans d'une évaluation externe effectuée par un organisme indépendant. Dans cette perspective, la mise en place et l'organisation d'un dispositif permanent d'auto-évaluation au sein de ces établissements exigent au préalable la sensibilisation et la formation de ceux qui seront chargés de cette démarche.

Le droit des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux :

La loi du 2 janvier 2002 instaure de nouveaux outils garantissant les droits des usagers, tels que : la charte des droits et libertés, le contrat de séjour, la création du nouveau conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement, les modalités d'accès des usagers à leur dossier. Ces nouvelles mesures ont pour objectif de positionner clairement les usagers, au coeur de la vie et du fonctionnement de ces établissements. Pour cela, des organisations, des pratiques professionnelles, des outils nouveaux sont à créer et à structurer, avec les professionnels de santé. L'accompagnement par la formation est la condition nécessaire à cette évolution, dans laquelle le projet de vie et plus encore le projet d'établissement désormais obligatoire, constituent le cadre d'action privilégié.

La nouvelle réglementation budgétaire, tarifaire et comptable :

La loi du 2 janvier 2002 a transformé les mécanismes de la campagne budgétaire et surtout diversifié les modes de tarification des établissements sociaux et médico-sociaux. Les responsables de ces établissements doivent préparer les prochaines campagnes budgétaires suivant les nouvelles modalités prévues par la loi et être en capacité de discuter et négocier leurs propositions avec les autorités de tarification. Ce nouveau cadre financier exige de la part des responsables d'appréhender les objectifs recherchés par la nouvelle réglementation et surtout de connaître les techniques budgétaires, financières et comptables qui s'appliquent désormais.

2.2. La gestion des plaintes et des réclamations

Éléments souvent révélateurs de dysfonctionnements des établissements de santé, les plaintes et réclamations sont souvent des sources d'information privilégiées sur les conditions d'application du droit existant et sur les attentes des usagers. Elles doivent être considérées par les professionnels comme un moyen privilégié permettant d'améliorer la qualité de prise en charge du patient dans les établissements. Au-delà de la sensibilisation des personnels aux enjeux que constitue une bonne gestion des plaintes et des réclamations, l'objectif à rechercher consiste à structurer une organisation, un suivi et un traitement de ces informations au sein même des équipes de soins et à faire acquérir à ceux qui en auront la charge les compétences nécessaires.

2.3. L'éducation de la personne atteinte d'infection à VIH et/ou VHC à la prise en charge de sa maladie

Les infections par le VIH ou par le VHC sont à l'origine de pathologies chroniques à l'évolution plus ou moins grave selon le virus ou le stade de la maladie. Elles nécessitent pour les patients de suivre des traitements au long cours, voire de manière permanente pour le VIH. Ces traitements complexes et multiples sont parfois mal supportés par les malades du fait de leur lourdeur et de leurs effets secondaires. Pour améliorer l'observance, il est nécessaire de mieux informer les patients sur leur maladie et leur traitement, notamment sur les règles de diététique à respecter. Par ailleurs, le risque de transmission du virus implique également qu'ils prennent des précautions très strictes dans leur vie quotidienne. Enfin, cette demande est relayée par les associations de malades, qui souhaitent voir compléter les informations médicales données lors des consultations, par des personnels infirmiers formés à l'éducation thérapeutique.

2.4. L'annonce pré et postnatale d'une anomalie ou d'un handicap aux familles, l'accompagnement des parents et l'accueil de l'enfant

La circulaire du 28 novembre 1985 visait à sensibiliser les professionnels des maternités à l'accueil des enfants nés avec un handicap. Ses grandes orientations, qui demeurent d'actualité, n'ont pas toujours été accompagnées d'une formation spécifique des professionnels concernés. Compte tenu des enjeux qui entourent l'annonce pré et postnatale d'une anomalie et des difficultés auxquelles sont confrontées les équipes d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale, il apparaît comme une priorité de les former à une meilleure prise en charge des parents et de l'enfant.

Les axes prioritaires développés dans la présente circulaire ont été approuvés par le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière dans sa séance du 24 mai 2002.

Certaines actions seront reprises et mises en oeuvre par l'ANFH dans le cadre des actions nationales financées sur la part de cotisations mutualisées et selon des modalités qui vous seront communiquées ultérieurement. D'autres seront proposées par l'ENSP et intégrées dans le programme de formation continue 2003 proposé aux établissements.

Vous voudrez bien porter ces informations à la connaissance des établissements de santé relevant de votre circonscription, étant entendu qu'elles peuvent également intéresser les établissements de santé privés participant au service public hospitalier.

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, E. Couty