

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines
du système de santé

Bureau des ressources humaines
hospitalières

Instruction n° DGOS/RH4/2014/238 du 28 juillet 2014 relative aux 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 : AFSH1418467J

Validée par le CNP du 18 juillet 2014. – Visa CNP 2014-120.

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 2015 pour le développement des compétences des personnels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

Mots clés : plan de formation – développement professionnel continu – plan national cancer 2014-2018 – sécurisation des chimiothérapies orales – plan de développement des métiers de l'autonomie – personnes handicapées – pénibilité au travail – infection associée aux soins – plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes – violences conjugales et familiales.

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;

Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013;

Circulaire n° DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationale prioritaires à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des agents 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;

Circulaire DGOS/RH4 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.

- Annexe 1. – Professionnaliser les jurys de validation des acquis de l'expérience professionnelle.
- Annexe 2. – Faire du bilan social, un outil de dialogue social et de stratégie en ressources humaines.
- Annexe 3. – Établir un plan de prévention de la pénibilité.
- Annexe 4. – Renforcer le développement d'une culture d'évaluation et de prévention des risques professionnels.
- Annexe 5. – Qualité de vie au travail: responsabilité sociale et exigence de management durable.
- Annexe 6. – Professionnaliser les jurys de concours: sécurité juridique, égalité des chances.
- Annexe 7. – Qualité du dialogue social dans les établissements de la fonction publique hospitalière.
- Annexe 8. – Animer le travail d'équipe: qualité du travail, qualité de vie au travail.
- Annexe 9. – Mieux gérer les situations de violence au sein des établissements de santé et des structures médico-sociales.
- Annexe 10. – Principes et fondements de la laïcité.
- Annexe 11. – Égalité Femme-Homme: lutter contre les stéréotypes et le harcèlement sexuel et moral dans la fonction publique hospitalière.
- Annexe 12. – Mieux former les tuteurs des stagiaires paramédicaux.
- Annexe 13. – Médiation en établissement: acteurs de prévention et de résolution des conflits.
- Annexe 14. – Contribution au plan « métiers de l'autonomie » dans les établissements de la FPH: exercer en qualité d'infirmière coordonnatrice en EHPAD.
- Annexe 15. – Améliorer l'accès au dossier médical.
- Annexe 16. – Fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes du parcours de soins.
- Annexe 17. – Prévention du risque infectieux en établissements de soins, médico-sociaux et en structures de soins à domicile.
- Annexe 18. – Contribution au plan « métiers de l'autonomie »: accompagnement de l'avancée en âge des personnes handicapées en établissement médico-social et social.
- Annexe 19. – Démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie en dehors des services spécialisés.
- Annexe 20. – Déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance.
- Annexe 21. – Évaluation et prise en charge de la douleur.
- Annexe 22. – Pertinence des soins.
- Annexe 23. – Gestion des risques associés aux soins en équipe.
- Annexe 24. – Parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA).
- Annexe 25. – Déclaration des événements indésirables graves (EIG), des vigilances et signalements des infections nosocomiales (IN).
- Annexe 26. – Prise en charge de l'autisme.
- Annexe 27. – Repérage précoce et intervention brève (RPIB) concernant les conduites addictives particulièrement chez les jeunes.
- Annexe 28. – Interfaces « ville-hôpital »: la sortie du patient hospitalisé.
- Annexe 29. – Diagnostic précoce des personnes à risque suicidaire élevé et prise en charge des personnes ayant réalisé une tentative de suicide.
- Annexe 30. – Contribution au plan de lutte contre les violences faites aux femmes: savoir identifier les situations de violence conjugale et familiale dans les établissements de la FPH.
- Annexe 31. – Recommandations de pratiques cliniques: prise en charge somatique des patients adultes ayant une pathologie psychiatrique.
- Annexe 32. – Contribution à la mise en œuvre du plan cancer 2014-2019: améliorer la qualité et la sécurité des soins des patients sous chimiothérapies orales par l'information et l'accompagnement des patients.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux d'agences régionales de santé ; 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 publics de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements, sociaux et médico-sociaux (pour mise en œuvre).

La présente circulaire a pour objet de communiquer aux établissements relevant de la fonction publique hospitalière, les axes prioritaires ainsi que les actions nationales à mettre en œuvre pour l'année 2015 dans le cadre de leur plan de développement des compétences.

I. – FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE ET DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU, DEUX DISPOSITIFS AU SERVICE DU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES PERSONNELS À ARTICULER AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS

Les dispositifs de formation professionnelle tout au long de la vie contribuent depuis longtemps et avec efficacité au développement des compétences de l'ensemble des agents de la fonction publique hospitalière, quelle que soit la profession dont ils relèvent.

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

- à généraliser pour toutes les catégories professionnelles de nouvelles approches en matière de formation. 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 ce titre les méthodes préconisées par la Haute Autorité de Santé pour la mise en œuvre du DPC peuvent être élargies aux actions organisées pour l'ensemble des catégories professionnelles ;
- à privilégier des actions de développement des compétences en équipe et de l'équipe, associant soignants et non-soignants, médecins et professionnels de santé paramédicaux.

Les établissements sont 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.

II. – LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'ANNÉE 2015

Il appartient légitimement à chaque établissement en fonction de ses enjeux et de ses projets de définir ses priorités d'action en matière de développement de compétences.

En matière de DPC, l'arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales pour 2013 et reconduit en 2014 pourra également orienter l'action.

Les thématiques retenues pour 2015 déclinent des axes de politiques publiques, tant dans le domaine de la santé que dans le domaine des politiques sociales, d'autres actions correspondant à des mesures définies dans le cadre de l'agenda social de la fonction publique.

Les établissements de la fonction publique hospitalière, en fonction de leurs domaines d'activité, sont invités à entreprendre ou poursuivre ces thématiques de développement des compétences, dans l'objectif d'une adaptation des personnels à l'évolution des activités et à leur qualité, au service des patients et des usagers.

Parmi l'ensemble des actions proposées au titre de l'année 2015, certaines ont déjà été inscrites dans les circulaires DGOS/RH4 du 22 mai 2012 et du 19 juillet 2013. En raison de la permanence de leurs objectifs, ces actions ont une vocation pluriannuelle et doivent être reconduites en fonction des besoins des établissements : il s'agit notamment des actions visant à soutenir les dynamiques d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sur des thématiques érigées en Pratiques

Exigibles Prioritaires (PEP) par la Haute Autorité de Santé (HAS) et qui déclinent plusieurs objectifs de la Stratégie Nationale de Santé. Par ailleurs, les actions de formation nationales relatives au dialogue social et à l'animation d'équipe retenues en 2014 restent aussi d'une forte actualité.

S'agissant des priorités nouvelles retenues au titre 2015, plusieurs d'entre elles visent à contribuer à des politiques publiques majeures récemment définies ou actualisées : pour les établissements sanitaires, plan cancer 2014-2019, plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 ; pour les établissements médico-sociaux et sociaux, plan de développement des métiers de l'autonomie ; pour l'ensemble des établissements de la FPH, plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins, plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes. D'autres actions permettent d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre de dispositions législatives ou réglementaires récentes ou de mesures définies dans le cadre de l'agenda social de la fonction publique.

L'ensemble de ces axes prioritaires de formation tout au long de la vie (1) et des programmes prioritaires de développement professionnel continu (2) a été retenu dans le cadre d'une concertation avec les membres de la commission de formation professionnelle du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière.

Concernant les actions mises en œuvre au niveau national, trois thématiques ont été choisies au titre de programmes nationaux de DPC, également après concertation avec les membres de la commission de formation professionnelle : un cahier des charges et une sélection des organismes de formation sont donc organisés au niveau national en collaboration entre la DGOS et l'ANFH pour ces actions.

1. Axes prioritaires en matière de formation professionnelle tout au long de la vie pour l'année 2015

1.1. Développement des ressources humaines : conditions de travail, parcours professionnels, qualité de vie au travail

1. Professionnaliser les jurys de validation des acquis de l'expérience professionnelle
2. Faire du bilan social, un outil de dialogue social et de stratégie en ressources humaines
3. Etablir un plan de prévention de la pénibilité
4. Renforcer le développement d'une culture d'évaluation et de prévention des risques professionnels (action reconduite)
5. Qualité de vie au travail : responsabilité sociale et exigence de management durable (action reconduite)
6. Professionnalisation des jurys de concours : sécurité juridique, égalité des chances (action reconduite)
7. Qualité du dialogue social dans les établissements de la fonction publique hospitalière (action reconduite)
8. Animer le travail d'équipe : qualité du travail, qualité de vie au travail (action reconduite)

1.2. Prise en compte des évolutions sociétales dans les établissements de la fonction publique hospitalière

9. Mieux gérer les situations de violence au sein des établissements de santé et des structures sociales et médico-sociales
10. Principes et fondements de la laïcité (action reconduite)
11. Egalité Femme-Homme : lutter contre les stéréotypes et le harcèlement sexuel et moral dans la fonction publique hospitalière (action reconduite)

1.3. Evolution des compétences professionnelles et sécurité des procédures

12. Mieux former les tuteurs des stagiaires paramédicaux
13. Médiation en établissement : acteurs de prévention et de résolution des conflits
14. Contribuer au plan « métiers de l'autonomie » dans les établissements de la FPH : exercer en qualité d'infirmière coordonnatrice en EHPAD
15. Améliorer l'accès au dossier médical (action reconduite)
16. Fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes du parcours de soins (action reconduite)

2. Programmes prioritaires de développement professionnel continu pour l'année 2015

2.1. Qualité et sécurité des prises en charge des patients

17. Prévention du risque infectieux en établissements de soins, médico-sociaux et en structures de soins à domicile
18. Contribution au plan « métiers de l'autonomie » : accompagnement de l'avancée en âge des personnes handicapées en établissement médico-social et social
19. Démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie en dehors des services spécialisés (action reconduite)
20. Déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance (action reconduite)
21. Evaluation et prise en charge de la douleur (action reconduite)
22. Pertinence des soins (action reconduite)
23. Gestion des risques associés aux soins en équipe (action reconduite)
24. Parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (action reconduite)
25. Déclaration des événements indésirables graves, des vigilances et signalements des infections nosocomiales (action reconduite)

2.2 Santé publique et parcours de soins

26. Prise en charge de l'autisme (action reconduite)
27. Repérage précoce et intervention brève (RPIB) concernant les conduites addictives particulièrement chez les jeunes (action reconduite)
28. Interfaces « ville-hôpital » : la sortie du patient hospitalisé (action reconduite)
29. Diagnostic précoce des personnes à risque suicidaire élevé et prise en charge des personnes ayant réalisé une tentative de suicide (action reconduite)

3. Programmes nationaux de développement professionnel continu 2015

30. Contribution au plan de lutte contre les violences faites aux femmes : savoir identifier les situations de violence conjugale et familiale lors de la prise en charge de patients dans les établissements de la FPH
31. Recommandations de pratiques cliniques : prise en charge somatique des patients adultes ayant une pathologie psychiatrique sévère
32. Contribution à la mise en œuvre du plan cancer 2014-2019 : améliorer la qualité et la sécurité des soins des patients sous chimiothérapies orales par l'information et l'accompagnement des patients

J'attache de l'importance à ce que ces orientations de développement des compétences soient largement mises en œuvre au profit des patients et des personnels de la fonction publique hospitalière.

Pour la ministre des affaires sociales et de la santé,
par délégation :

*Le secrétaire général adjoint,
secrétaire général par intérim
des ministères chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

Le directeur général de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUIS

ANNEXE 1

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Professionalisation des jurys de validation des acquis de l'expérience professionnelle
Contexte	<p>La possibilité d'accéder aux diplômes des professions de santé par la validation des acquis de l'expérience (VAE) s'est développée à compter de 2005: VAE des aides soignants et des auxiliaires de puériculture en 2005, des préparateurs en pharmacie en 2006.</p> <p>Plus récemment, ce sont les diplômes d'État d'ergothérapeute et d'infirmier de bloc opératoire (IBODE) qui ont été ouverts à la VAE, respectivement en février 2013 et avril 2014.</p> <p>En 2005 et 2006, des actions de formation spécifiques avaient été organisées pour les membres des jurys de VAE des diplômes alors rendus accessibles par cette voie.</p> <p>Or, les remontées des professionnels concernés montrent qu'il est nécessaire d'organiser de telles formations pour les membres des jurys concernés par la VAE dans l'intérêt des établissements et des candidats: ce doit être le cas pour les nouvelles VAE permettant d'accéder aux diplômes d'ergothérapeute et d'IBODE, mais il est aussi nécessaire de permettre aux membres des jurys des VAE de tout diplôme d'accéder à ces formations.</p> <p>En effet, le jury d'une VAE n'est pas un jury d'examen: il a ses propres caractéristiques, il n'a pas pour objet de vérifier directement les savoirs du candidat mais vise à apprécier, sur la base du livret de présentation des acquis et de l'entretien, si le candidat a acquis ou non les compétences correspondantes au référentiel du diplôme visé.</p> <p>Ces jurys sont désormais organisés au niveau des instituts de formation rattachés aux établissements de santé de la FPH: des actions de formation déployées au niveau des régions pourraient permettre d'optimiser ces processus de VAE.</p>
Objectifs de la formation	Le but de la formation est de donner aux membres des jurys, les outils et la méthode nécessaire pour évaluer au mieux les savoirs issus de l'expérience des candidats à la VAE, plus précisément pour la VAE des diplômes d'ergothérapeutes et d'IBODE.
Éléments du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriation du cadre législatif et réglementaire de la VAE; • Définition des principaux concepts: référentiel, savoirs, compétences, activités, tâches... • Appropriation des outils disponibles: référentiel d'activités et de compétences, guide du jury, charte de déontologie des membres des jurys • Compréhension des caractéristiques du rôle du jury de VAE dont l'objet est l'évaluation des compétences et non des savoirs académiques • Déroulement et qualité de l'entretien: préparation de l'entretien, posture à adopter pendant l'entretien, qualité du questionnement... • Etude de cas
Public	Professionnels appelés à être membres des jurys de VAE: directeur et enseignant d'instituts de formation; cadre de santé des filières concernées; médecins appelés à participer aux jurys de VAE; membres des équipes de direction.

ANNEXE 2

AXE DE FORMATION N° 2	
Intitulé	Faire du bilan social un outil de dialogue social et de politique en ressources humaines
Contexte	Le décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012, l'arrêté du 5 décembre 2012 et l'instruction du 2 janvier 2013 ont profondément modifié le contenu du bilan social des établissements de la fonction publique hospitalière. Cette refonte du bilan social vise à : <ul style="list-style-type: none"> • Simplifier et harmoniser le contenu du bilan social, • Lui donner une dimension stratégique et dynamique au sein de l'établissement, d'un pôle mais aussi d'un territoire. Pour autant, à ce jour, le besoin apparaît pour les établissements de s'approprier le « nouveau » bilan social comme outil du dialogue social et de politique en ressources humaines.
Objectifs de la formation	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les évolutions du « nouveau » bilan social et l'apport des textes réglementaires publiés en 2012; • Connaître le contenu du bilan social, ses indicateurs et informations concernant l'emploi, l'absentéisme, la mobilité, les conditions d'hygiène, de santé et de sécurité au travail, conditions de travail, la formation relations professionnelles conditions de vie • Utiliser le bilan social pour renforcer le dialogue social et optimiser la politique en ressources humaines • Articuler les données du bilan social avec d'autres outils de suivi (CPOM, baromètre social, etc.)
Éléments du programme	<p>I° Le nouveau bilan social: son apport</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'historique de la réforme et son objectif • L'ancien bilan social: des données trop hétérogènes, pour en faire un outil de dialogue social • L'apport du nouveau bilan social: <i>une approche générale des caractéristiques des personnels de l'établissement, de leurs conditions de travail; un outil pour identifier les dysfonctionnements et y remédier; un outil pour anticiper une politique de gestion des ressources humaines.</i> • Un outil de concertation sociale sur les bases de données claires, objectives et comparables dans le temps <p>II° L'exploitation des données du « nouveau bilan social » pour le développement du dialogue social et de la stratégie en ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels usages du nouveau bilan social et dans quels objectifs (<i>évolution des effectifs et de la masse salariale, gestion du temps, gestion des compétences, amélioration de la santé au travail</i>) ? • L'identification et l'analyse des évolutions des données recueillies • L'identification d'objectifs à définir en fonction des évolutions constatées • Le suivi et l'évaluation des objectifs mis en œuvre • L'utilisation des indicateurs (pertinence, précision, fiabilité, stabilité adaptés au thème étudié, création de documents de présentation) <p><i>Cette partie de la formation pourra faire l'objet de scénarios permettant de simuler une utilisation stratégique du bilan social.</i></p> <p>III° L'articulation des données du bilan social avec d'autres outils de suivi (CPOM, baromètre social)</p> <p>IV° Une évolution simplificatrice à venir: l'utilisation du système national d'information sur l'hospitalisation - SNATIH - outil en ligne mis à disposition des établissements dans l'objectif de faciliter leur pilotage (restitution à venir des résultats du bilan social mis en forme suite à requête)</p>
Public	<ul style="list-style-type: none"> • Membres des équipes de direction. • Personnels des directions de ressources humaines, notamment les agents chargés des conditions de travail et du suivi des relations sociales • Personnels d'encadrement des pôles ou unités d'activité • Membres des instances représentatives du personnel, et notamment secrétaires de ces instances <p><i>La constitution d'un groupe de stagiaires d'un même établissement, correspondant à une représentation équilibrée de membres concernés de l'administration, de personnels d'encadrement et de membres des instances serait de nature à rendre cette formation plus efficace dans l'objectif d'une utilisation optimale du « nouveau » bilan social.</i></p>

ANNEXE 3

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Établir un plan de prévention de la pénibilité
Contexte	<p>La loi 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a introduit plusieurs dispositions dans le Code du travail concernant les obligations des employeurs en matière de prévention de la pénibilité au travail, ces obligations s'imposant à toutes entreprises:</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent (...) des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail; – les missions du CHSCT (article L.4612-2 du Code du travail) prennent en compte de cette obligation: « Le CHSCT (...) procède à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité ». – les missions des services de santé au travail et des médecins du travail prennent aussi en compte la prévention de la pénibilité (loi 2011-867 du 20 juillet 2011). <p>La prévention de la pénibilité est devenue d'autant plus importante que la durée de la vie professionnelle est allongée. Il s'agit de protéger au mieux la santé des agents tout au long de leur carrière et de veiller aux conditions d'exercice des professionnels les plus âgés. Cette démarche vient ainsi compléter les actions de prévention des risques professionnels. Sans préjudice de l'aboutissement des travaux inscrits dans l'agenda social de la fonction publique concernant la pénibilité dans la fonction publique, il paraît souhaitable d'accompagner les établissements : hôpitaux, établissements sociaux et médico-sociaux, dans la mise en œuvre de la prévention de la pénibilité.</p>
Objectifs de la formation	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtriser le cadre réglementaire de la prévention de la pénibilité • Savoir mesurer et évaluer la pénibilité • Mettre en place une démarche globale et pluridisciplinaire de prévention de la pénibilité dans le cadre d'un plan d'actions. • Veiller aux conditions d'exercice des personnels âgés par une anticipation de leur parcours professionnel.
Éléments du programme	<p>1 - La réglementation relative à la pénibilité:</p> <ul style="list-style-type: none"> – La définition de la pénibilité – Les facteurs de pénibilité au travail définis par le Code du travail – Facteurs de pénibilité et risques professionnels – Les nouvelles obligations de l'employeur: fiche de prévention des expositions aux facteurs de pénibilité; diagnostic de pénibilité, le plan de prévention – Les compétences du CHSCT en matière de prévention de la pénibilité <p>2 - Évaluation et identification de la pénibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> – Critères permettant de définir le périmètre d'action d'une démarche de diagnostic de la pénibilité dans un établissement; – Lien entre « document unique » et diagnostic de la pénibilité (utilisation du document unique) – Utilisation des indicateurs existants utiles pour établir un diagnostic de pénibilité (turn-over, arrêts, AT/MP) – Critères objectifs permettant d'évaluer la pénibilité d'un poste (seuils, limites, intensités, fréquences d'exposition) – La cartographie de la pénibilité d'un établissement en fonction des postes de travail. – La fiche d'exposition (contenu, suivi, traçabilité) – Les acteurs du diagnostic et leur rôle. <p>3 - La prévention de la pénibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les mesures de prévention primaires et secondaires – Mesures de prévention primaires: organisation du travail, mesures matérielles (équipements adaptés, de protection), aménagements de postes, accompagnement des changements organisationnels; – Mesures de prévention secondaires: parcours de formation santé (proposer au plus tôt des prises de fonction sur des postes « à pénibilité », des formations adaptées aux postes concernés: gestes et postures, risques chimiques ou biologiques, ergonomie...) et suivi des agents formés; – L'établissement d'un plan d'action avec des objectifs et des indicateurs – Les acteurs du plan d'action et leur rôle. <p>4 - L'implication nécessaire de l'encadrement dans la prévention de la pénibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'implication nécessaire des cadres et responsables de pôles, cadres des différentes structures d'activité – L'accompagnement des cadres pour en faire des relais de la prévention de la pénibilité et les soutenir face aux problématiques de pénibilité de membres de leur équipe. <p>5 - Prévention de la pénibilité et professionnels âgés</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'anticipation nécessaire des parcours professionnels sur les postes « à pénibilité » dans le cadre d'une gestion personnalisée des agents associant différents professionnels des RH – Les outils de la formation tout au long de la vie (bilan de compétences, gestion prévisionnelle des métiers et compétences, formations adaptées)
Public	<p>Personnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Personnels chargés des ressources humaines: DRH, responsables RH, chargés des conditions de travail, responsables de formation, assistantes sociales du personnel, psychologues du travail; – Encadrement des pôles et unités de soins, des services techniques, logistiques et administratifs – Médecins du travail et personnels des services de santé au travail – Représentants des personnels au CHSCT

ANNEXE 4

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Renforcer le développement d'une culture d'évaluation et de prévention des risques professionnels dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière
Contexte	<p>La demande s'inscrit dans le contexte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'accord santé et la sécurité au travail du 20 novembre 2009: <ul style="list-style-type: none"> • Les employeurs publics se sont engagés à mettre en œuvre une politique renouvelée en matière d'amélioration des conditions de travail. À ce titre, la mise en place d'outils de prévention des risques professionnels, notamment le document unique d'évaluation des risques professionnels, constitue l'un des axes majeurs des actions devant être menées. • La formation des agents doit permettre de développer une culture de prévention à tous les niveaux et plus particulièrement les cadres et les agents chargés des ressources humaines, les acteurs de la santé et de la sécurité au travail. - du deuxième Plan 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)
Objectifs de la formation	<p>Cette formation doit permettre de généraliser et de renforcer les actions de sensibilisation et de prévention des risques professionnels.</p> <ul style="list-style-type: none"> - appréhender la politique des pouvoirs publics en matière de santé au travail (plan de santé au travail); rôle joué par le fonds national de prévention des risques professionnels géré par la CNRACL; - connaître les dispositions législatives et réglementaires du code du travail relatives à la santé et à la sécurité au travail ainsi que les dispositions réglementaires relatives à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs; - connaître le dispositif de sanctions pénales en cas de non-respect par l'employeur de ses obligations en matière de sécurité et de santé au travail; - s'approprier une méthodologie pour procéder à l'évaluation des risques professionnels; - élaborer un plan de prévention
Éléments du programme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les éléments importants de législation et de la réglementation applicable (code du travail; code pénal) 2. Méthodologie et des pratiques pour l'élaboration d'une politique de prévention des risques professionnels en milieu hospitalier 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 remplissage, l'identification du danger, l'analyse du risque, et la mise à jour du DU 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).
Public	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les responsables des ressources humaines et notamment, les agents chargés des risques professionnels au sein des directions des ressources humaines 2. Les responsables de pôles 3. Les représentants du personnel 4. Le personnel d'encadrement des différentes filières professionnelles 5. Les médecins du travail

ANNEXE 5

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Qualité de vie au travail : responsabilité sociale et exigence de management durable
Contexte	<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>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.</p> <p>La qualité de vie au travail représente donc une dimension essentielle de la responsabilité sociale des employeurs et des pratiques de management attractif permettant une fidélisation du personnel dans la durée, au sein des établissements de la FPH</p> <p>Elle ne peut se développer que grâce à un engagement collectif impliquant dirigeants, ensemble des professionnels et partenaires sociaux.</p> <p>En matière de qualité de vie au travail, l'exemple d'établissements attractifs parvenant à fidéliser les personnels constitue des expériences de management durables qui pourraient être reproduites.</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"> - L'autonomie professionnelle; - Les supports fournis à l'activité; - La sécurité au travail; - L'information; - La conciliation vie professionnelle et vie personnelle - Une bonne collaboration entre équipes médicales et paramédicales - La valorisation professionnelle - 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. <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 un critère de certification des établissements dans le domaine du management.</p>
Objectifs de la formation	<p>Faire connaître aux participants les exemples de management durable concernant la qualité de vie au travail et notamment les expériences de certains établissements attractifs.</p> <p>Donner aux participants les outils méthodologiques permettant de mettre en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail correspondant à un engagement collectif impliquant la direction, l'encadrement, les médecins, les professionnels et les partenaires sociaux.</p>
Éléments du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Concepts de qualité de vie au travail, de responsabilité sociale et de management durable. • Expériences de développement de qualité de vie au travail dans différentes entreprises: facteurs permettant le développement de la qualité de vie au travail et exemple de « certains établissements attractifs ». • Etablissement d'un diagnostic de la qualité de travail fondé 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. • Mise en place d'une démarche de développement de la qualité de vie au travail au sein d'un établissement: les leviers pour agir; les acteurs; les précautions à prendre pour piloter la démarche; les indicateurs de suivi. • Importance du rôle de l'encadrement dans la qualité de vie au travail: proximité auprès des agents, information et communication; attention portée à la qualité de vie au travail comme condition même de la qualité de travail. • Importance de l'équipe 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). • Adhésion nécessaire des partenaires sociaux à une démarche de qualité de vie au travail.
Public	<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 6

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Professionalisation des jurys de concours: sécurité juridique, égalité des chances, amélioration du recrutement
Contexte	<p>La modernisation de l'organisation et des épreuves des concours de recrutement dans la fonction publique 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 dans la fonction publique hospitalière, 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"> - 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; - à l'oral, généralisation de l'épreuve de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) pour les concours internes, «3^e concours» et examens professionnels, la RAEP étant une mesure essentielle de l'objectif de professionnalisation; épreuves comportant des mises en situation pour les concours externes. <p>Cette évolution rend nécessaire une «professionnalisation» des jurys de concours 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 la Charte pour la promotion de l'égalité 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>
Objectifs de la formation	<p>Instaurer de bonnes pratiques de recrutement dans l'organisation et le déroulement des concours, des examens professionnels et des commissions de sélection:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer une parfaite sécurité juridique des procédures de recrutement; - Garantir l'égalité de traitement et de l'égalité des chances de tous les candidats; - Introduire la lutte contre les stéréotypes et les discriminations dans les procédures de recrutement. <p>Rendre effectif l'objectif de professionnalisation des recrutements:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - Former les jurys à l'exploitation des dossiers de RAEP et à la maîtrise des techniques d'entretien de recrutements nécessaires à cette épreuve. <p>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</p>
Éléments du programme	<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>1 - Rappel des textes fondamentaux et des principes régissant l'accès à la fonction publique et les concours:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispositions concernées du statut général des fonctionnaires et de la loi du 9 janvier 1986. - 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) - Dispositions à caractère réglementaire et jurisprudentiel relatives à l'organisation et aux modalités d'exécution des concours. <p>2 - Fonctionnement et missions des jurys et des membres des commissions de sélection</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constitution du jury: Président, membres, parité, renouvellement; - Rôle du président et des membres, obligations et responsabilités. - Règles de déontologie du jury dans chaque étape de la procédure de recrutement - Respect du principe d'égalité, sensibilisation aux préjugés et stéréotypes; - Jurisprudence <p>3 - Formation des jurys à l'élaboration des sujets des épreuves écrites et à la correction des épreuves écrites:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les épreuves écrites: compétences et capacités qu'elles permettent de vérifier. - 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. - Savoir établir des critères de correction pour les épreuves écrites.

Éléments du programme	<p>4 - Formation des jurys aux épreuves orales et notamment aux épreuves de RAEP</p> <ul style="list-style-type: none">- La RAEP: dispositions législatives et réglementaires; dossier de RAEP;- la RAEP, un type de «questionnement» différent des épreuves orales traditionnelles, ses objectifs.- 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- Savoir élaborer une grille d'évaluation pour l'appréciation des prestations orales des candidats. <p>5 - L'aboutissement de la procédure de recrutement</p> <ul style="list-style-type: none">- Règles de notations, de délibérations, de classement des candidats.- Traçabilité et conservation des éléments d'appréciation des candidats- Informations données aux candidats ayant échoué
Public	<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 7

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Qualité du dialogue social dans les établissements de la fonction publique hospitalière
Contexte	<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'État 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>
Objectifs de la formation	<p>Promouvoir, soutenir et conduire le dialogue social sur le plan local:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repérer les conditions d'organisation du dialogue social local et ses facteurs de réussite 2. Utiliser ses différentes modalités; 3. Utiliser les données existantes en matière de RH; 4. Articuler les outils de reporting en matière RH avec les autres outils de suivi (Bilan social, CPOM, baromètre social, etc.).
Éléments du programme	<p>Qu'est-ce que le dialogue social (dialogue social versus expression des personnels dans les pôles, les services, les unités); La rénovation du dialogue social: les accords de Bercy et leurs déclinaisons dans la FPH Les différents niveaux du dialogue social: national – régional – local et leur organisation (les différentes instances, etc.) 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"> – obligations en matière de dialogue social institutionnel; – les droits et moyens syndicaux; – le droit à la participation, à l'expression, – la négociation; – le dialogue social informel. <p>Les espaces et outils du dialogue social:</p> <ul style="list-style-type: none"> – les instances et leurs avis; – les accords locaux: conditions de réussite, validité. – 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); <p>Les outils de suivi du dialogue social:</p> <ul style="list-style-type: none"> – le Bilan social; – les baromètres et observatoires sociaux <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>
Public	<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 8

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Animer le travail en équipe: qualité du travail, qualité de vie au travail
Contexte	<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. Cependant, au sein des institutions hospitalières et médico-sociales, comme dans de nombreux secteurs d'activités soumis à de fortes contraintes externes, 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. 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>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.</p> <p>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.</p> <p>À ce titre, les travaux du pacte de confiance pour l'hôpital comme les travaux conduits dans le cadre de la réingénierie de la formation des cadres de santé ont mis en exergue 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</p> <p>Ces travaux ont également souligné l'importance du projet managérial de l'établissement pour soutenir le cadre et lui permettre de remplir cette mission essentielle (clarification des responsabilités managériales à chaque niveau et des circuits de décision).</p>
Objectifs de la formation	<p>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</p> <p>Développer le rôle d'animation d'équipe:</p> <p>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 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>
Éléments du programme	<p>La formation 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>Politique managériale de l'établissement et clarification de la place du cadre.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Qu'est-ce que l'institution attend du cadre ? – La place du cadre au sein de l'établissement et dans la ligne managériale; – Le cadre et les projets institutionnels: portage des projets institutionnels, participation à leur mise en œuvre, mission de reporting. – Le cadre et équipe de travail: organiser, concerter, informer, soutenir, motiver, soutenir, évaluer. <p>Pour une animation du collectif de travail: méthodes et outils du cadre</p> <p>Du groupe à l'équipe: culture, génération, compétences individuelles et collectives</p> <ul style="list-style-type: none"> – Organisation du travail, qualité du travail, sens du travail et qualité de vie au travail – La prise en compte des risques psycho-sociaux dans les organisations de travail – 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... – Les différents espaces de discussions au sein d'un collectif de travail: les concevoir, les animer, les faire vivre – L'animation de projets d'amélioration de la qualité: donner sens à la qualité en situation de travail – La gestion des tensions et des conflits
Public	<p>Équipe 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 9

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Mieux gérer les situations de violence au sein des établissements de santé et des structures médico-sociales
Contexte	<p>L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé répertorie environ 12 000 faits de violences en milieu de santé pour l'année 2013.</p> <p>Les principales personnes exposées sont les soignants et plus généralement toute personne au contact d'un public fragilisé. L'ensemble des établissements de la FPH est concerné par ce phénomène.</p> <p>Bien que de nombreuses formations aient déjà été organisées dans les établissements de la FPH, il semble important de poursuivre le déploiement d'actions de formation comportant des éléments de pratiques.</p>
Objectifs de la formation	<ul style="list-style-type: none"> – Prévenir et gérer au mieux les situations de violences et maîtriser les procédures d'alerte. – Développer des habiletés et des modes d'intervention permettant d'assurer sa propre sécurité et celle des autres en situation d'agressivité.
Éléments du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Appréhender le comportement et la psychologie des auteurs de violences permettant d'identifier les éléments à risque sur le lieu de travail. • Identifier et appliquer le mode d'intervention verbale et psychologique le plus approprié à l'agressivité subie et permettant la pacification d'une situation • Appliquer des techniques simples de dégagement et de contrôle pour répondre aux agressions physiques (type OMEGA, expériences développées dans certains établissements tels que le CHRU de Nîmes ou le CHU de Limoges) afin de prendre les dispositions de protection physique appropriées à la situation. • Intervenir en équipe lors de certaines situations de violence • Définir et mettre en action des procédures d'alerte permettant de transmettre rapidement les informations indispensables à l'action • Mettre en place un plan de gestion des agressions au sein de l'établissement impliquant l'équipe de direction, l'équipe de sécurité, les soignants; • Informer les personnels de leurs droits et devoirs en matière de protection, d'assistance et d'accompagnement lorsqu'ils sont victimes de violences ou qu'ils prennent en charge une victime. <p><i>La formation pourra comprendre des séances avec jeux de rôle simulant des situations s'étant réellement produites, dans l'objectif de mieux appréhender les techniques et méthodes permettant de prévenir et contenir les comportements violents.</i></p>
Public	<ul style="list-style-type: none"> • Tout personnel travaillant en milieu de santé au contact d'un public à potentiel d'agression élevé.

ANNEXE 10

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Principes et fondements de la laïcité
Contexte	<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> » C'est dans ce cadre constitutionnel que s'applique la loi du 9 décembre 1905 qui a posé dans son article 2, les termes d'un équilibre selon lequel, à la fois, « <i>La République ne reconnaît, ne salarie ni ne subventionne aucun culte</i> » et « <i>Pourront toutefois être inscrites aux budgets les dépenses relatives à des services d'aumônerie et destinées à assurer le libre exercice des cultes dans les établissements publics tels que lycées, collèges, écoles, hospices, asiles et prisons.</i> » en raison du caractère particulier de ces lieux.</p> <p>Ces principes généraux ont été réaffirmés dans la Charte du patient hospitalisé qui précise notamment que « <i>L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression...).</i> Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres ».</p> <p>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>
Objectifs de la formation	<ul style="list-style-type: none"> – Partager la connaissance des principes de laïcité et leur mise en œuvre dans les institutions hospitalières et médico-sociales – Fonder sur cette connaissance les conduites à tenir devant les différentes expressions de la religion à l'hôpital – Prévenir les situations de tensions
Éléments de programme	<p>Les fondements de la laïcité en France</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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) – Les conduites à tenir en situation de soins : alimentation, intimité, fin de vie, rites mortuaires, etc. – La gestion des situations de tension : refus de soins, prosélytisme, etc. – Les outils pratiques
Public	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.
Observations complémentaires	La formation doit s'adapter aux publics concernés. Un rappel du cadre théorique doit être fait mais il est nécessaire d'insister sur l'aspect opérationnel.

ANNEXE 11

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Égalité femme-homme: lutter contre les stéréotypes, les discriminations, les violences faites aux agents et le harcèlement sexuel et moral dans la fonction publique hospitalière
Contexte	<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, le protocole d'accord relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans les trois versants de la fonction publique. Quatre axes de travail ont été dégagés au cours de la concertation, qui constituent l'architecture du présent protocole d'accord:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le dialogue social comme élément structurant pour parvenir à l'égalité professionnelle; • rendre effective l'égalité entre les femmes et les hommes dans les rémunérations et les parcours professionnels de la fonction publique; • la meilleure articulation entre la vie professionnelle et la vie personnelle; • la prévention des violences faites aux agents sur leur lieu de travail. <p>L'axe n° 2 comprend une mesure intitulée « mesure 5: Lutter contre les stéréotypes et les discriminations dans le cadre de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique ». L'axe 4 entend « Prévenir toutes les violences faites aux agents sur leur lieu de travail et lutter contre le harcèlement sexuel et le harcèlement moral », notamment par le biais d'actions de formation, information et sensibilisation aux enjeux de l'égalité et à la prévention des discriminations, stéréotypes, violences faites aux agents et harcèlement sexuel et moral.</p>
Objectifs de la formation	Sensibiliser les personnes suivant la formation aux enjeux de l'égalité, à la lutte contre les discriminations et les stéréotypes, ainsi qu'à la lutte contre les violences faites aux agents et contre le harcèlement sexuel et moral.
Éléments du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les personnes suivant la formation aux enjeux de l'égalité, à la lutte contre les discriminations, les stéréotypes, les violences faites aux agents et le harcèlement sexuel et moral: <ul style="list-style-type: none"> – apporter une définition de la discrimination (directe, indirecte, lien avec le harcèlement moral ou/et sexuel, lien avec le préjugé) et des différentes formes de harcèlements et de violences – rappeler les textes réglementaires, les sanctions encourues – donner des exemples de bonnes pratiques, d'expériences vécues – la formation concerne principalement l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, mais il peut être envisagé d'ouvrir la discussion lors de la formation à l'ensemble des discriminations. • Prévenir les faits discriminants pouvant avoir lieu lors des entretiens d'évaluation ou lors des entretiens de recrutement (cas pratiques, exemples). Tenter par des codes appropriés de détecter les cas de violences ou de harcèlement sexuel ou/et moral à l'encontre des agents.
Public	Gestionnaires des ressources humaines et cadres conduisant les entretiens d'évaluation ou encadrant des agents ; membres des instances représentatives du personnel.

ANNEXE 12

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Mieux former les tuteurs des stagiaires paramédicaux
Contexte	<p>Dans le cadre de la réingénierie des formations paramédicales, le rôle des professionnels encadrant les étudiants est renforcé.</p> <p>Ainsi les établissements recevant les étudiants désignent des tuteurs qui accompagnent les étudiants dans l'acquisition progressive des compétences et l'analyse des situations professionnelles rencontrées: les tuteurs évaluent la progression des étudiants lors d'entretiens réguliers au cours du stage, ils formalisent cette évaluation sur le portfolio ou le livret de stage des étudiants.</p> <p>Les tuteurs sont également en relation étroite avec les formateurs des instituts de formation.</p> <p>Le rôle de ces professionnels est donc particulièrement important.</p> <p>Lors des comités de suivi des formations réingénierées, la problématique de la formation des tuteurs est régulièrement abordée: sont soulignées l'<i>insuffisance de tuteurs formés, la nécessité de faire évoluer les modalités de formation des tuteurs en les adaptant au contexte (en partie en présentiel, en partie à distance), la nécessité de construire un cahier des charges national.</i></p> <p>À ce jour, sont réingénierées les formations d'infirmier, d'ergothérapeute, de manipulateur en électroradiologie médicale, de pédicure podologue, d'infirmier anesthésiste, d'orthophoniste; la formation d'orthoptiste sera réingénierée pour septembre 2014: des actions de formation rénovées pour les tuteurs en charge des stagiaires préparant ces diplômes paraît donc nécessaire.</p>
Objectifs de la formation	<p>Accompagner les tuteurs dans la mise en œuvre des nouvelles modalités d'encadrement en stage.</p> <p>Favoriser le développement et le renforcement de méthodes pédagogiques centrées sur l'acquisition de compétences, l'analyse de situations professionnelles et la posture réflexive.</p>
Éléments du programme	<p>1. La réforme de la formation des professions de santé:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le contexte, les principes, les enjeux; • l'évolution du rôle des tuteurs <p>2. L'appropriation des notions de compétences des savoir-faire déduits des activités, ainsi que des connaissances associées nécessaires à la mise en œuvre des savoir-faire;</p> <p>3. La construction de parcours de stage professionnalisant et de situation d'apprentissage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'apprentissage en relation avec les principes de la réforme: analyses de situation, développement de la réflexivité chez l'étudiant, intégration des savoirs; • le partenariat avec les instituts de formation. <p><i>NB: la formation des tuteurs sera dispensée en partie en présentiel et en partie à distance. Elle s'appuiera, d'une part, sur un guide de préconisations pour la formation en stage des étudiants infirmiers et, d'autre part, sur un cahier des charges national relatif à la formation des tuteurs des étudiants paramédicaux, qui seront finalisés dans le courant du dernier trimestre 2014.</i></p>
Public	Tout professionnel de santé chargé des fonctions de tuteur d'étudiants paramédicaux des établissements de santé et médico-sociaux de la FPH.

ANNEXE 13

FORMATION PRIORITAIRE 2015	
Intitulé	Médiation en établissement: acteurs de prévention et de résolution des conflits
Contexte	<p>Les établissements de santé ainsi que les établissements sociaux et médico-sociaux bénéficient d'instances et de professionnels qui ont pour mission de veiller à la qualité de la prise en charge des patients et usagers, au respect de leurs droits ainsi qu'à la prévention et à la résolution de conflits:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) dans les hôpitaux « <i>qui facilite les démarches des personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes</i> », et qui doit permettre des modalités de règlement des litiges centrés sur le dialogue grâce à l'intervention des deux médiateurs: le médiateur médecin et le médiateur non médecin; – Conseil de la vie sociale (CVS), dans les établissements sociaux et médico-sociaux, concerné par toutes les questions intéressant le fonctionnement de ces structures, les usagers de ces établissements pouvant faire appel à une des « <i>personnes qualifiées</i> », extérieures à l'établissement, désignées pour chaque département pour aider à faire valoir les droits de l'utilisateur et qui constituent un soutien à la résolution de conflit; – dans de nombreux établissements, des professionnels sont aussi spécifiquement chargés <i>des relations avec les usagers ou du droit des usagers</i> et sont amenés à intervenir lors de plaintes et/ou litiges concernant l'organisation des soins, les modalités de prise en charge, ainsi que les questions relatives à la sécurité et au bien-être <p>Pour l'ensemble de ces acteurs, <i>une formation à la médiation</i>, processus de communication structuré et éthique, qui permet de garantir les conditions d'un dialogue intègre et respectueux des droits des usagers, est souhaitable. Le recours à la médiation fait d'ailleurs partie des recommandations de la Conférence nationale de santé et du Défenseur des droits; l'importance de la médiation est soulignée dans le guide du ministère de la santé relatif <i>aux plaintes et réclamations dans les établissements de santé</i> et dans le guide « Usagers: votre santé, vos droits » réalisé avec le Défenseur des droits. Dans le cadre de la valorisation des initiatives exemplaires favorisant l'effectivité des droits des usagers et du « label » et du concours « droits des usagers de la santé » mis en œuvre par le ministère de la santé, <i>la médiation est inscrite en 2014 comme une thématique privilégiée</i>.</p> <p>Une formation à la médiation peut permettre de promouvoir une culture de la médiation dans les établissements.</p>
Objectifs de la formation	<p>Promouvoir une culture de la médiation dans les établissements de la FPH.</p> <p>Donner aux professionnels et aux membres des instances concernées les connaissances juridiques indispensables relatives aux droits des patients.</p> <p>Sensibiliser les professionnels aux exigences d'indépendance, de neutralité, d'impartialité et de loyauté lors de l'expression de réclamations ou de plaintes par les patients ou les usagers.</p> <p>Mobiliser les professionnels pour améliorer la relation avec les usagers en instaurant la confiance.</p> <p>Sensibiliser à la démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge que recouvre une instance de prévention et de règlement des conflits.</p>
Éléments du programme	<p>1. Les connaissances générales en matière de prévention et de résolution des conflits dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Droits des patients et des usagers: les connaître pour comprendre et mieux informer • La médiation: rôle des médiateurs prévus par la loi (médiateur médecin et médiateur non médecin) et des commissions représentant les usagers, rôle de la personne de confiance et du Conseil de vie sociale, le rôle de « médiation au quotidien » des professionnels des établissements de la FPH • l'articulation du rôle du médiateur avec celui de l'instance de prévention et de résolution des conflits comme la CRUQ-PC ou CVS <p>2. La définition de la médiation</p> <ul style="list-style-type: none"> • La médiation: comment la définir et la différencier des notions de conciliation, de transaction ou d'arbitrage • Le processus de médiation et de la communication reposant sur la confidentialité, le consentement et l'information • La médiation ou comment instaurer ou réinstaurer la confiance <p>3. Les techniques et méthodes permettant de développer la médiation</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'identification des situations susceptibles de faire l'objet d'une médiation • Les techniques permettant de favoriser l'expression de l'utilisateur au moyen de la méthodologie de l'entretien et la formulation du conflit • L'éthique de la médiation: écoute impartiale du patient ou de l'utilisateur dans le respect de la confidentialité; information du patient ou de l'utilisateur sur les voies de recours • La prévention des plaintes et des conflits en situation de crise • Les problématiques de la médiation « interculturelle »
Public	<p>Membres des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) y compris les médiateurs médecins et non médecins, et membres des conseils de vie sociale.</p> <p>Personnels des établissements de la FPH chargés des relations avec les usagers, du droit des usagers, personnels en charge de la qualité.</p> <p>Autres professionnels des services de soins dans les hôpitaux ou des unités du secteur social et du secteur médico-social (cadres ou non cadres) confrontés aux réclamations des patients et des usagers.</p>

ANNEXE 14

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Contribution au plan « métiers de l'autonomie » dans les établissements de la FPH : exercer en qualité d'infirmière coordonnatrice en EHPAD
Contexte	<p>Les infirmiers coordonnateurs en EHPAD jouent un rôle essentiel dans le fonctionnement de ces structures de prises en charge des personnes âgées dépendantes.</p> <p>Dans les structures EHPAD non dotées de cadres de santé, les infirmiers coordonnateurs exercent en lien direct avec la direction de l'établissement et avec le médecin coordonnateur; ils ont aussi un rôle essentiel dans les structures plus importantes dotées de cadres de santé.</p> <p>Ces professionnels sont ainsi investis de missions très complètes et qui se distinguent de celles exercées par les infirmiers dans d'autres structures, notamment à l'hôpital: accompagnement des personnes âgées, gestion de la qualité des soins, gestion logistique, management et gestion du personnel, participation à des réseaux territoriaux. Ils sont des éléments moteurs dans l'élaboration du projet de soins et de vie des personnes âgées.</p> <p>Leur fonction est récente, encore en construction et les infirmiers coordonnateurs ne sont pas tenus réglementairement à une obligation de formation pour exercer cette fonction.</p> <p>Mais, les compétences souhaitables de ces professionnels en management d'équipe, démarche qualité et développement des pratiques professionnelles sont essentielles pour permettre une prise en charge adaptée des personnes âgées dépendantes.</p> <p>Une formation fournissant à ces professionnels les connaissances réglementaires de base et des outils permettant d'assurer au mieux leurs missions peut leur être proposée.</p>
Objectifs de la formation	<ul style="list-style-type: none"> – Connaître l'environnement juridique et réglementaire des EHPAD – Clarifier le positionnement de l'infirmier coordonnateur en EHPAD – Donner aux infirmiers coordonnateurs les outils nécessaires au management et au développement des compétences d'une équipe en EHPAD – Donner aux infirmiers coordonnateurs les connaissances et les outils permettant la mise en œuvre d'une démarche qualité en EHPAD
Éléments du programme	<p>1° Le cadre d'exercice de la fonction: l'environnement du secteur médico-social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le cadre institutionnel: environnement juridique et réglementaire du secteur médico-social • Politiques médico-sociales et de santé en direction des personnes âgées; • Aspects épidémiologiques, psychologiques, médicaux et éthiques de la prise en charge des personnes âgées en établissement <p>2° Le positionnement et le rôle de l'infirmier coordonnateur en EHPAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • La place de l'infirmier(ère) coordonnateur(rice) dans l'organisation: organigramme, relations hiérarchiques et fonctionnelles et interactions avec les différents acteurs; • Les relations de l'infirmier coordonnateur avec la direction de l'établissement, le médecin coordonnateur et les autres médecins intervenants. • Le rôle de l'infirmier coordonnateur en EHPAD dans l'élaboration du projet de soins et de vie des résidents <p>3° L'infirmier coordonnateur en EHPAD: management et mobilisation de l'équipe, communication avec les usagers et les familles</p> <ul style="list-style-type: none"> – Principes et outils du management: <ul style="list-style-type: none"> • Gestion de la délégation des tâches et la transmission des savoirs • Conduite et animation d'équipe: techniques de communication et espaces d'échanges • La valorisation de la qualité du travail • La conduite de projets en équipe • La gestion des tensions et des conflits, et des personnalités difficiles – Les fondamentaux en développement des ressources humaines: santé et sécurité au travail; formation tout au long de la vie <ul style="list-style-type: none"> • La conduite des entretiens professionnels • Le développement d'une compétence d'équipe et l'évaluation des pratiques professionnelles • Les relations avec les personnes âgées et leurs familles. <p>4° L'infirmier coordonnateur et la démarche qualité en structure médico-sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • La démarche qualité en EHPAD: définitions, concepts, spécificité en médico-social. • La démarche qualité et bientraitance • L'évaluation interne et externe dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale • Bonnes pratiques en structure médico-sociale et évaluation des pratiques professionnelles (référentiels, méthodologie) • La construction d'outils de gestion de la qualité et leur mise en œuvre. • Gestion d'un projet qualité et gestion des risques.
Public	Infirmiers coordonnateurs en EHPAD

ANNEXE 15

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Améliorer l'accès au dossier médical
Contexte	<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... Les articles R. 1111-1 à R. 1111-8 du CSP ainsi que les recommandations de la Haute Autorité de santé (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 concernent la personne 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>
Objectifs de la formation	<p>Rendre effectif le droit d'accès aux informations de santé par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la connaissance du dispositif réglementaire, - ses modalités de mise en œuvre, - susciter les initiatives pour favoriser sa mise en œuvre.
Éléments du programme	<ul style="list-style-type: none"> - Le droit des usagers à l'information - Le droit d'accès au dossier patient: réglementation et jurisprudence - Les recommandations de bonnes pratiques - L'organisation à mettre en œuvre au sein des établissements et structures
Public	<p>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.</p>

ANNEXE 16

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes du parcours de soins
Contexte	<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>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.</p> <p>Les erreurs associées à l'identité sont 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, 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>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 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) un critère 15.A « Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge » auquel une PEP (pratique exigible prioritaire) est associée.</p> <p>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. 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 participation active du patient aux vérifications est sollicitée.</p> <p>Le Programme national pour la sécurité des patients (2013-2017) fait de cette thématique l'une de ses 4 orientations majeures : « L'information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité ». La Semaine de sécurité des patients (nov. 2013, 3^e édition) cherche précisément à promouvoir cette association du patient et du soignant pour renforcer la sécurité des soins.</p> <p>Enfin, le Programme Hôpital numérique (2012-2017) a dédié l'un des trois prérequis 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>
Objectifs de la formation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Être informé et sensibilisé sur l'impact de l'identification du patient pour sa sécurité 2. Connaître les dispositifs existants pour sécuriser l'identification (modalités de vérification par questions ouvertes au patient, utilisation du bracelet si le patient est dans l'incapacité de répondre, etc). 3. Avoir une vue d'ensemble des outils permettant la gestion du risque « identification du patient » 4. Avoir pratiqué une analyse de cas au moyen de plusieurs de ces outils 5. 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
Éléments du programme	<ul style="list-style-type: none"> – Information et sensibilisation sur l'impact de l'identification du patient (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) – Présentation des dispositifs nationaux existants pour sécuriser l'identification (par ex: mesures barrières et contrôles en transfusion, check-list au bloc, médicament, hôpital numérique) et autres initiatives locales – Outils d'identification des barrières et de maîtrise des erreurs d'identité en milieu hospitalier (par ex.: charte, guide de bonnes pratiques, formations, indicateurs, outils de communication) – Contribution à la résolution d'un cas (aspects organisationnels et comportementaux, retour d'expérience, etc.) – Montrer en quoi l'identito-vigilance participe d'une culture de la sécurité des soins.
Public	<ul style="list-style-type: none"> – Groupe pluriprofessionnel constitué de professionnels chargés, dans un ou plusieurs établissements, de produire ou de contribuer à un projet de sécurisation des procédures d'identification – Publics cibles en matière de sécurisation de l'identité : admissions, accueil des urgences, gestionnaire de bloc, gestionnaire de systèmes d'information, etc.

ANNEXE 17

AXE DE FORMATION 2015 (DPC)	
Intitulé	Prévention du risque infectieux en établissements de soins, médico-sociaux et en structures de soins à domicile
Contexte	<p>La prévention du risque infectieux est un enjeu de santé publique et le renforcement d'actions de formation dans ce domaine est prioritaire, comme en attestent les résultats d'enquête, recommandations et politiques de santé publique en cours:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquête nationale 2012 de prévalence (ENP) des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux. Cette nouvelle enquête s'inscrit dans le cadre de deux programmes nationaux: le programme national de prévention des IN 2009-2013 et le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. Les résultats diffusés en mai 2013 montrent une prévalence des patients infectés de 5,1 % et une prévalence des patients traités par antibiotique de 16,6 %. Par ailleurs, l'évolution de l'écologie bactérienne hospitalière en France, observée dans le cadre de l'ENP, rejoint les observations publiées aux niveaux européen et international. La lutte contre les bactéries multirésistantes est une priorité de santé publique, au-delà même des établissements de santé. • Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes », diffusées en juillet 2013, par le HCSP: la diffusion de bactéries multi et hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BMR et BHR) en France exige la mise en place urgente de mesures sanitaires. Le risque est, à court terme, l'impasse thérapeutique. L'instruction n° 08 du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes appelle l'ensemble des acteurs de santé à s'organiser pour prévenir la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes. • Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016: ce plan prévoit d'améliorer les modalités de l'utilisation des antibiotiques dans les établissements de santé, d'inscrire les mesures de formation des professionnels de santé, relatives au bon usage des antibiotiques, dans le DPC (action n° 7 « développer la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles concernant la prescription d'antibiotiques »). • Stratégie nationale de santé et réorganisation des vigilances sanitaires 2014: ce projet présenté par Mme Touraine, le 23 septembre 2013, a pour ambition de définir un cadre de l'action publique pour les années qui viennent, pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et adapter le système de santé français aux besoins des patients. Dans ce cadre, une réorganisation des dispositifs de vigilance sera engagée. • Programme national de prévention des infections associées aux soins en cours de rédaction pour 2014-2018: il définira les axes prioritaires des enjeux de santé publique. Il fait suite au programme 2009-2013 et tiendra compte des résultats de l'ENP 2012 comme des engagements du plan d'alerte antibiotique • Programme de prévention des infections en secteur de soins médico-sociaux en cours de rédaction pour 2014-2018: Il fait suite au programme 2009-2013 pour une incitation forte des secteurs médico-sociaux à s'organiser dans les mesures de prévention du risque infectieux • Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins en cours de réactualisation, comprend, parmi ses différents volets, un « Plan d'orientation pour l'amélioration de la prévention des IAS de ville », comportant le développement d'actions et d'outils de prévention permettant aux professionnels libéraux de s'organiser dans le domaine de la maîtrise du risque infectieux. <p>Il est donc indispensable de poursuivre des actions de formation des professionnels de la FPH tant lors de la prise en charge en hôpital qu'en établissement médico-social, ou lors des équipes d'intervention de soins à domicile. Ces actions de formation des personnels paramédicaux et médicaux de la FPH ont aussi vocation de permettre en second lieu la mise en œuvre d'actions d'information et de mobilisation des professionnels libéraux, d'information et d'éducation des patients et de leurs proches, ainsi que d'information des représentants des usagers.</p>
Objectifs de la formation	<p>Maîtriser les dernières données relatives aux infections associées aux soins et les programmes nationaux de prévention</p> <p>Maîtriser les fondamentaux de prévention du risque infectieux</p> <p>Maîtriser les modes de transmission des bactéries multirésistantes</p> <p>Promouvoir le bon usage des antibiotiques pour maîtriser la résistance bactérienne et le risque d'impasse thérapeutique</p> <p>Améliorer le dispositif d'information des professionnels de santé des établissements de la FPH et leur donner les outils et méthodes nécessaires pour informer et mobiliser les professionnels libéraux ainsi que les patients eux-mêmes vis-à-vis du risque infectieux et en particulier des bactéries multirésistantes</p> <p>Donner aux professionnels de la FPH les outils et méthodes permettant d'améliorer le dispositif d'information des représentants des usagers</p>

Éléments du programme	<p>1° Point sur les données actuelles en matière d'infections associées aux soins et perspectives en matière de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Données épidémiologiques générales sur le risque infectieux. • Politiques publiques: plan stratégique national sur les IAS, plan d'alerte sur les antibiotiques et programmes nationaux de prévention des IAS en établissements de santé, en établissements médico-sociaux et en secteurs de soins de ville. <p>2° La prévention des IAS: précautions standard et complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir les recommandations de bonnes pratiques (référentiels de la SF2H) • Promouvoir l'hygiène des mains: participer à la journée mondiale annuelle d'hygiène des mains du 5 mai comme levier de communication auprès des professionnels en établissements de santé, en secteurs médico-sociaux et en secteur des soins de ville, auprès des patients et des usagers. <p>3° Le bon usage des antibiotiques et l'implication du référent antibiotique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les règles de prise en charge par les antibiotiques • Renforcer la surveillance de la consommation d'antibiotiques • Renforcer la surveillance des résistances aux antibiotiques • Favoriser la connaissance des sujets suivants : grands principes du bon usage des antibiotiques, données épidémiologiques actualisées sur les résistances bactériennes, données actualisées de consommation d'antibiotiques, promotion des techniques qui permettent de faciliter le diagnostic des maladies infectieuses, et donc d'éviter la prescription en excès des antibiotiques en cas de maladie virale (TROD, vaccinations...) <p>4° La vigilance sanitaire en lien avec le risque infectieux et l'implication du responsable du signalement Infections Associées aux Soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissance des textes réglementaires du signalement des infections nosocomiales (décret n°2001-671 du 26 juillet 2001, instruction n° 2012-75 du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales) • Les procédures de repérage, de signalement et de gestion • Principe de la déclaration et outil de déclaration (e-SIN) • Le retour formel d'information vers le déclarant et l'information du patient <p>5° L'information et la mobilisation des différents acteurs en matière de prévention des infections associées aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prévention du risque infectieux dans une approche élargie au parcours de soins • L'information auprès des professionnels de ville • Le développement de l'information vers le patient et les proches. • Démocratie sanitaire et sécurité des soins: le développement du dispositif d'information des représentants des usagers
Public	Professionnels de santé paramédicaux et médicaux des services de soins des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, des services de soins à domicile rattachés aux établissements de la FPH.
Informations complémentaires	<p>S'agissant de la partie de la formation relative à l'information du patient, elle pourra être utilisée à deux niveaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dans le cadre d'informations ne correspondant pas à des programmes d'éducation thérapeutique formalisés – dans le cadre de programmes d'éducation thérapeutique soumis à autorisation <p>Cette formation a donc vocation à être dispensée au public de personnels soignants le plus large possible.</p>

ANNEXE 18

AXE DE FORMATION 2015 (DPC)	
Intitulé	Contribution au plan de développement des métiers de l'autonomie: accompagnement de l'avancée en âge des personnes handicapées en établissement médico-social et social
Contexte	<p>Comme l'ensemble de la population, les personnes handicapées connaissent un allongement sensible de leur espérance de vie y compris celles dont les déficiences résultent de pathologies sévères et multiples. Or, pour de nombreuses personnes handicapées, le vieillissement intervient de manière plus précoce que pour le reste de la population.</p> <p>L'avancée en âge peut se traduire par l'accroissement des déficiences liées au handicap ainsi que par la survenue de nouvelles déficiences; on constate ainsi l'apparition simultanée d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles, d'une évolution des maladies liées à l'âge, maladies génératives et maladies métaboliques, ceci entraînant une réduction des activités.</p> <p>L'avancée en âge des personnes handicapées a donc des conséquences importantes sur les besoins d'accompagnement et sur le rôle des professionnels des établissements d'accueil: or, ces besoins semblent aujourd'hui insuffisamment insatisfaits dans les établissements d'accueil et il est nécessaire d'accompagner les professionnels de ces établissements dans cette prise en charge.</p> <p>Le rapport du groupe de travail sur <i>l'avancée en âge des personnes handicapées</i>, présidé par Patrick GOHET, remis à l'automne 2013 aux ministres chargés des personnes handicapées et des personnes âgées, identifie la formation des professionnels comme un enjeu majeur dans l'accompagnement de l'avancée en âge des personnes handicapées. Il préconise la mise en place de formations intégrant, à la fois, des aspects propres aux champs du handicap et à de la gériatrie, et ainsi de passer progressivement d'une logique éducative à une logique d'accompagnement visant la préservation de l'autonomie.</p>
Objectifs de la formation	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser et mobiliser les professionnels des structures accueillant des personnes handicapées aux effets du vieillissement • Donner à ces professionnels les informations et méthodes leur permettant de repérer et d'évaluer les effets du vieillissement des personnes adultes handicapées dans l'objectif de prévenir la perte d'autonomie • Former les personnels concernés aux techniques d'accompagnement permettant de préserver l'autonomie
Éléments du programme	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'identification des risques de perte d'autonomie de la personne handicapée <ul style="list-style-type: none"> • Les spécificités des effets de l'âge selon le type de handicap; • L'évaluation et le repérage des effets du vieillissement des personnes adultes handicapées (les signes avant-coureurs des effets du vieillissement (fatigabilité, irritabilité, baisse des capacités fonctionnelles, survenue de maladies); • L'utilisation d'outils d'évaluation et d'appréciation des besoins de ces personnes adaptés à leur forte spécificité; 2. La mise en place d'un accompagnement adapté aux spécificités des personnes handicapées vieillissantes <ul style="list-style-type: none"> • Les moyens ordinaires de prévention (évolution progressive des activités, équilibre entre vie collective et vie individuelle...) • Les moyens spécifiques de prévention adaptés au handicap (l'identification de l'effet néfaste de certains soins sur l'autonomie; l'évolution progressive et proportionnée de l'accompagnement; le repérage et la stimulation des capacités de substitution développées par la personne; la mise en place d'activités de soutien et de développement) • Le repérage et l'évaluation des bonnes pratiques et des pratiques innovantes • L'élaboration de projet individualisé spécifique, son suivi et sa révision en fonction de l'évolution des effets de l'âge sur la personne handicapée. 3. L'accompagnement de la transition de la personne âgée handicapée vers d'autres modes de prises en charge (EHPAD, autres établissements)
Public	<p>Personnels affectés dans les structures de la FPH accueillant des personnes adultes handicapées: FAM, MAS, ESAT, foyers de vie, foyers d'hébergement:</p> <ul style="list-style-type: none"> – équipes soignantes (infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques, personnels de rééducation); – équipes socio-éducatives (cadres socio-éducatifs, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs); – psychologues.

ANNEXE 19

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Démarche palliative et accompagnement des personnes en fin de vie en dehors des services spécialisés
Contexte	<p>Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. (Article L1110-9 du 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 « Prise en charge et droits des patients en fin de vie » (13.a) du manuel de certification V2010 constitue l'un de ces dispositifs. Il permet, d'une part, de valoriser les actions de formation réalisées et, d'autre part, de mesurer le déploiement de la démarche palliative dans les services non spécialisés en soins palliatifs.</p> <p>Les textes de référence sont notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (annexée de référentiels d'organisation des soins relatifs aux unités, équipes mobiles, et lits identifiés de soins palliatifs ainsi qu'aux soins palliatifs en hospitalisation à domicile) - Instruction DGOS/PF3/2012/349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins: comment faire évoluer les réseaux de santé » - Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements de santé (2004) - Soins palliatifs, repères pour votre pratique, INPES, 2009.
Objectifs de la formation	<p>Approfondir des connaissances dans le domaine des sciences biomédicales et des sciences humaines, pour développer une approche centrée sur la personne en fin de vie, dans son contexte familial, social et culturel.</p> <p>Acquérir des compétences cliniques, thérapeutiques, relationnelles, éthiques pour assurer à la personne soignée la qualité des soins et la meilleure qualité de vie jusqu'à sa mort et pour favoriser l'implication des participants dans les différents projets de soins palliatifs, tant au domicile qu'en institutions, dans le souci de la pluridisciplinarité et du travail en réseau.</p>
Éléments du programme	<p>Connaissances théoriques et pratiques en soins palliatifs et en accompagnement</p> <p>Connaissance des dispositions prévues par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et par la loi dite Léonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, connaissance des évolutions législatives.</p> <p>Principes éthiques (principe d'autonomie, de bienveillance, justice-équité...)</p> <p>Connaissance et apprentissage du travail interdisciplinaire.</p>
Public	<p>Cette formation visera particulièrement les personnels fréquemment confrontés à des situations de fin de vie et exerçant dans les unités de soins non spécialisées en soins palliatifs.</p> <p>Catégories d'établissements: Médecine et Chirurgie, SSR, SLD, ex-hôpitaux locaux, structures médico-sociales comportant des services de soins palliatifs</p> <p>Catégories socioprofessionnelles: médecin, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, assistant social</p>

ANNEXE 20

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance
Contexte	<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"> – Plan de développement de la bientraitance et renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007 – Instruction DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance – Recommandation de l'ANESM « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – septembre 2008 » – Circulaire n° DGCS/2A/2010/254 DU 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS. – Critère 10 a du manuel de certification V2010 révisé 2011 de la Haute Autorité de Santé – Guide FOREAP-HAS « Promotion de la Bientraitance »
Objectifs de la formation	<p>L'objectif est d'accompagner les établissements et les personnels dans le déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance.</p> <p>Le déploiement de cette culture nécessite une appropriation de la démarche par les équipes de direction et d'encadrement intermédiaire des établissements, ainsi qu'un accompagnement des professionnels intervenant au quotidien dans la prise en charge des personnes hospitalisées, résidents et usagers.</p>
Éléments du programme	<p>Il est souhaité que la formation s'articule autour de 4 axes qui constituent des orientations générales : connaître, savoir être et savoir faire pour mieux prévenir la maltraitance et développer les pratiques de bientraitance.</p> <p>Cette formation ayant pour objectif l'appropriation par l'ensemble de l'institution d'une dynamique de bientraitance, il conviendra d'adapter son contenu en fonction des catégories professionnelles formées et du type de personne accueillie.</p> <p>1 - la vulnérabilité et le risque de maltraitance Les situations de vulnérabilité et la dépendance → <i>savoir et comprendre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les origines et les causes de la vulnérabilité et des risques de maltraitance • comprendre les différents troubles et symptômes de la dépendance <p>2 - La bientraitance Le périmètre opérationnel de la bientraitance : recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM et guide FORAP – HAS sur la promotion de la Bientraitance → <i>savoir et pouvoir être</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • le concept de bientraitance • 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 ... • les modalités d'une diffusion effective de la dynamique au sein de l'établissement ... <p>3 - La pratique professionnelle au quotidien → <i>savoir faire et pouvoir faire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les activités élémentaires et les actes de la vie quotidienne • les soins d'hygiène • la vie sociale et relationnelle : communication, comportement et attitudes • incarner le respect des droits au quotidien • faire face aux troubles du comportement et adapter ses attitudes • ressources et limites du professionnel <p>Il s'agit dans ce dernier axe de repérer et d'analyser les pratiques professionnelles et de définir les modifications à apporter dans l'approche, les gestes, la posture et les comportements professionnels pour mieux prendre en compte les besoins, 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>4 - La politique managériale au quotidien → <i>savoir faire et pouvoir faire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • mieux comprendre son rôle et ses responsabilités • soutenir les professionnels dans leurs pratiques quotidiennes • discuter de l'organisation du travail en vue de pratiques bientraitantes des usagers et de respect des professionnels • savoir évaluer et piloter une démarche de bientraitance

Public	<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 de décliner des contenus et des modalités de formation distinctes (sensibilisation, formation/action, formation de personnes ressources...) selon les types de personnels formés: cadres de direction, cadres de proximité et professionnels en relation directe avec l'utilisateur (médecins et infirmiers coordonnateurs, aides-soignants, AMP, etc.)</p>
--------	--

ANNEXE 21

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Évaluation et prise en charge de la douleur
Contexte	<p>La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. Dans le cadre de la certification des établissements de santé, la prise en charge de la douleur est une pratique exigible prioritaire et fait l'objet d'un indicateur national généralisé par le ministère de la santé.</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, mais il subsiste encore des marges de progression importantes dans ce domaine puisque l'objectif cible est de 80 %.</p> <p>L'évaluation et la prise en charge de la douleur restent cependant insuffisantes pour certaines populations: 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 la 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 et dans les établissements médico-sociaux.</p> <p>Le programme national douleur 2013-2017 élaboré par le ministère de la santé s'articule autour des 3 axes suivants: Axe 1: Améliorer l'évaluation et la prise en charge des patients algiques en mobilisant les acteurs de premiers recours; Axe 2: Favoriser l'expression de la douleur pour mieux la repérer; Axe 3: Garantir la prise en charge de la douleur au domicile ou en établissement médico-social.</p>
Objectifs de la formation	<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 en favorisant l'expression de la douleur (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>
Éléments du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les textes fondamentaux relatifs à la prise en charge de la douleur: <ul style="list-style-type: none"> – Disposition de la loi du 4 mars 2002 (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) reconnaissant le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne; – Programme national de lutte contre la douleur; – Référentiel de certification établi par la Haute Autorité de santé: une pratique exigible prioritaire. – Arrêté relatif aux orientations nationales de développement professionnel continu. • Savoir identifier les patients présentant une douleur qu'elle soit aiguë et/ou chronique, physique ou psychique: <ul style="list-style-type: none"> – savoir inciter la patient à s'exprimer sur une sensation douloureuse et à décrire la douleur sans la minimiser; – savoir évaluer la douleur des patients non communicants en utilisant des échelles d'hétéro-évaluation • Assurer la traçabilité de la douleur dans le dossier du patient • Connaître les protocoles mis à disposition et savoir les utiliser • Participer à l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur • 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 <p>Cette formation peut être déployée sous forme de formation action.</p>
Public	<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 22

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Pertinence des soins
Contexte	<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"> – participant à l'amélioration continue des pratiques cliniques (pertinence des actes et de l'utilisation des produits de santé), – optimisant les modes de prises en charge des patients en promouvant les modalités ambulatoires (pertinence des modes de prises en charge), – réduisant les inadéquations au niveau du court séjour et du SSR (pertinence des séjours et des parcours de soins), – limitant les hospitalisations évitables (pertinence des parcours de soins). <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>
Objectifs de la formation	<ul style="list-style-type: none"> • Diffuser la culture de l'amélioration de la pertinence des soins auprès de l'ensemble des professionnels de santé (type de réflexion, documentation disponible) • 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
Éléments du programme	<ol style="list-style-type: none"> 1. La qualité des soins: définition 2. La non-qualité: qu'est-ce que la non-qualité (soin inadéquat), sur-qualité, sous-qualité, le coût de la non-qualité, 3. Écarts nationaux de recours aux soins 4. La pertinence des soins: définition, axes (actes, utilisation des produits de santé, examens complémentaires, modes de prise en charge, séjours et parcours de soins), pertinence des soins/sécurité des soins/efficacité médico-économique 5. Améliorer la pertinence: les méthodes, les outils HAS orientés pertinence (recommandations, programmes d'analyse et d'amélioration des pratiques)
Public	Les équipes de soins y compris le personnel médical

ANNEXE 23

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Gestion des risques associés aux soins en équipe
Contexte	<p>Les enquêtes françaises ENEIS de 2005 et 2009¹ 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'IRDES² 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 médecins³, 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 2008⁴, revue Cochrane de Zwarenstein⁵, Neily⁶, etc.).</p> <p>Il semble donc 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.</p> <p>En effet, la notion d'équipe n'est pas un état inné et naturel qui aurait été programmé par la formation des professionnels. Le « dé clic » 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 « passer d'une équipe d'experts à une équipe experte ». Elle repose notamment sur l'organisation d'une communication adaptée, ciblée, entre professionnels de différentes formations associés dans l'objectif commun de réaliser un soin ou d'orienter un parcours dans les meilleures conditions.</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"> – le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements 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 – 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 – la certification des établissements de santé – 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 événements indésirables – 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)
Objectifs de la formation	<p>Bien que les textes réglementaires mentionnés ci-dessus concernent les établissements sanitaires, cette formation a vocation à être déclinée en établissements sanitaires et en établissements médico-sociaux, en insistant sur les risques existants en MCO, en psychiatrie et dans les structures prenant en charge des personnes âgées.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Développer la gestion des risques au niveau d'une équipe 2. Favoriser le travail en équipe (« passer d'une équipe d'experts à une équipe experte ») 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...).

1. <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquetes-nationales-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-comparaison-des-deux-etudes-eneis-2004-et-2009,9498.html>
2. <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf>
3. Sur 9 000 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
4. Baxter, Brumfitt. Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of team working. Qual Saf Health Care 2008 17:127-130
5. 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.
6. Neily et al. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. JAMA. 2010;304(15):1693-1700.

Éléments du programme	<p>Le contenu de la formation est décliné afin de répondre aux objectifs ci-dessus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Développer la gestion des risques au niveau d'une équipe: <ol style="list-style-type: none"> a. Notions de gestion et de maîtrise des risques, de retour d'expérience. Définitions des EIAS, y compris événements porteurs de risque (ou <i>near miss</i>) et EIG. Rôle du patient co-acteur de sa sécurité. b. Méthodes et outils pour prévenir, détecter identifier, analyser et récupérer des EIAS. Des thématiques/situations à risque ciblées peuvent être prédéfinies (<i>cf. infra</i>), c. Méthodes et outils pour mettre en place un retour d'expérience. 2. Favoriser le travail en équipe (« passer d'une équipe d'experts à une équipe experte »): <ol style="list-style-type: none"> a. Méthodes et outils pour analyser collectivement (entre les membres de l'équipe) les EIAS à travers une organisation dédiée (de type RMM), 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... c. Évaluer le travail en équipe (organisation, processus, résultats) et la culture de sécurité de l'équipe (autoévaluation) 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...) <ol style="list-style-type: none"> 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. 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. 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 la prise en charge clinique des patients. Ce projet de service doit s'appuyer sur une autoévaluation 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.)
Public	<p>– Équipe « constituée » (pôle, service, secteur ou unité) ou équipe formée par les professionnels mobilisés autour de « parcours » spécifiques (interfaces intrahospitalières, mais aussi ville/ES/médico-social par exemple)</p> <p>– Équipe formée de professionnels relevant de différents métiers (médicaux, paramédicaux, techniques, administratifs...)</p>

ANNEXE 24

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)
Contexte	<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 approche intégrée qui ne se fonde plus sur une approche traditionnelle basée sur les structures mais sur une population donnée.</p> <p>Afin d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées, le ministère de la santé a décidé une démarche innovante et intégrée, 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 expérimenter cette nouvelle logique du parcours de soins pour les personnes âgées de plus de 75 ans en risque de perte d'autonomie. 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 une adaptation des pratiques professionnelles des personnels de santé en ville et à l'hôpital, 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 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 (ville, hôpital, médico-social, 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, l'un vise tout particulièrement l'hôpital : «améliorer les conditions d'hospitalisation complète et limiter sa durée aux stricts besoins sanitaires des personnes».</p>
Objectifs de la formation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Connaissance du dispositif territorial du PAERPA, maîtrise du dispositif organisationnel du territoire 2. Appropriation des outils type mis en œuvre dans la démarche et des outils existants favorisant le parcours 3. Repérage de l'autonomie 4. Prévention de la perte d'autonomie dite iatrogène 5. Prévention de l'iatrogénie médicamenteuse sur le modèle de la formation OMAGE
Éléments du programme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnostic du territoire, rôle des différents acteurs du parcours 2. 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 3. 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 4. 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. <p>Cette dépendance iatrogène est le plus souvent évitable et peut être la cible d'interventions</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. La formation OMAGE: soin transitionnel multifacette conjuguant l'optimisation des prescriptions, l'éducation thérapeutique et la coordination précoce et renforcée avec les acteurs de la ville
Public	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnostic du territoire, rôle des différents acteurs du parcours: public cible: ensemble des professionnels de santé mais aussi les travailleurs sociaux qui font le lien avec les acteurs de ville 2. 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. Ces documents sont en cours d'élaboration par la HAS en 2013 et visent l'ensemble des professionnels avec un détail plus conséquent pour les utilisateurs de ces outils. 3. Repérage de l'autonomie dès l'admission dans tous les services de médecine et de chirurgie des personnes de plus de 75 ans. <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Pour le repérage de deuxième niveau: évaluation gériatrique simple; public cible: IDE. • Pour le repérage de troisième niveau: évaluation gériatrique standardisée; public cible: gériatre, équipe mobile de gériatrie 4. 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. 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 de l'immobilité, risques infectieux...); public cible: binôme gériatre, IDE, pharmacien hospitalier. 5. Iatrogénie médicamenteuse: la formation OMAGE: soin transitionnel multifacette conjuguant l'optimisation des prescriptions, l'éducation thérapeutique et la coordination précoce et renforcée avec les acteurs de la ville; public cible: binôme gériatre, IDE, pharmacien hospitalier

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES ÉVENTUELLES:

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 25

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Déclaration des événements indésirables graves (EIG), des vigilances et signalements des infections nosocomiales (IN)
Contexte	<p>L'organisation locale, régionale et nationale des vigilances est hétérogène, il existe par ailleurs près de 21 vigilances à ce jour (voir les travaux du CASA), dont 8 vigilances institutionnelles. Voici une liste non exhaustive des vigilances sanitaires et systèmes de signalements liés au système de production de soins en vigueur à ce jour: Guichet des erreurs médicamenteuses/pharmacovigilance/hémovigilance/matériovigilance/réactovigilance/addictovigilance/pharmacodépendance/toxicovigilance/maladies à déclarations obligatoires /AMP vigilance/infections nosocomiales/radiovigilance/événements porteurs de risques.</p> <p>Les signalements sont très importants dans la détection et la gestion des alertes sanitaires, une meilleure pertinence, exhaustivité et réactivité des déclarations est donc nécessaire afin d'améliorer la veille et l'alerte sur ces questions de santé publique.</p> <p>En termes de politique de gestion des risques et de la qualité au sein des établissements, ces vigilances participent à la prévention des risques, la mise en place de comités de retours d'expérience et développement d'une culture de sécurité transparente et réactive.</p>
Objectifs de la formation	Sensibilisation des professionnels de santé, connaissance des circuits, meilleure exhaustivité et réactivité des déclarations et signalements, meilleure qualité des contenus de déclaration.
Éléments du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Qui déclare? • Que déclarer? <p>Cartographie des risques et des vigilances qui y sont associées Périmètre des EIG/ vigilances/ IN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment? <p>Connaissance des circuits d'organisation et de gestion de la vigilance du niveau local jusqu'au niveau national. Identifier les agences sanitaires en charge de la gestion des vigilances et des signalements, les structures d'appui en région et le rôle de l'ARS sur ces sujets Recensement des procédures existantes et des fiches types de déclaration Dématérialisation, signalement électronique quand le circuit existe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quand déclarer? <p>Quels délais de déclaration ou de signalement s'appliquent?</p>
Public	Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, responsable de système de management de la qualité, tout professionnel de santé

ANNEXE 26

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Prise en charge de l'autisme
Contexte	<p>La prise en charge de l'autisme implique un travail pluridisciplinaire et pluriprofessionnel 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>À 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. 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 nouveau plan gouvernemental en 2013 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>
Objectifs de la formation	1. Améliorer le diagnostic des personnes autistes (conformément aux RBP HAS) 2. Améliorer la prise en charge des personnes autistes (conformément aux RBP HAS)
Éléments du programme	<p>1. Interroger ses pratiques professionnelles sur le diagnostic et la prise en charge de l'autisme et des TED (troubles envahissants du développement):</p> <ul style="list-style-type: none"> – freins à la mise en œuvre – connaissance des RBP HAS (2005, 2010, 2011, 2012) – liens avec le CRA – visibilité du dispositif <p>2. Mettre en œuvre les RPIB HAS auprès de chaque patient autiste:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Connaissances théoriques: – RBP HAS diagnostic chez l'enfant (2005) – HAS socle de connaissances (2010) – RBP HAS diagnostic chez l'adulte (2011) – RBP HAS interventions chez l'enfant (2012) – Connaissances pratiques: <p>Utilisation des outils diagnostic ADI (Autism Diagnostic Interview) et ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) Renforcer l'aptitude à communiquer en équipe pluriprofessionnelle dans un objectif de gestion de prise en charge coordonnée</p> <p>3. A l'issue de la formation: S'exercer à l'organisation de retours d'expérience en équipe avec prise de mesures correctives. 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>
Public	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.
Observations complémentaires	Documents à utiliser: <ul style="list-style-type: none"> – RBP HAS diagnostic chez l'enfant (2005) – HAS socle de connaissances (2010) – RBP HAS diagnostic chez l'adulte (2011) – RBP HAS interventions chez l'enfant (2012)

ANNEXE 27

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Repérage précoce et intervention brève (RPIB) des conduites addictives à risque, particulièrement chez les jeunes
Contexte	<p>Les addictions sont un problème majeur et complexe de santé publique. 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 évitables. La consommation excessive d'alcool est un déterminant majeur de santé: les derniers chiffres actualisés font état de 49 000 morts par an liés à l'alcool. On estime à plus d'un demi-million de personnes le nombre d'usagers quotidiens de cannabis et l'usage problématique des autres drogues illicites¹ concerne un quart de million de personnes.</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. Une attention particulière doit être portée aux produits les plus fréquemment consommés (alcool, tabac et cannabis), ainsi qu'à certaines consommations ou pratiques en hausse au cours des dix dernières années: initiations précoces, ivresses aiguës, diffusion de la cocaïne...</p> <p>La mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) va présenter un nouveau plan gouvernemental en 2013 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. 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 usagers problématiques de substances. Cette démarche est particulièrement importante au sein des ES puisque y passent des patients venus pour une autre pathologie mais qui présentent parfois également une consommation problématique de substance addictive, notamment d'alcool</p>
Objectifs de la formation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer le repérage et le diagnostic des conduites addictives à risque 2. Accroître la connaissance et l'acceptation du besoin de traiter ces conduites et de la pertinence de la démarche d'intervention brève
Éléments du programme	<p>Il est souhaité que la formation s'articule autour de deux volets:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interroger les pratiques sur le RPIB: <ul style="list-style-type: none"> – Freins à la mise en œuvre – Connaissance des acteurs du dispositif pour orientation et suivi articulé, y compris au sein de l'établissement 2. Mettre en œuvre le RPIB auprès de chaque patient: <p>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)</p> <p>Connaissances pratiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> – la conduite de l'entretien motivationnel, – la conduite de l'intervention brève – les modalités d'orientation et de suivi avec les autres acteurs du dispositif de prise en charge des addictions: médecine de ville, CSAPA
Public	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
Observations complémentaires	<p>Cette action s'inscrit en cohérence et en renforcement de la 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.</p> <p>Documents à utiliser:</p> <p>Anderson P, Gual A., Colom J., INCa (trad.) Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008; 141 p.</p> <p>Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'alcoologie (http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=A10)</p> <p>INPES - Repères pour votre pratique. Intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/732.pdf</p>

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

ANNEXE 28

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Interfaces «ville/hôpital»: la sortie du patient hospitalisé
Contexte	<p>Des études relatives aux événements indésirables associés aux soins (ENEIS, EVISA), ainsi que des entretiens avec des professionnels de santé, tant hospitaliers que du milieu de soins ambulatoire, montrent le besoin de développer une communication efficace entre 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. 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>
Objectifs de la formation	<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir une culture de qualité et de sécurité des soins, en particulier concernant la continuité efficace des soins; • S'approprier les outils existants permettant d'analyser et élaborer un parcours de soins (ou « chemin clinique »); • Développer la prise en compte de l'environnement habituel du patient (familial, médical, social, financier, culturel...) pour améliorer la sécurisation de la continuité des soins; • Se sensibiliser au développement d'une communication et d'une coordination plus 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.
Éléments du programme	<ul style="list-style-type: none"> • 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...); • Méthodologies d'analyse en qualité et sécurité des soins, chemin clinique, en lien avec le sujet continuité et coordination des soins • Analyse et préparation d'un maillage entre professionnels de soins (médecins hospitaliers et traitants, pharmaciens, IDE, paramédicaux, aidants et travailleurs sociaux), favorisant une communication efficace en amont et en aval d'une hospitalisation; et mise en œuvre de réseaux ville-hôpital et filières de soins prévues par les plans de santé publique (Cancer, Alzheimer, maladies rares, hépatites, etc.); • Sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient, compréhension des prescriptions par le patient et son entourage; • Prise en compte des situations pathologiques et/ou sociales susceptibles d'interférer avec la sortie (Alzheimer et autres troubles mnésiques ou cognitifs, difficultés liées à l'environnement et au contexte socioculturel, précarité...); • Analyse et élaboration de procédures, check-lists ou parcours de soins pour l'amélioration de la qualité: de la suite de prise en charge, des prescriptions et de leur réalisation, de la transmission du compte-rendu d'hospitalisation, de l'information du médecin traitant et des professionnels de santé concernés en amont de la sortie puis au moment de celle-ci.
Public	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé (personnels médicaux et paramédicaux) • Professionnels du service social de l'établissement • Secrétaires médicales

ANNEXE 29

AXE DE FORMATION 2015	
Intitulé	Diagnostic précoce des personnes à risque suicidaire élevé et prise en charge des personnes ayant réalisé une tentative de suicide
Contexte	<p>En France, chaque année, près de 10 500 personnes décèdent par suicide, soit environ 16 personnes sur 100 000, ce qui fait de la France l'un des pays européens avec le plus fort taux de mortalité par suicide.</p> <p>L'Institut de veille sanitaire estime à 220 000 le nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide et à 100 000 le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide.</p> <p>Le taux de réhospitalisation pour tentative de suicide est estimé à 14,0 % à 12 mois et à 23,5 % à 48 mois.</p> <p>Source: <i>BEH Thématique suicide</i>, décembre 2011</p> <p>La prise en charge des patients suicidants occupe une place centrale dans les programmes de prévention du suicide. Les antécédents de tentatives de suicide sont un facteur de risque majeur. Le principal objectif de ces programmes de prise en charge des suicidants est ainsi de réduire le risque de récurrence suicidaire. Par ailleurs, des travaux de recherche (dans le cadre d'un PHRC) ont confirmé qu'un algorithme de veille instauré après une tentative de suicide a permis de diminuer les récurrences et les décès par suicide (projet ALGOS, P. Vaiva, CHRU Lille)</p> <p>Pour aider les soignants à repérer les personnes à risque et à améliorer la prise en charge afin d'éviter les récurrences, il est important que des actions de formation continue sur ces thématiques soient développées.</p>
Objectifs de la formation	<ul style="list-style-type: none"> – permettre un diagnostic précoce des personnes à risque suicidaire élevé – améliorer la prise en charge des personnes ayant réalisé une tentative de suicide afin de réduire ainsi le risque de récurrence
Éléments du programme	<p>1. Les personnes à risque élevé:</p> <ul style="list-style-type: none"> – connaissances théoriques générales: identifier les facteurs de risque et de protection, repérer une crise suicidaire sous ses différentes formes et à ses différents stades, évaluer l'urgence et la dangerosité suicidaire. – Connaissances pratiques: conduire une entrevue pour aborder la souffrance de la personne en crise, intervenir, alerter et orienter selon le degré d'urgence et de dangerosité, étudier les possibilités de mise en place d'un suivi multidisciplinaire pour une prise en charge intégrée. <p>2. Les personnes ayant réalisé une tentative de suicide:</p> <ul style="list-style-type: none"> – connaissances théoriques générales: évaluation médico-psycho-sociale, facteurs de pronostic (comorbidités psychiatriques et sociales notamment), approches populationnelles spécifiques (adolescents, personnes âgées...) – connaissances pratiques <p>a) Comment mettre en place un lien afin d'assurer la continuité de la prise en charge ?</p> <p>b) Quelle attitude adopter ?</p> <p>c) Comment et où orienter précocement ?</p> <p>d) Comment mettre en place un suivi multidisciplinaire pour une prise en charge intégrée ?</p>
Public	<p>Tous les personnels (soignants en priorité et adaptation pour les non-soignants)</p> <p>Personnels des services de médecine d'urgence prioritairement</p> <p>Toutes les catégories d'établissements (sanitaires, sociaux et médico-sociaux)</p>

ANNEXE 30

ACTION DE FORMATION NATIONALE 2015 (DPC)	
Intitulé	<p align="center">Contribution au plan de lutte contre les violences faites aux femmes: savoir identifier les situations de violence conjugale et familiale lors de la prise en charge de patients dans les établissements de la FPH</p>
Contexte	<p>Au cours de ces deux dernières années, 400 000 femmes victimes de violences conjugales déclarées ont été identifiées. En 2012, 166 femmes sont mortes sous les coups de leur conjoint ou partenaire et, dans le cadre de violences au sein du couple, 25 enfants sont décédés, tués par un parent ou beau-parent. Dans une moindre mesure, les hommes font aussi partie des victimes de violence au sein du couple: 31 décès d'hommes ont été répertoriés en 2012.</p> <p>Or, les situations de violence conjugale et/ou familiale ne sont pas fréquemment signalées ou déclarées par les victimes elles-mêmes: s'agissant des femmes, on estime à 58 % le nombre de celles n'entretenant aucune démarche de signalement. Mais c'est d'abord vers les professionnels de santé que se tournent les victimes.</p> <p>Le 4^e plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes, adopté fin 2013 par le Gouvernement, prévoit un renforcement de l'organisation de l'action publique et la mobilisation de la société face à ces violences.</p> <p>Dans ce contexte, les professionnels des établissements de santé ou des structures sociales de la FPH peuvent avoir un rôle important dans le repérage, l'accompagnement, le signalement et la protection de ces victimes.</p> <p>Une formation spécifique des professionnels de la FPH peut donc contribuer aux objectifs définis par le Gouvernement tant pour les adultes victimes de violence que pour l'enfance en danger.</p>
Objectifs de la formation	<p>Acquérir les connaissances juridiques nécessaires à la protection des personnes, adultes et enfants victimes de violence. Acquérir les connaissances de base sur le mécanisme des violences conjugales et familiales, sur l'emprise et les symptômes consécutifs aux traumatismes</p> <p>Repérer les signes et les comportements permettant de suspecter l'existence de violences sur des femmes, hommes et/ ou des enfants.</p> <p>Connaître les conditions propices, outils et pratiques professionnelles facilitant l'expression des victimes et développer sa capacité à aborder avec bienveillance et efficacité les situations délicates</p> <p>Développer une compétence d'équipe dans la prise en charge des victimes de violence pour élaborer un dispositif de repérage et de prise en charge performant au sein de la structure d'activité, puis d'aide à l'orientation et à l'accompagnement des victimes.</p> <p>Identifier les partenaires extérieurs nécessaires à la prise en charge.</p>
Éléments du programme	<p>I - L'action publique et la réglementation dans le domaine de la protection des adultes, femmes et hommes, ainsi que des enfants victimes de violence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspects épidémiologiques des violences faites aux femmes et des violences conjugales - L'implication des institutions internationales et européennes dans la lutte contre les violences conjugales et familiales - L'action publique en France: 4^e plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes; rôle de la mission interministérielle de protection des femmes contre les violences et de lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF); rôle de l'observatoire national de l'enfance en danger - État de la législation et de la réglementation: responsabilité civile et pénale des différents acteurs; dispositions législatives et réglementaires concernant la protection des victimes de violence - Connaissance des démarches et des procédures adaptées à la mise en sécurité des victimes de violence au sein du couple et de la famille <p>II - L'identification des victimes de violence et les techniques à utiliser pour favoriser l'expression des victimes</p> <ul style="list-style-type: none"> - La problématique des violences conjugales et familiales: la violence au sein du couple et de la famille, contexte, mécanisme, l'emprise. - L'identification et la reconnaissance du traumatisme et de l'état de stress post-traumatique. - Les répercussions sur la victime des stratégies de l'agresseur et le phénomène de l'emprise, les comportements de repli ou de déni de la part des victimes. <p>• Le repérage des situations de violence chez les adultes, hommes et femmes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conséquences physiques, psychologiques et somatiques des violences sur les victimes. - Éléments de connaissance sur la psychologie des victimes de violences conjugales et les conséquences psycho-traumatiques; - Le repérage du vécu des victimes; - Les conditions de mise en confiance; - Les techniques d'entretien: le langage, le schéma de conduite d'entretien, l'écoute active et la relation d'aide; - la méthode à adopter dans l'identification de situations de violence: compréhension du positionnement de la victime et de ses freins; le développement de l'acuité à observer et à écouter ces victimes tout en respectant leur mode de fonctionnement. <p>• Le repérage des situations de violence chez les enfants (enfants témoins exposés aux violences conjugales, enfants directement victimes des violences d'un parent ou des parents).</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'impact des violences au sein du couple sur les enfants; - Le repérage des signes de souffrance de l'enfant; le trouble de stress post-traumatique spécifique aux enfants. - Le repérage des signes de type résilience - Les conditions propices pour que l'enfant s'exprime: choix du lieu, mise en confiance, ouverture, bienveillance. - Les outils ou supports qui facilitent l'expression de l'enfant - La méthodologie de l'entretien: la technique de l'écoute, les reformulations, les questions ouvertes ou fermées - La part de secret et les mécanismes de défense mis en place par l'enfant à la suite du traumatisme

Éléments du programme	<p>III - La chaîne de prise en charge des victimes de violence et le développement d'une compétence d'équipe dans l'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le rôle des différents professionnels de l'établissement dans le repérage, le signalement et la prise en charge des victimes de violence: infirmière ou autre personnel de soins, médecin, psychologue, assistante sociale, encadrement; - Le partage du savoir et du savoir-faire entre professionnels concernés au sein du service ou de l'établissement permettant le développement de compétences partagées et l'établissement d'un dispositif efficace de repérage et d'accompagnement des situations de violence. - La mise en place d'un réseau interne, l'établissement et l'identification d'un réseau partenarial externe pour l'accompagnement et la prise en charge médico-psychologique, sociale et juridique
Public	<p>Professionnels soignants, paramédicaux et médicaux, notamment des services d'urgence, unités médico-judiciaires, de gynécologie-obstétrique, des unités d'IVG, des services de pédiatrie et de prise en charge des adolescents, des services de chirurgie orthopédique dans les établissements de santé Professionnels des structures sociales d'accueil des femmes et des enfants (CHRS, foyers d'hébergements...) Travailleurs sociaux des établissements de santé et des établissements sociaux et psychologues de ces différentes structures</p> <p>La participation à cette formation de plusieurs agents d'une même équipe ou service serait favorable au développement des compétences d'équipe dans le repérage des victimes de violence.</p>

ANNEXE 31

ACTION DE FORMATION NATIONALE 2015 (DPC)	
Intitulé	Recommandations de pratiques cliniques: prise en charge somatique des patients adultes ayant une pathologie psychiatrique sévère
Contexte	<p>Les troubles schizophréniques et bipolaires sont responsables d'une <i>importante mortalité et d'une forte morbidité</i>. Plusieurs études ont souligné la mauvaise santé physique et la diminution de l'espérance de vie chez les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, en particulier de troubles schizophréniques et de troubles bipolaires: ainsi, l'espérance de vie d'un patient souffrant de pathologie psychiatrique sévère est de 20 % inférieure à celle constatée en population générale</p> <p>De nombreux facteurs de risques, similaires à ceux rencontrés en population générale, ont été identifiés. Certains peuvent faire l'objet de politiques de prévention et de soins en particulier les troubles liés la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues, l'HTA, les dyslipidémies, le syndrome métabolique secondaire au traitement psychotrope, le diabète et les troubles dentaires.</p> <p>Mais l'état de santé physique des patients aux troubles psychiatriques schizophréniques et bipolaires reste trop longtemps méconnu par les psychiatres et les médecins généralistes</p> <p>Les patients atteints de troubles schizophréniques et bipolaires ont recours aux soins somatiques moins fréquemment en raison de troubles cognitifs ou des perturbations psychiques liées aux maladies mentales graves, à leurs difficultés à s'adresser ou à accéder au système de santé du fait de leur précarité sociale, de leur méconnaissance du dispositif de soins, à l'inactivité, voire de leur réticence à exprimer leurs souffrances physiques.</p> <p>Les différents acteurs du système de soins peuvent souvent sous-diagnostiquer et sous-traiter les pathologies somatiques masquées par la pathologie psychiatrique et certaines de ses expressions comportementales.</p> <p>Une formation à l'intention des équipes hospitalières, médicales et paramédicales, permettrait une prise en charge plus efficace de ces patients.</p>
Objectifs de la formation	<ul style="list-style-type: none"> – Prévention et repérage précoce des pathologies somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques graves et chroniques (avec délimitation des pathologies concernées). – Amélioration de la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques graves et chroniques, en ambulatoire, durant et après les hospitalisations en psychiatrie – Amélioration de l'accompagnement des patients souffrant de ces pathologies dans le quotidien et au long terme. <p>Un référentiel a été élaboré par la Fédération française de psychiatrie, il sera validé par la HAS en 2014 et pourra servir de support pédagogique à la formation.</p>
Éléments du programme	<p>1 - Définition et épidémiologie Les pathologies mentales et le risque de mortalité liée aux troubles somatiques. Les maladies somatiques associées les plus fréquentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévalences des facteurs de risques primaires suivants: dyslipidémies, troubles du métabolisme glucidique, maladies cardio-vasculaires, HTA, tabac et co-morbidités addictives; • Effets indésirables somatiques des traitements antipsychotiques (dont le syndrome métabolique); • Effets indésirables somatiques des traitements thymo-régulateurs • Effets indésirables somatiques des traitements antidépresseurs <p>2 - Modalités de prise en charge des troubles somatiques Les préconisations en matière d'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choix d'un bilan systématique lors de l'hospitalisation • Choix d'un suivi en cours d'hospitalisation (suivi médical, quel suivi biologique) • Préparation de la sortie: relais à mettre en place et coordination des soins <p>Les préconisations en matière de soins ambulatoires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Place du médecin traitant, suivi des traitements somatiques, bilans réguliers, continuité • Accueil et prise en charge par les services d'urgences somatiques • Attitude en cas déni de la pathologie somatique chez le patient • Mesures spécifiques pour les patients ayant un statut légal particulier (tutelle, soins ambulatoires sous contrainte) <p>Les préconisations en matière de prescription de médicaments psychotropes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilan avant la mise en route, suivi en cours, prévention des effets indésirables, changement ou arrêt de traitement <p>3 - Prévention des troubles somatiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment permettre un repérage dans les lieux de vie des patients • Place de la famille et des aidants dans l'accompagnement • Comment permettre aux patients de se préoccuper de leur santé physique, quelles sont les priorités: <ul style="list-style-type: none"> – Education thérapeutique, prévention primaire et secondaire en santé adaptées à ces populations. • Formations et informations pour permettre aux équipes de ville de mieux appréhender ces patients? • Comment renforcer les liens et la communication entre les différents intervenants autour du patient • Que faire lorsque le patient n'a pas de médecin traitant autre que le psychiatre.
Public	Personnels paramédicaux et médicaux (infirmiers, médecins, psychologues, assistantes sociales) des services hospitaliers accueillant des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une prise en charge ambulatoire: services de psychiatrie, mais aussi tout autre service hospitalier: urgences, médecine, services de spécialités, en hospitalisation et consultations.

ANNEXE 32

ACTION DE FORMATION NATIONALE 2015 (DPC)	
Intitulé	Contribution à la mise en œuvre du plan cancer 2014-2019 : améliorer la qualité et la sécurité des soins des patients sous chimiothérapies orales par l'information et l'accompagnement des patients (information, observance, effets indésirables)
Contexte	<p>Le plan cancer 2014-2019 prévoit dans son objectif n° 4, « Adapter les formations des professionnels aux évolutions de la cancérologie », la mise en place de formations continues, notamment dans le cadre du DPC à destination d'équipes pluriprofessionnelles, concernant les nouvelles modalités de traitement, l'un des domaines étant l'éducation thérapeutique, mais aussi l'information et l'accompagnement des patients dans l'objectif d'une plus grande autonomie des patients et d'une meilleure qualité de vie.</p> <p>D'autre part, dans l'objectif n°3 du plan, « <i>Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques</i> », est inscrit un axe relatif à la « sécurisation de l'utilisation des chimiothérapies orales ».</p> <p>Une action de formation à destination des équipes hospitalières concernées relative à l'information et l'accompagnement des patients concernant les chimiothérapies orales permettrait de contribuer rapidement à ces objectifs du plan cancer. En effet, <i>l'utilisation de traitements anticancéreux oraux est en constante augmentation</i>. De plus en plus de ces médicaments sont mis sur le marché (52 médicaments fin 2012) concomitamment à un nombre croissant de patients traités: la facilité de prise de la voie orale, le confort des malades et les bénéfices cliniques reconnus de ces molécules sont autant d'éléments explicatifs.</p> <p>Mais la délivrance des traitements sous une forme orale, qui va prendre une grande ampleur au cours des prochaines années (en 2020, leur proportion pourrait atteindre 50 % des traitements à base d'anticancéreux) doit être organisée et sécurisée.</p> <p>Les chimiothérapies orales sont parfois considérées à tort comme moins toxiques que les chimiothérapies intraveineuses. Le patient n'étant pas à l'hôpital pendant le traitement, la gestion des effets secondaires peut être difficile et le risque de non-observance est réel. En cas de mauvaise observance, les objectifs thérapeutiques peuvent ne pas être atteints, ce qui provoque une perte de chance pour les malades.</p> <p>De façon complémentaire aux actions en cours de mise en œuvre concernant les modalités organisationnelles de prise en charge des patients sous chimiothérapie orale entre équipes hospitalières et professionnels de ville (par exemple, le suivi à distance des patients en articulation avec la ville), il paraît nécessaire de fournir aux équipes hospitalières concernées des outils leur permettant de développer une capacité de suivi et un rôle d'appui aux professionnels de ville, ainsi qu'une capacité d'information et d'implication du patient dans la conduite du traitement.</p> <p>Un guide relatif aux référentiels d'information sur les chimiothérapies par voie orale est en cours, mais des séances de formation spécifiques à destination des équipes hospitalières sont souhaitables.</p>
Objectifs de la formation	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtriser les fondamentaux sur les chimiothérapies orales, les circuits de dispensation de ces médicaments. • Maîtriser le risque iatrogène spécifique des chimiothérapies orales. • Savoir informer les professionnels de ville et les patients concernant le risque iatrogène des chimiothérapies orales et les mesures à prendre en cas de survenue d'effets indésirables et améliorer ainsi la qualité et la sécurité du parcours du patient • Permettre au patient une amélioration de sa prise en charge et la réduction des difficultés dans l'organisation de ses soins
Éléments du programme	<p>1° État des lieux et perspectives d'évolution des traitements anticancéreux par voie orale.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les objectifs du plan cancer 2014-2019 concernant les chimiothérapies orales; – la parcours de soins d'un patient traité par chimiothérapie orale; – l'articulation entre l'hôpital et la ville; <p>2° Le bon usage des médicaments anticancéreux par voie orale</p> <ul style="list-style-type: none"> – Le risque iatrogène; – Les effets indésirables et le risque de non-observance; <p>3° L'information et l'accompagnement des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'accompagnement des patients: l'éducation thérapeutique (programme d'éducation thérapeutique), l'accompagnement et l'information des patients; – (information, observance, effets indésirables) – La prévention et la gestion des effets secondaires – L'observance et la sécurité des traitements <p>4° Développement d'une compétence d'équipe en matière d'information et d'accompagnement des patients sous chimiothérapie orale.</p> <p>Cette formation peut être suivie dans l'objectif de développer:</p> <ul style="list-style-type: none"> – soit de <i>simples actions et programmes d'accompagnement des patients et des professionnels de ville</i>; – soit de <i>véritables programmes d'éducation thérapeutique</i>.
Public	Équipes hospitalières médicales et paramédicales des unités de prise en charge des patients cancéreux: <ul style="list-style-type: none"> – cadres de santé, infirmières, – médecins, – psychologues et secrétaires médicales.