

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines
de système de santé

Bureau des ressources humaines
hospitalières

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction des professions sociales
et des territoires

Bureau de l'emploi
et de la politique salariale

Instruction DGOS/RH4/DGCS/4B n° 2015-247 du 27 juillet 2015 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 : AFSH1518433J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 17 juillet 2015. – Visa CNP 2015-129.

Examinée par le COMEX le 21 juillet 2015.

Catégorie : directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : axes prioritaires 2016 pour le développement des compétences des personnels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

Mots clés : programme Phare – département d'information médicale partagé de territoire – situations sanitaires exceptionnelles – conciliation médicamenteuse – antibiorésistance – diagnostic du cancer – plan national de lutte contre la pauvreté 2014-2018 – vulnérabilité sociale – conférence nationale du handicap – personnes handicapées – stratégie nationale de santé – pertinence des soins – virage ambulatoire – accompagnement en fin de vie – réforme du développement professionnel continu.

Références :

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;

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

Circulaire DGOS/RH4 n° 2012-206 du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière;

Circulaire DGOS/RH4 n° 2013-295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière;

Instruction DGOS/RH4 n° 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.

- Annexe 1. – Gestion du handicap et de l'inaptitude des agents de la fonction publique hospitalière.
- Annexe 2. – Systèmes d'information hospitaliers (SIH) et pratiques professionnelles : les fondamentaux à connaître.
- Annexe 3. – Mise en œuvre d'un département d'information médicale partagé de territoire.
- Annexe 4. – Diminution de l'iatrogénie médicamenteuse aux points de transition : développement de la conciliation médicamenteuse.
- Annexe 5. – Amélioration de l'usage des antibiotiques : contrôle de la consommation et des résistances pour lutter contre l'antibiorésistance.
- Annexe 6. – Formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles : pour améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge des patients.
- Annexe 7. – Gestion de la qualité et de la sécurité du médicament en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- Annexe 8. – Renforcement de l'offre et de la pratique du sevrage tabagique à l'hôpital.
- Annexe 9. – Dons d'organe et greffe : former les acteurs de terrain dans un cadre législatif en évolution.
- Annexe 10. – Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques.
- Annexe 11. – Prise en charge en cancérologie : annonce du diagnostic et relation soignant-soigné.
- Annexe 12. – Optimisation logistique et circuit d'approvisionnement intégrés dans l'organisation des soins (AFN 2016).
- Annexe 13. – Prise en charge et accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité sociale (AFN 2016).
- Annexe 14. – Amélioration du parcours de soins des personnes handicapées en situation complexe entre équipes sanitaires et médico-sociales (AFN 2016).
- Annexe 15. – Amélioration de la pertinence des soins en équipe (AFN 2016).
- Annexe 16. – Contribuer au virage ambulatoire par la mise en œuvre d'un projet de chirurgie ambulatoire (réactualisation et reconduction de l'AFN inscrite dans la circulaire DGOS/RH4 n° 20126206 du 22 mai 2012).
- Annexe 17. – Accompagnement en soins palliatifs et fin de vie : aide aux professionnels dans un contexte législatif en évolution (réactualisation et reconduction de l'AFN inscrite dans la circulaire DGOS/RH4 no 2012-206 du 22 mai 2012).

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

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes 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 publics 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 2016 dans le cadre de leur plan de développement des compétences.

Elle doit orienter et faciliter la construction de ces plans dans chaque établissement.

Sont ainsi proposées, pour 2016, onze nouvelles actions prioritaires, quatre actions de formation nationales (AFN) dont trois sont particulièrement destinées aux professionnels de santé, personnels paramédicaux et médicaux.

D'autre part, deux actions retenues pour l'année 2013 au titre d'actions nationales, ont été réactualisées et font l'objet d'une reconduction en raison de leur importance particulière dans la stratégie nationale de santé et dans l'évolution de la législation.

I. – LES ORIENTATIONS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES RETENUES POUR L'ANNÉE 2016

Les orientations présentées pour l'année 2016 ont été retenues en fonction des politiques publiques concernant le système sanitaire ainsi que le champ social et médico-social : évolution organisationnelle des établissements sanitaires, axes prioritaires d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, priorités de santé publique, politiques nationales en faveur des personnes handicapées, lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

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

S'agissant des priorités retenues au titre de 2016, plusieurs d'entre elles visent à contribuer à des politiques majeures des établissements dont le déploiement s'avère indispensable dans un objectif d'efficience.

Ainsi ces axes prioritaires concernent l'efficience des organisations tant dans le domaine de la gestion (optimisation des circuits d'approvisionnement dans le prolongement du programme PHARE et de la rationalisation de la politique d'achats, département d'information médicale partagé de territoire) que dans les modes de prises en charge et les pratiques de soins (virage ambulatoire, pertinence des soins dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé).

Votre attention est appelée sur l'importance de la thématique « Contribuer au virage ambulatoire par la mise en œuvre d'un projet de chirurgie ambulatoire » : cette thématique, qui a fait l'objet d'une action de formation nationale inscrite dans la circulaire du 22 mai 2012, a été réactualisée et son déploiement en région sera prolongé par l'Association Nationale pour la Formation des personnels hospitaliers (ANFH) en 2016, le « virage ambulatoire » constituant un objectif majeur pour les établissements de santé.

De même, l'actualisation de l'action « accompagnement en soins palliatifs et fin de vie », également inscrite en action de formation nationale dans la circulaire du 22 mai 2012, apparaît indispensable en raison du projet de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. L'ANFH prolongera également le déploiement de cette action réactualisée en 2016.

S'agissant du champ médico-social et du champ social, les actions de formation retenues pourront contribuer aux objectifs d'amélioration de l'accès aux soins définis d'une part pour les personnes handicapées lors de la Conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014, et d'autre part pour les publics précaires dans le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion.

Ces axes prioritaires de formation tout au long de la vie, ainsi que les actions de formation nationales dont la mise en œuvre est confiée à l'ANFH, ont été retenus dans le cadre d'une concertation avec les membres de la commission de la formation professionnelle du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière.

II. – LES ORIENTATIONS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CONCERNANT LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LES ÉVOLUTIONS EN COURS CONCERNANT LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Le dispositif du développement professionnel continu (DPC) est actuellement en cours de réforme et de nouvelles dispositions devraient prendre effet au plus tard au début de l'année 2016, simultanément au déploiement des plans de formation.

À la suite de la concertation qui s'est tenue avec les professionnels de santé entre novembre 2014 et février 2015, le dispositif du DPC sera réformé : l'objectif est de refonder le DPC et de le recentrer strictement sur les processus de prise en charge des patients dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

De la conception en programmes de DPC incluant nécessairement formation continue et évaluation des pratiques, le dispositif va évoluer vers des parcours de DPC comprenant des actions de formation continue, des actions d'évaluation des pratiques, des actions de gestion des risques qui pourront être réalisées soit distinctement soit couplées au sein de programmes dits intégrés.

Pour cette raison, dans la présente instruction, les axes prioritaires et les actions de formation nationales relatifs aux processus de prise en charge des patients et destinés aux personnels soignants, médecins et non médecins, ne sont plus présentés sous l'intitulé « programmes de DPC », mais sous celui « d'actions de formation ».

L'arrêté ministériel fixant les orientations nationales de DPC définira désormais des priorités pluriannuelles en fonction des métiers et des orientations prioritaires de santé de façon beaucoup plus précise que l'arrêté du 26 février 2013 en vigueur. D'ici octobre 2015, un nouvel arrêté fixant les orientations nationales pluriannuelles de DPC sera publié: les établissements sont donc invités à s'appuyer, non seulement sur les actions présentées dans la présente instruction, mais aussi sur les priorités nationales qui figureront dans cet arrêté en cours d'élaboration, dans la construction de leur plan de formation.

Une large communication relative à l'évolution du DPC sera engagée à la suite de la publication de la loi et des textes réglementaires d'application afin d'accompagner les établissements dans l'appropriation du nouveau dispositif et de ses conséquences.

Si cette nouvelle réglementation doit à terme impacter la construction des plans de formation des établissements de la FPH pour ce qui concerne les professionnels de santé, les évolutions en cours du DPC ne modifient en rien les nouvelles approches de la formation continue que le DPC a favorisées depuis 2013 et qui constituent un progrès indéniable pour le développement des compétences de l'ensemble des personnels de la FPH.

Il est donc recommandé de poursuivre:

- les actions de développement des compétences « de l'équipe » et « en équipe », réunissant des personnels de différentes professions qu'ils soient soignants ou non soignants, paramédicaux ou médecins;
- la constitution de parcours de développement des compétences faisant alterner apports cognitifs et évaluation des pratiques pour l'ensemble des personnels, mode de formation qui apparaît désormais indispensable au développement de l'efficacité des établissements.

Enfin, l'intérêt des actions de formation associant personnels non médicaux et médecins est vivement rappelé: les évolutions du DPC devraient les renforcer.

III. – AXES PRIORITAIRES ET ACTIONS DE FORMATION NATIONALE

1. Axes prioritaires en matière de formation professionnelle tout au long de la vie pour l'année 2016

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

1. Gestion du handicap et de l'inaptitude des agents de la fonction publique hospitalière

1.2. Évolution des compétences professionnelles et sécurité des procédures

2. Systèmes d'information hospitaliers (SIH) et pratiques professionnelles: les fondamentaux à connaître
3. Mise en œuvre d'un département d'Information médicale partagé de territoire

1.3. Qualité et sécurité des prises en charge des patients

4. Diminution de l'iatrogénie médicamenteuse aux points de transition: développement de la conciliation médicamenteuse
5. Amélioration de l'usage des antibiotiques: contrôle de la consommation et des résistances pour lutter contre l'antibiorésistance
6. Formation des personnels soignants aux situations sanitaires exceptionnelles: pour améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge
7. Gestion de la qualité et de la sécurité du médicament en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

1.4. Santé publique et parcours de soins

8. Renforcement de l'offre et de la pratique du sevrage tabagique à l'hôpital

9. Dons d'organe et greffe : former les acteurs de terrain dans un cadre législatif en évolution
10. Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques
11. Prise en charge en cancérologie : annonce du diagnostic et relation soignant-soigné

2. Actions de formation nationales 2016

12. Optimisation logistique et circuit d'approvisionnement intégrés à l'organisation des soins
13. Prise en charge et accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité sociale
14. Amélioration du parcours de soins des personnes handicapées en situation complexe entre équipes sanitaires et médico-sociales
15. Amélioration de la pertinence des soins en équipe

3. Actions de formation nationales inscrites dans des instructions antérieures réactualisées et reconduites

16. Contribuer au virage ambulatoire par la mise en œuvre d'un projet de chirurgie ambulatoire
17. Accompagnement en soins palliatifs et fin de vie : aide aux professionnels dans un contexte législatif en évolution

Enfin, les établissements sont invités à poursuivre, outre les actions précédemment érigées en actions nationales et déployées par l'ANFH, certains axes de formation recommandés par les instructions de 2013 et 2014 sur des thématiques particulièrement importantes. Pour les actions visant l'ensemble des personnels, il s'agit de thématiques concernant le développement des ressources humaines et les évolutions sociétales (développement d'une culture d'évaluation et de prévention des risques professionnels, plan de prévention de la pénibilité, principes et fondements de la laïcité, égalité hommes-femmes). Concernant les actions particulièrement destinées aux personnels soignants, il convient bien entendu de poursuivre les actions visant à soutenir les dynamiques d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et qui déclinent les objectifs de la Stratégie Nationale de Santé, ainsi que les actions relatives à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Ces orientations de développement des compétences devront largement être mises en œuvre au profit des personnels des établissements de la fonction publique hospitalière et donc au bénéfice des patients et résidents qui y sont accueillis.

Pour la ministre et
par délégation :

Le directeur général de la cohésion sociale,

J.-P. VINQUANT

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

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. VINQUANT

*La secrétaire générale adjointe
des ministères chargés des affaires sociales,*
A. LAURENT

ANNEXE 1

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|--|
| Intitulé | Gestion du handicap et de l'inaptitude des agents de la fonction publique hospitalière |
| Contexte | Les cas particuliers d'agents absents pour une durée importante, de reprise difficile du service, de l'inaptitude et du handicap sont particulièrement complexes à appréhender pour la fonction publique hospitalière, au vu des conditions de travail de ses agents (horaires atypiques, service continu, port de charges, etc.). |
| | Par ailleurs, ces mêmes conditions de travail sont à l'origine d'absences longues et de causes de reclassement (sur le total de la fonction publique, 30 % des agents maintenus dans l'emploi sont des agents de la FPH alors que cette fonction publique ne concerne que 21 % des effectifs totaux de la fonction publique. En outre, sur l'ensemble des bénéficiaires de l'obligation d'emploi de la FPH, 37 % sont des agents assimilés reclassés et 19 % perçoivent une allocation temporaire d'invalidité (versée en cas de maladie ou d'accident en lien avec le service). |
| Objectifs de la formation | Faciliter la gestion des situations des agents confrontés à des absences longues, une inaptitude et/ou un handicap. Informé sur la réglementation et sur les aides existantes à l'égard des agents concernés. |
| Éléments du programme | <p>Apporter des éléments d'information pour la gestion des situations des agents concernés (liste non exhaustive et à adapter selon le type de statut: fonctionnaire, contractuels, personnel médical):</p> <p>Mise en œuvre de la réglementation:</p> <ul style="list-style-type: none"> – différents types de congés et suites à donner (durées, rémunérations, cas particulier des accidents ou maladie reconnus imputables aux fonctions) ; – reprise de l'agent (examen de reprise, possibilité d'un examen de pré-reprise si absence longue, utilisation du temps partiel thérapeutique, aménagement du poste de travail en lien éventuellement avec le Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) pouvant financer des aides techniques ou humaines, que ce soit pour un agent fonctionnaire, contractuel ou personne médical) ; – suites à donner en cas d'inaptitude (conditions de la mise en disponibilité d'office pour raisons de santé, reclassement, mise à la retraite pour invalidité). <p>Informations de l'agent par le gestionnaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> – reconnaissance en qualité de travailleur handicapé par la maison départementale des personnes handicapées; – éventuelle formation (si évolutions du métier après absence longue ou/et si volonté de reconversion); – rencontre de l'assistante sociale, d'un ergonomiste, d'un psychologue du travail, du médecin du travail; – demandes d'aides du FIPHFP. <p>Informations sur d'autres acteurs collaborant avec le service RH sur ces thématiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> – rôle des instances médicales dans ces différentes étapes (comité médical (éventuellement comité médical supérieur), commission de réforme, voie de recours possibles); – rôle du médecin du travail (examen de reprise, aménagement de poste, demandes d'aides du FIPHFP, etc.). |
| Public | Par groupes restreints dans le cadre d'une formation pratique pour les gestionnaires des ressources humaines, personnels encadrant des agents, membres du CHSCT, médecins du travail. |

ANNEXE 2

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|--|
| Intitulé | Systèmes d'information hospitaliers (SIH) et pratiques professionnelles : les fondamentaux à connaître |
| Contexte | <p>Il arrive que les systèmes d'information des établissements de la FPH, comme ceux d'autres institutions ou entreprises, fassent l'objet d'attaques virales. La « fuite » de données confidentielles a parfois pu être identifiée sur des réseaux sociaux.</p> <p>Ces situations conduisent à s'interroger sur l'intégrité et la sécurité des systèmes d'information dans le secteur de la santé.</p> <p>En effet, l'informatique est aujourd'hui au cœur du fonctionnement de l'hôpital et de la prise en charge des patients. Mais mal utilisée, elle est source de vulnérabilité et de danger.</p> <p>Le développement et la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) sont devenus un enjeu majeur de la politique d'amélioration de la qualité des soins dans le cadre du Programme hôpital numérique notamment.</p> <p>En effet, pour les professionnels de santé, la maîtrise des SI devient progressivement indispensable dans le cadre de leur pratique professionnelle et constitue un enjeu important pour la qualité et la sécurité des soins. Mais, alors que les enjeux sont de plus en plus importants, nombreux sont les professionnels qui se sentent démunis voire dépassés face à leurs interrogations et méconnaissance des systèmes d'information au sein de leur établissement.</p> <p>Pour y répondre, l'offre de formation continue est faible voire inexistante sur le sujet alors que le besoin existe et ne fera qu'augmenter.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Fournir à tous professionnels d'un établissement de santé, les fondamentaux nécessaires à la compréhension du SIH et à la maîtrise de son usage :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Connaître les bonnes pratiques d'utilisation d'un SI au bénéfice d'une prise en charge sécurisée du patient : <ul style="list-style-type: none"> – s'assurer de la bonne identification du patient et de sa localisation au sein de l'établissement; – garantir la qualité et la confidentialité des données médicales. 2. Contribuer à assurer la sécurité des SI de son établissement. 3. Être sensibilisé aux procédures SI dans son environnement de travail (accès, sauvegarde, plan de reprise d'activité (PRA), mode dégradé etc.) 4. Repérer les interlocuteurs privilégiés SI dans son environnement de travail. 5. Évaluer les conséquences de son action sur le SIH (ajout, modification, suppression d'une information, etc.). |
| Éléments du programme | <p>1. Apports théoriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> – comprendre les enjeux et bénéfices du SIH pour les différentes parties prenantes : pour les patients, pour les professionnels, pour les directions des hôpitaux; – connaître les différents domaines fonctionnels du SIH avec un focus sur les SI au cœur de la production de soins; – connaître les interlocuteurs SI et leur rôle au sein de son établissement; – connaître les fondamentaux d'une bonne utilisation du SI : <ul style="list-style-type: none"> – s'assurer de la bonne identification du patient et de sa localisation au sein de l'établissement; – garantir la confidentialité et la qualité des données médicales; – maîtriser la circulation de l'information; – connaître les principes de sécurité des SI; – appréhender les différentes procédures des SI de son environnement de travail. <p>2. Apports pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> – faire des cas pratiques sur un SIH de démonstration générique. Suivre le parcours d'un patient de l'admission à la prise en charge : identifier les interactions entre les applications d'un SIH, maîtriser les conséquences de ses actions sur le SIH; – démontrer l'importance de maîtriser les fondamentaux; – quel interlocuteur contacté, quelle procédure appliquée en cas de dysfonctionnement ? <p>Durée : formation d'une à deux journées.</p> |
| Public | Tous les agents des établissements de la FPH. |

ANNEXE 3

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|--|
| Intitulé | Mise en œuvre d'un département d'information médicale partagé de territoire |
| Contexte | La mise en place d'un département d'information médicale (DIM) unique pour les établissements constituant les groupements hospitaliers de territoire (GHT) est prévue dans le projet de loi sur la modernisation du système de santé. |
| Objectifs de la formation | Donner aux acteurs des DIM (médecins et techniciens d'information médicale) les outils d'une double réorganisation : <ul style="list-style-type: none"> – mutualisation du pilotage au niveau territorial; – production des données médico économiques au niveau des sites géographiques du groupement, potentiellement en l'absence de médecin responsable plein temps. |
| Éléments du programme | <p>Pour les médecins responsables de DIM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Management et communication d'un DIM de GHT. 2. Organisation/mise en place d'une politique d'assurance qualité de production de données médico-économiques dans un groupe d'établissements de santé. 3. Connaissances de base sur les modalités de facturation à l'assurance maladie obligatoire (AMO) et à l'assurance maladie complémentaire (AMC). 4. Analyse des données médico-économiques et mise en perspective dans un projet de pilotage et/ou d'analyse stratégique. 5. Certification des comptes. <p>Pour les techniciens d'information médicale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organisation/mise en place d'un codage professionnalisé dans un établissement de santé. 2. Management d'un réseau de correspondants internes intervenant dans la production de données médico-économiques. 3. Connaissances de base sur les modalités de facturation à l'AMO et à l'AMC. 4. Analyse des données médico-économiques et mise en perspective/communication dans le contexte d'un suivi de production. |
| Public | Les médecins responsables de DIM des établissements publics de santé dans le cadre du DPC. |
| | Les personnels assurant les fonctions de techniciens d'information médicale des établissements publics de santé dans le cadre de la formation continue. |

ANNEXE 4

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|--|
| Intitulé | Diminution de l'iatrogénie médicamenteuse aux points de transition : développement de la conciliation médicamenteuse |
| Contexte | <p>L'iatrogénie médicamenteuse constitue un problème de santé publique majeur. Elle concerne tous les secteurs de soins hospitaliers et ambulatoires et toutes les étapes du parcours de soins des patients.</p> <p>Les enquêtes françaises sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) menées en 2004 et 2009 ont montré que près de la moitié des événements indésirables médicamenteux (EIM) graves étaient évitables. Or, de nombreuses études soulignent que les erreurs médicamenteuses surviennent principalement aux étapes de transition du parcours de soins du patient (entrée et sortie de l'établissement, transferts interservices). Pour 47 à 67 % des patients, une erreur ou une divergence interviendrait entre les traitements prescrits en ville et à l'hôpital et ces erreurs seraient responsables d'EIM graves dans 18 à 59 % des cas.</p> <p>La conciliation médicamenteuse exercée à l'entrée et/ou à la sortie permet d'éviter une partie de ces erreurs médicamenteuses. Il s'agit d'un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. La conciliation associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.</p> <p>À l'entrée, la conciliation nécessite notamment de questionner le patient et/ou son médecin traitant et/ou son pharmacien d'officine sur les traitements prescrits et dispensés réellement.</p> <p>À la sortie, les modifications thérapeutiques éventuelles doivent être explicitées au patient et transmises à son médecin généraliste ainsi qu'à son pharmacien d'officine. En cas d'erreur médicamenteuse à la sortie du malade, le pharmacien d'officine peut être amené à délivrer au patient un traitement qui ne convient pas à sa situation.</p> <p>La conciliation participe au déploiement de la pharmacie clinique dont l'intégration en France est récente, et qui s'est largement développée outre-Atlantique.</p> <p>En outre, elle s'inscrit dans les exigences portées par la réglementation actuelle en matière de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement (décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé, arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé), la certification (critères 20a et 20a bis relatifs au management de la prise en charge médicamenteuse) et les contrats de bon usage (décret n° 2013-870 du 27 septembre 2013 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale).</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Maîtriser les fondamentaux sur l'iatrogénie médicamenteuse et les risques aux points de transition.</p> <p>Connaître la conciliation médicamenteuse et ses mécanismes.</p> <p>Être en capacité de mettre en place un projet de conciliation médicamenteuse au regard de l'analyse de risques établi par l'établissement.</p> <p>La formation devra permettre de mettre en lumière les pré-requis nécessaires (projet d'établissement, implication de la CME, allocation de moyens) et de donner des outils aux participants pour construire une telle démarche.</p> |
| Éléments du programme | <p>1. Iatrogénie médicamenteuse et parcours du patient Réglementation. Données épidémiologiques, risques aux points de transition.</p> <p>2. La conciliation médicamenteuse et ses mécanismes Enseignements du projet High 5s. Expériences étrangères. Pré-requis à la mise en place de la démarche en établissement. Principe.</p> <p>3. Accompagnement à la mise en place d'un projet de conciliation médicamenteuse Analyse de risques. Priorisation patients, médicaments. Indicateurs. Analyse de coût-bénéfice.</p> |
| Public | Tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux. |

ANNEXE 5

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|---|
| Intitulé | Amélioration de l'usage des antibiotiques : contrôle de la consommation et des résistances pour lutter contre l'antibiorésistance |
| Contexte | <p>Dans les années 2000, la France était le premier consommateur européen d'antibiotiques. Cette situation a amené à la mise en place de deux plans nationaux depuis 2002 (2002-2005 et 2007-2010). Un 3^e « plan national 2011-2016 d'alerte sur les antibiotiques » a été lancé en novembre 2011. Les actions ont abouti à faire baisser la consommation d'antibiotiques, tant en ville qu'à l'hôpital. Mais depuis 2005, la consommation d'antibiotiques en ville repart à la hausse, de façon continue depuis 4 ans, pour revenir au niveau du début des années 2000. L'apparition et la diffusion des résistances bactériennes peut conduire à des impasses thérapeutiques et est le fruit de la surconsommation des antibiotiques.</p> <p>Selon l'Organisation mondiale de la santé, la résistance aux antibiotiques est désormais une grave menace pour la santé publique. Le contrôle de cet enjeu majeur passe par un changement des comportements dans tous les secteurs de soins, en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social.</p> <p>Si des progrès ont été observés dans la maîtrise de la diffusion de certaines bactéries résistantes (staphylocoques résistants à la méticilline, pneumocoques résistants à la pénicilline, etc.), elle s'aggrave en revanche pour d'autres : entérobactéries avec la diffusion croissante de souches productrices de bêta-lactamases à spectre étendu et émergence de souches productrices de carbapénémases.</p> <p>La formation est un levier majeur d'amélioration des pratiques décliné au niveau national dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 qui s'est donné un objectif de réduction des consommations des antibiotiques en ville et à l'hôpital de 25 % en 5 ans ; – le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) en cours de finalisation dont l'axe 2 est consacré au renforcement de la prévention et de la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins ; – l'instruction à venir relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des ARS qui met en lumière des actions prioritaires à décliner dans l'ensemble des secteurs de soins. <p>Il paraît primordial de poursuivre les efforts pour un usage raisonné des antibiotiques auprès des professionnels 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 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>Renforcer les connaissances des équipes hospitalières sur les antibiotiques et leurs résistances pour une juste utilisation.</p> <p>Faciliter l'interaction entre les différents professionnels de l'hôpital susceptibles d'avoir un rôle sur ces sujets, notamment le référent en antibiothérapie, avec une ouverture sur la ville.</p> <p>Disposer d'une connaissance sur les organisations et structures impliquées dans le bon usage des antibiotiques et leurs résistances dans la région.</p> <p>Donner aux professionnels des outils pour élaborer des protocoles, mettre en place des évaluations de pratiques, suivre les consommations et les résistances, et engager des actions prioritaires.</p> |
| Éléments du programme | <p>1. État des lieux et contexte</p> <p>Objectifs du plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016, du PROPIAS. Décret référent, instruction à venir relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des ARS, évolution de l'indicateur ICATB2, liste des antibiotiques « critiques » de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Données épidémiologiques actualisées sur les résistances bactériennes. Données actualisées de consommation d'antibiotiques.</p> <p>2. Le bon usage des antibiotiques</p> <p>Connaissance des modalités de prescription des antibiotiques, de surveillance et de réévaluation d'une antibiothérapie, notion d'antibiotiques critiques, recommandations actuelles. 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 (test rapide d'orientation diagnostique (TROD), vaccinations, etc.). Rappel des mesures d'hygiène et de prévention de la transmission des résistances. Outils de suivi des consommations et des résistances.</p> <p>3. Les organisations et l'environnement régional</p> <p>Le référent en antibiothérapie et les autres intervenants (pharmacien, microbiologiste). Le conseil en antibiothérapie. Les structures dédiées. Les organisations. Les interfaces ville-hôpital.</p> |

| | |
|--------|---|
| | <p>4. Développement d'actions et d'outils pour améliorer les pratiques avec notamment un focus sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> – les évaluations de pratiques professionnelles, les audits; – les durées longues de prescription; – les antibiophylaxies; – les arrêts d'antibiotiques inutiles. |
| Public | <p>Les professionnels prescripteurs sont concernés en priorité : médecins, sages-femmes, (dentistes). Sont également concernés : pharmaciens, infirmières. Ces personnels exercent dans les établissements publics et établissements participant au service public hospitalier (PSPH).</p> |

Observations complémentaires

Le bon usage des antibiotiques et la prévention de l'apparition des résistances bactériennes ont été inclus dans l'axe 3.2. de la circulaire DGOS/RH4 n° 2013-295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements de santé.

ANNEXE 6

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|--|
| Intitulé | Formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles : pour améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge des patients |
| Contexte | <p>L'instruction DGS/DUS/SGMAS n° 2014-153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) définit le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en SSE, dit « ORSAN ».</p> <p>Il s'agit d'un dispositif intégré de préparation qui a vocation à adapter les parcours de soins des patients et à déterminer les mesures nécessaires pour que le système de santé puisse monter en puissance lors de tous types d'événements. Ce dispositif comprend notamment des orientations relatives à la formation des professionnels de santé aux SSE (cf. instruction DGS/DUS/SGMAS n° 2014-153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Instruction_DGS_2014_153_preparation_du_systeme_de_sante_a_la_gestion_des_SSE.pdf)</p> <p>À ce titre, la formation des professionnels de santé constitue un élément important de la préparation de la réponse aux SSE. En particulier, la mise en œuvre des mesures prises au titre du schéma ORSAN requiert que tous les acteurs possèdent les connaissances nécessaires pour s'adapter en conséquence et remplir au mieux leur mission. Cette formation aux SSE doit donc s'intégrer au plan de formation des établissements de santé et participer au développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé.</p> <p>Les dernières crises sanitaires (SRAS, pandémie grippe A(H1N1), MERS-CoV, Ébola, etc.) et les récents attentats démontrent l'importance de cette formation initiale et continue afin d'être en mesure d'assurer la prise en charge des patients en situations sanitaires exceptionnelles tout en assurant la sécurité des professionnels de santé et des personnels des établissements de santé.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>L'objectif est de disposer, sur l'ensemble du territoire, de professionnels de santé formés à la préparation et à la prise en charge des SSE en particulier au sein des établissements de santé et des établissements médico-sociaux: acquérir les connaissances nécessaires pour s'adapter en conséquence et remplir au mieux leurs missions notamment pour la préparation des plans blancs ou des plans bleus et leur mise en œuvre.</p> <p>Cf. note technique de cadrage relative à la formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Note_technique_formation_SSE.pdf</p> |
| Éléments du programme | <p>Programme de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (cf. arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030084493).</p> <p>Programme de formation des formateurs et des référents aux situations sanitaires exceptionnelles (cf. note technique de cadrage relative à la formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Note_technique_formation_SSE.pdf)</p> |
| Public | Professionnels de santé et personnels des établissements de santé. |

Observations complémentaires

Il est important à ce titre, dans le cadre du plan blanc d'établissement, d'inciter les directions des établissements de santé à développer la formation à l'attestation spécialisée aux gestes et soins d'urgence face à une situation sanitaire exceptionnelle.

ANNEXE 7

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|--|
| Intitulé | Gestion de la qualité et de la sécurité du médicament en EHPAD |
| Contexte | Cette action s'inscrit dans le cadre du plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées, et plus particulièrement de la mesure 17 qui porte sur le renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). |
| Objectifs de la formation | Promouvoir une culture de qualité et de sécurité partagée au sein de l'équipe médicale et soignante de l'établissement. Il s'agira par exemple de déployer les outils existants relatifs à l'auto-évaluation pluridisciplinaire des risques liés à la prise en charge médicamenteuse pour faciliter l'élaboration. |
| Éléments du programme | Développer les compétences : <ul style="list-style-type: none"> – relatives à la politique du médicament, la pharmacologie et la gérontologie; – pour analyser le processus de la prise en charge médicamenteuse de la structure dans laquelle les professionnels exercent (conduite d'une autoévaluation, d'un audit); – pour élaborer un plan d'actions et de gestion des risques; – pour identifier et suivre des indicateurs de processus et de résultats. |
| | Développer les savoir faire : <ul style="list-style-type: none"> – en analyse de cas: groupe d'analyse de pratiques (groupe de pairs, groupe pluridisciplinaire, revue de dossiers), dans une démarche participative et pluridisciplinaire; – en gestion des risques <i>a posteriori</i> (retour d'expérience, revue de mortalité et de morbidité, revue des erreurs médicamenteuses) et <i>a priori</i> (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets); – relatif à l'éducation thérapeutique, au respect des droits relatifs à la liberté d'aller et venir dont découlent les droits des usagers, dont les directives anticipées. Sensibiliser à une démarche éthique. |
| Public | Professionnels des EHPAD: directeurs, médecins coordonnateurs, médecins traitants, pharmaciens, infirmiers et autres professionnels soignants contribuant à la prescription, l'administration. |

ANNEXE 8

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|--|
| Intitulé | Renforcement de l'offre et de la pratique du sevrage tabagique à l'hôpital |
| Contexte | <p>Action proposée en lien avec le programme national de réduction du tabagisme (PNRT). Le tabac est un fléau de santé publique responsable chaque année de 73 000 décès, soit 200 morts par jour, 13 % des décès survenant en France (dont 44 000 morts par cancer, 18 000 par maladies cardiovasculaires, 8 000 par maladies de l'appareil respiratoire). Un fumeur sur deux meurt de son tabagisme. La moitié des décès dus au tabac survient chez des personnes âgées de 30 à 69 ans. La consommation de tabac réduit l'espérance de vie de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur.</p> <p>Actuellement on compte en France un peu plus de 13 millions de fumeurs quotidiens. En 2014: 28 % des personnes de 15 à 75 ans sont des fumeurs quotidiens. 31.5 % des adolescents de 17 ans fument quotidiennement (2011).</p> <p>Le programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019 annoncé par la ministre en charge de la santé le 25 septembre 2014 fixe des objectifs ambitieux:</p> <ul style="list-style-type: none"> - réduire de 10 % la prévalence du tabagisme quotidien en 2019 ; - passer sous la barre de 20 % de fumeurs d'ici 2014. <p>Le PNRT s'inscrit dans le Plan cancer 3 et s'appuie sur trois axes d'intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac; - aider les fumeurs à arrêter de fumer; - agir sur l'économie du tabac. <p>La mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé est essentielle, et en particulier les professionnels des établissements de santé.</p> <p>Une hospitalisation peut être une opportunité d'arrêter le tabac. Par ailleurs un traitement de substitution doit pouvoir être proposé à tout fumeur hospitalisé en situation d'arrêt contraint du fait de l'hospitalisation (fumeurs ne souhaitant pas arrêter dans l'immédiat).</p> |
| Objectifs de la formation | Lors de toute hospitalisation ou de toute consultation en Établissement de santé, accroître la proportion des patients fumeurs qui s'engagent dans un sevrage tabagique en rendant systématiques leur identification, puis leur sensibilisation aux effets néfastes de la consommation de tabac, le conseil d'arrêt et l'offre d'une prise en charge. |
| Éléments du programme | <p>1. Sensibiliser les professionnels et les engager dans une réflexion autour des pratiques de consommation tabagique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rappeler les connaissances sur l'impact du tabac: facteur de risque et facteur aggravant de maladies chroniques, impact sur les soins (complications post opératoires, retards de cicatrisation, interaction avec certains traitements); - travailler sur les représentations du tabac, du fumeur; - connaissance des ressources disponibles: acteurs du dispositif dans et hors de l'établissement (consultations dédiées, équipes de liaison et de soins en addictologie, structures d'addictologie, service d'aide à distance tabac info service: ligne téléphonique et «e-coaching», etc.), forfait de remboursement des traitements de substitution nicotiques, etc; - connaissance des recommandations: recommandations de bonne pratique de la haute autorité de santé - RBP HAS 2014 «Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours», des outils à disposition - ex: documents de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pour les professionnels (tabac ouvrons le dialogue), pour le public. <p>2 Développer les compétences nécessaires en termes de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> - modalités de repérage et d'intervention brève: prendre en compte le statut tabagique du patient lors de chaque consultation (médicale et infirmière), systématiser l'identification du tabagisme et évaluer la dépendance (test de Fagerstrom, etc.), systématiser le conseil d'arrêt; - évaluation de la motivation (outils), bilan des pathologies associées et éventuelles co-consommations de substances psychoactives; - conduite de l'entretien motivationnel; - savoir proposer et mettre en place une prise en charge, savoir proposer un traitement en cas d'urgence (syndrome de sevrage), savoir orienter pour la prise en charge en cas de besoin; - organiser le suivi du fumeur sevré après l'hospitalisation (information du médecin traitant, orientation vers une structure, etc.) |
| Public | Tous les professionnels de santé de l'Établissement de santé et notamment ceux intervenant dans les services de maternité, cardiologie, cancérologie, anesthésie et consultations pré opératoires et psychiatrie. |

Observations complémentaires:

Recommandation de bonne pratique de la HAS 2014 « Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours.

Documents INPES pour les professionnels: Tabac ouvrons le dialogue, <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detailEspaces.asp?numfiche=989&order=support&dpublic=PS> o

Documents INPES pour le public. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/resultatsEspaces.asp?order=support>

ANNEXE 9

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|---|
| Intitulé | Dons d'organe et greffe : former les acteurs de terrain dans un cadre législatif en évolution |
| Contexte | <p>Un plan national greffes 2012-2016 élaboré par le ministère de la santé et l'Agence de la biomédecine prévoit de développer les greffes d'organes (rein, foie, cœur, poumon, pancréas) à partir des donneurs décédés, notamment en améliorant le recensement des donneurs potentiels.</p> <p>Dans le cadre de l'instruction publiée par la direction générale de l'offre de soins le 12 juillet 2013 concernant la mise en œuvre des schémas interrégionaux d'organisation des soins relatifs à l'activité de greffe, la priorité à la greffe a été réaffirmée. La nécessité de développer les dons (de personnes décédées et de donneurs vivants) a été soulignée, notamment à travers une mobilisation de personnels soignants des hôpitaux.</p> <p>En effet, si la greffe continue de progresser en France, la pénurie d'organes s'aggrave en raison du nombre croissant de demandeurs potentiels (augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques arrivant à un stade de défaillance d'organes), d'où un allongement du temps d'attente pour l'ensemble des organes.</p> <p>Par exemple, la greffe rénale (la plus fréquemment réalisée) constitue la modalité de traitement de l'insuffisance rénale terminale la plus efficiente et celle qui procure la meilleure qualité de vie aux patients (versus la dialyse). Elle pourrait se développer davantage si les prélèvements d'organes étaient plus nombreux.</p> <p>En France, le taux de refus est élevé (environ 30 %) et pourrait s'améliorer si la population était davantage sensibilisée aux enjeux du don d'organe. Les soignants, en contact direct avec la population, peuvent contribuer à cette sensibilisation.</p> <p>Les soignants travaillant dans certains services (urgences, réanimation, unité neurovasculaire (UNV), neurochirurgie, etc.) peuvent également être confrontés au décès d'une personne potentiellement donneur d'organe. Dans ce contexte, ces soignants pourraient davantage participer à l'initiation d'une démarche de don notamment à travers l'accompagnement des familles endeuillées qu'ils accompagnent par ailleurs.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Sensibiliser la communauté soignante aux enjeux du don, du prélèvement et de la greffe pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – mieux informer la population sur ses choix possibles en matière de don (manifestation de son vivant sa volonté de donner ou non un organe); – aider des familles à initier une première démarche de don pour un proche décédé dans le cadre de l'accompagnement au deuil qu'elles réalisent; faciliter l'établissement d'un premier contact entre les familles endeuillées et les coordinations hospitalières (celles-ci étant chargées de la démarche de don et de l'organisation du prélèvement). |
| Éléments du programme | <p>Les enjeux de santé publique des greffes et des prélèvements (sur la base de données chiffrées sur les besoins de greffe identifiés, sur le prélèvement, la greffe, le taux de refus, etc.).</p> <p>Réglementation concernant le don d'organe et le prélèvement.</p> <p>Organisation du don, du prélèvement et de la greffe en France.</p> <p>Les messages d'information destinés au grand public : type de message, relais d'opinion, réflexion sur un argumentaire concernant le don pouvant être utilisé auprès du public.</p> <p>Abord de la famille en vue d'un don d'organe sur la base des témoignages des coordinations hospitalières, des familles ayant été concernées par un don : modalités de l'entretien, rôle et mission des différents intervenants, aspect éthique, psychologique du point de vue des familles et du point de vue des soignants.</p> |
| Public | Infirmières, cadres de santé, aides soignants, personnel administratif (bureau des admissions etc.). |

Observations complémentaires

La formation pourrait être organisée sur une journée et regrouper des personnels venant de services différents pour favoriser les échanges entre les participants.

Les formateurs devront nécessairement avoir une expérience de terrain sur le sujet. Il pourrait être intéressant que, parmi l'équipe de formation, un représentant d'un patient greffé, ainsi que d'une famille concernée par un prélèvement réalisé sur un proche, soient présents. annexe 10

ANNEXE 10

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|---|
| Intitulé | Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques |
| Contexte | Priorité santé enfants-jeunes de la stratégie nationale de santé. |
| Objectifs de la formation | Permettre de développer une culture commune aux intervenants spécialistes et non spécialistes amenés à suivre des enfants et adolescents atteints de maladies chroniques, aux spécificités de la prise en charge de ce public Montée en compétence de services des centres hospitaliers intervenant en relais des services de pédiatrie spécialisés sur les maladies chroniques de l'enfant, et en lien avec les médecins traitants. Sont concernés: – des services de pédiatrie générale - formation à la maladie chronique; – des services de spécialités d'adulte - formation à la prise en charge de l'enfant. |
| Éléments du programme | Spécificités de la maladie chronique chez l'enfant. Principales maladies chroniques de l'enfant (diabète, asthme, épilepsie, troubles des apprentissages, en Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur: drépanocytose). L'éducation thérapeutique, ses principes, son application à certaines maladies. La prévention et la prise en charge de l'urgence. L'adolescence et le passage à la prise en charge en médecine d'adulte. L'information: que et comment communiquer au service spécialisé, au médecin traitant, à la famille, aux paramédicaux de ville. Assurer le soutien du médecin de proximité. |
| Public | Public médecins et infirmier(ère)s dont puéricultrices et cadres infirmiers. Services de pédiatrie générale ou services de spécialités non pédiatriques des centres hospitaliers (non universitaires). |

Observations complémentaires

Publication par la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant de deux rapports sur les parcours:

- parcours de soins des enfants atteints de troubles des apprentissages (2013):

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours_de_soins_des_enfants_atteints_de_troubles_des_apprentissages.pdf

- parcours de soins des enfants atteints de maladie chronique (à paraître en 2015).

ANNEXE 11

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|--|
| Intitulé | Prise en charge en oncologie : annonce du diagnostic de cancer et relation soignant-soigné |
| Contexte | <p>On constate un manque de formation pratique délivrée aux professionnels de santé, lors de leur formation initiale ainsi que de leur formation continue, pour gérer les situations complexes en matière de communication soignant-soigné et annoncer, en particulier, un diagnostic de pathologie grave tel que le cancer. Chaque patient traité pour un cancer a, en application de la réglementation, accès à un dispositif spécifique d'annonce qui fait intervenir des professionnels médecins et paramédicaux.</p> <p>La qualité de la relation soignant-soigné établie à ce moment initial de la prise en charge, l'adaptation des informations délivrées à la situation personnelle du patient, etc., jouent un rôle essentiel dans la bonne compréhension du patient de sa situation et son adhésion future au traitement.</p> <p>Au regard de ces enjeux et dans la continuité des démarches initiées par les deux 1ers plans cancer, le plan cancer 2014-2019, présenté par le Président de la République le 4 février 2014, réaffirme l'enjeu de sensibiliser et former les professionnels de santé à l'annonce du diagnostic de cancer tout au long de leur parcours professionnel (mesure 7.2).</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Donner aux professionnels amenés à intervenir dans l'annonce d'un diagnostic de cancer les outils d'analyse et les clés de comportement permettant:</p> <ul style="list-style-type: none"> – d'améliorer la qualité de la relation soignant-soigné et répondre aux attentes et besoins particuliers des patients autour du moment particulièrement difficile de l'annonce du diagnostic de cancer; – d'accompagner et sécuriser les professionnels de santé dans cette démarche souvent difficile. <p>Compte tenu de la réalisation de l'annonce du diagnostic de cancer dans un cadre pluridisciplinaire (celui du dispositif d'annonce, réunissant des compétences médicales mais également d'infirmiers et de psychologues), le cadre pluridisciplinaire des programmes de DPC est particulièrement adapté à l'objectif recherché.</p> |
| Éléments du programme | <p>Objectifs pédagogiques: identifier le cadre de référence de l'annonce du diagnostic du cancer, ses objectifs, son organisation concrète.</p> <p>Appréhender la communication soignant-soigné, notamment en situation d'annonce d'une pathologie grave: identification des réactions psychologiques des patients, attentes des patients et de leur entourage, etc.</p> |
| Public | Ensemble des personnels médicaux et paramédicaux conduits à intervenir dans l'annonce d'un diagnostic de cancer au sein des établissements autorisés au traitement du cancer. |

ANNEXE 12

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|--|
| Intitulé | Optimisation logistique et circuit d'approvisionnement intégrés dans l'organisation des soins |
| Contexte | <p>Le programme PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables) accompagne depuis 2011 les établissements pour la mise en place de plans d'action achat.</p> <p>La dynamique portée par ce programme PHARE est inscrite au titre des 8 actions prioritaires identifiées dans le cadre du plan triennal d'économies et les établissements sont invités à inclure dorénavant dans leur plan d'action achat, les aspects « logistique et circuit d'approvisionnement ». Un kit opérationnel a ainsi été diffusé aux établissements pour les aider à optimiser leurs stocks.</p> <p>Il est donc indispensable aujourd'hui d'aller plus loin et d'impliquer l'ensemble des personnels concernés, depuis les services d'approvisionnement jusqu'aux unités de soins ainsi que l'ensemble des services consommateurs des établissements.</p> <p>Les établissements ont un besoin de clarification et d'optimisation de leurs approvisionnements interne et externe, sources de très nombreux dysfonctionnements au quotidien pour les services et de risques dans la prise en charge des patients. L'optimisation des circuits d'approvisionnement permet de fluidifier et de sécuriser les flux physiques, d'améliorer les relations entre services approvisionneurs et services « clients », mais aussi de diminuer le gaspillage, les pertes et de générer des économies pour l'hôpital sur l'ensemble de la chaîne.</p> <p>Peu d'établissements disposent aujourd'hui de compétences internes pour mener à bien ces actions d'optimisation logistique et d'approvisionnement alors que ces actions ont des impacts tant en termes organisationnels, économiques, qu'en termes de qualité et de sécurité des soins.</p> <p>Il est donc important de mettre en œuvre une formation adaptée qui montrera l'importance d'une logistique efficace et sa dimension essentielle dans le bon fonctionnement d'un Établissement de santé, d'un bout à l'autre de la chaîne : l'ensemble des circuits d'approvisionnements sont concernés (circuits des consommables médicaux, hôteliers, alimentaires; circuits des matériels et équipements) et donc l'ensemble des professionnels intervenant aux différents points de la chaîne sont impliqués.</p> <p>Cette formation, dispensée aux membres des différents services constituant la chaîne d'un même établissement, devra permettre à ces personnels d'initier une démarche d'optimisation « logistique/approvisionnement » dans leur établissement.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Maîtriser les fondamentaux concernant la logistique hospitalière.</p> <p>Maîtriser les connaissances et compétences de base d'une démarche d'optimisation logistique/approvisionnement, en lien avec la démarche d'optimisation achat proposée par le Programme PHARE (formations déclinées au niveau régional par les délégations ANFH).</p> <p>Maîtriser les fondamentaux de la démarche « supply chain » : grands principes, notions-clés, enjeu et connaissance des rôles et missions des différents acteurs de la chaîne.</p> <p>Être en capacité de participer, quelle que soit sa fonction dans l'établissement à la mise en œuvre d'une démarche supply-chain dans son établissement à l'issue de la formation.</p> <p>Être en capacité de transmettre ultérieurement aux membres de son équipe les principes-clés et les bénéfices d'une démarche d'optimisation logistique/approvisionnement.</p> |

| | |
|-----------------------|---|
| Éléments du programme | <p>Cette formation sera de préférence déclinée en mode projet avec des équipes constituées dans l'objectif de mettre en œuvre une démarche d'optimisation logistique /approvisionnement dans leur établissement.</p> <p>1. Les connaissances de bases de la logistique hospitalière Notions et principes-clés de la logistique. Gestion des stocks, FIFO (First In First Out), plein-vide. Méthode ABC (Activity Based Costing ou Comptabilité à base d'activités). Analyse approfondie des besoins et commandes clients. Relation client-fournisseur interne, etc.</p> <p>2. L'intérêt d'une démarche d'optimisation logistique/approvisionnement Bénéfices attendus. Démarche à suivre. Critères de réussite. Méthodes de calcul.</p> <p>3. Les outils d'une démarche d'optimisation logistique/approvisionnement et leur utilisation Grille autodiagnostic. Matrice de dimensionnement de l'organisation. Matrice de calcul de coût complet. Outil de benchmark. Méthodologie ABC. Banque de leviers. Mesure des gains sur les stocks. Fiches bonnes pratiques.</p> <p>4. Les étapes d'une démarche d'optimisation logistique/approvisionnement (en déclinaison de la méthode du programme Phare) Faire un état des lieux. « Cartographier » les dépenses et coûts. Identifier les segments importants. Organiser un « remue-méninges ». Chiffrer le potentiel de gains. Positionner les projets en termes d'enjeux et d'efforts. Décider des projets à lancer et du calendrier.</p> |
| Public | <p>Tous établissements de la FPH. Tous services et unités : magasins, logistique générale, restauration, blanchisserie, pharmacie, laboratoires, unités médico-techniques, unités de soins, tous services internes.</p> <p>Personnels concernés des services et unités mentionnés ci-dessus : tous les personnels concernés et participant aux processus d'approvisionnement dans ces services :</p> <ul style="list-style-type: none"> - responsable des achats; - responsable et agents des magasins; - responsable logistique; - personnels concernés dans les unités de soins, cadres de santé, infirmiers, aides soignants et ASHQ; - pharmaciens et personnels des pharmacies, responsables et personnels des unités de biologie, des unités médico-techniques (blocs, stérilisation, consultations, rééducations); - ingénieurs et personnels des services techniques; - personnels concernés des services administratifs. |

Observations complémentaires

Dans un objectif d'efficience, les EPS se saisissent de plus en plus du levier logistique, sous l'impulsion notamment du programme Phare, mais sans avoir forcément les compétences en interne pour mener cette démarche de manière satisfaisante. Il est essentiel de pouvoir renforcer les compétences internes des EPS sur le sujet, au regard des enjeux (1,4 Mds € de gains attendus sur le programme Phare entre 2015 et 2017/ impacts qualitatifs très forts d'une optimisation des circuits d'approvisionnement des établissements).

De plus, les audits logistiques réalisés dans les hôpitaux montrent, de la part des services clients, un relatif manque d'intérêt pour l'organisation logistique, ce qui est source de désorganisation à la fois pour les services de soins et pour les services approvisionneurs.

Une formation en région a été déclinée sur la performance achat, à destination des acheteurs et décideurs hospitaliers. Cette formation à la logistique/circuits d'approvisionnement est complémentaire et concerne l'ensemble des personnels hospitaliers intervenant sur les circuits d'approvisionnements, personnels administratifs, techniques, paramédicaux ou médicaux.

Par ailleurs, l'offre de formation sur le marché actuellement est peu adaptée aux besoins des EPS : théorique et insuffisamment appliquée avec une vision en mode projet.

ANNEXE 13

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|--|
| Intitulé | Prise en charge et accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité sociale |
| Contexte | <p>En France, environ 8,5 millions de personnes vivent actuellement en dessous du seuil de pauvreté monétaire (INSEE – septembre 2014) : personnes sans emploi, travailleurs pauvres, familles mono-parentales, jeunes désocialisés, personnes âgées vivant avec une allocation de solidarité, personnes migrantes, etc.</p> <p>Ces populations sont particulièrement concernées par des inégalités sociales en matière d'accès aux soins et de maintien d'un bon état de santé, et la crise économique actuelle a aggravé ces situations.</p> <p>Bien que la France soit dotée d'un système de santé considéré par l'OMS comme un des plus performants, et que la protection sociale y soit particulièrement développée, les inégalités sociales en matière de santé sont importantes : elles trouvent leurs origines dans un recours aux soins difficile et/ou des prises en charges inadaptées.</p> <p>Aussi, un des axes du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale concerne la réduction des inégalités sociales de santé, avec des objectifs de sensibilisation de l'ensemble des acteurs de la santé et de meilleure coordination de l'offre de soins pour les publics en situation de vulnérabilité sociale.</p> <p>L'égalité d'accès aux soins constitue un des principes fondamentaux du service public et les professionnels de santé ont toujours fait preuve d'une implication importante dans la prise en charge des personnes vulnérables. De plus, depuis leur instauration par la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) destinées à la prise en charge globale des plus démunis, se sont développées dans les hôpitaux publics avec des professionnels formés et très impliqués.</p> <p>Cependant, indépendamment des équipes des PASS qui concernent prioritairement une population très précaire sans couverture sociale, il apparaît nécessaire de former largement les professionnels de santé à la prise en charge des nombreux patients dont la vulnérabilité, parfois peu visible ou peu déclarée, est cependant importante et engendre de nombreuses difficultés et des échecs dans les traitements et parcours de soins, et donc un coût fort élevé pour la société.</p> <p>C'est d'ailleurs ce que souligne le rapport établi conjointement en mai 2014 par la Fédération hospitalière de France et médecins du monde dans le cadre de leur travail sur « La prise en charge des personnes vulnérables : agir ensemble et dans le système de santé ». Parmi les actions essentielles à engager, la généralisation de formation spécifique pour les personnels des hôpitaux apparaît fortement nécessaire.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Acquérir les connaissances essentielles relatives aux notions de précarité, de vulnérabilité sociale et les diverses interactions selon la nature de la vulnérabilité avec la santé.</p> <p>Savoir identifier les signes, expressions et comportements permettant d'identifier les personnes en situation de vulnérabilité sociale.</p> <p>Savoir faciliter l'expression des personnes en situation de vulnérabilité sociale et développer sa capacité à aborder avec bienveillance et efficacité les situations délicates.</p> <p>Être en capacité de proposer des prises en charges adaptées en fonction des conditions de vie des personnes accueillies, et de mettre en place un accompagnement spécifique.</p> <p>Maîtriser les dispositifs existants et connaître les partenaires extérieurs permettant un accompagnement adapté des personnes en situation de vulnérabilité.</p> <p>Développer une compétence d'équipe dans la prise en charge pluridisciplinaire des personnes en situation de vulnérabilité sociale dans son établissement.</p> <p>Savoir évaluer ses pratiques professionnelles dans la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale.</p> |
| Éléments du programme | <p>1. Cadrage général des problématiques de vulnérabilité sociale</p> <p>Précarité, vulnérabilité : point sur ces concepts.</p> <p>Données statistiques, sociologiques et épidémiologiques : vulnérabilités particulières en fonction des spécificités des populations et pathologies majeures ; nouvelles précarités.</p> <p>Évolution récente des modes de prises en charge et d'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité sociale : les PASS depuis leur instauration en 1998 (différents modes d'organisation), les expériences de lits haltes soins santé (LHSS), des lits d'accueil médicalisés (LAM) et d'équipe mobile de précarité.</p> <p>2. Prise en charge adaptée des personnes en situation de vulnérabilité sociale</p> <p>Repérage et identification des personnes les plus fragiles.</p> <p>Échanges et informations dans un langage compréhensible par tous.</p> <p>Prise en compte et maîtrise des obstacles culturels et des préjugés éventuels.</p> <p>Obtention d'informations sur les modes et conditions de vie des personnes accueillies, compréhension des comportements, refus et modes de défense.</p> <p>Utilisation des outils et dispositifs existants (du recours à l'interprétariat aux structures de prises en charge et d'accompagnement dédiés dans les hôpitaux et en ville).</p> <p>Prise en compte précise des modes de vie dans la prescription d'un traitement ou dans le recours à un accompagnement.</p> <p>Définition éventuelle d'un accompagnement de proximité et personnalisé.</p> <p>Prise en compte de la parole de la personne et respect de son autonomie ; objectif de faire du patient un acteur de son programme de soins (cf, expériences de réunions de concertation pluridisciplinaire incluant non seulement professionnels médicaux, soignants, socio-éducatifs, mais aussi lorsque cela est possible, le patient concerné lui-même).</p> |

| | |
|--------|---|
| | <p>3. Importance du travail en équipe et de la concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale</p> <p>Développement d'une compétence d'équipe interne à l'établissement. Le recours aux ressources extérieures: mises en œuvre de réseaux avec des professionnels engagés et des associations. Élaboration d'un projet global de prise en charge de la vulnérabilité dans l'établissement. Évaluation des pratiques de prises en charge. Mise en œuvre d'indicateurs de prise en charge de la vulnérabilité sociale dans l'établissement (coût, activité, résultats).</p> |
| Public | <p>Personnels médicaux et paramédicaux, psychologues, personnels socio-éducatifs et administratifs de la plupart des services de soins et d'accueil des établissements de santé, et plus particulièrement, ceux intervenant dans les services des urgences, de médecine interne, d'hépatologie, d'addictologie, de maladies infectieuses, de pédiatrie, les maternités.</p> <p>Personnels de direction et d'encadrement en charge des politiques de prise en charge de la vulnérabilité à l'hôpital et/ou s'engageant dans un projet de prise en charge de la vulnérabilité.</p> <p>Il est souhaitable que des groupes constitués par établissement suivent cette formation pour un retour efficace sur le terrain.</p> |

Observations complémentaires

Liens permettant de consulter les programmes de certains Diplômes Universitaires « Santé, solidarité, précarité » existants :

http://mediabox.parisdescartes.fr/medias/NTQ0NTM %3D/D.U_Sante__solidarite__precarite_2012.pdf

http://www.u-bordeaux.fr/formation/PRSUK05_101/diplome-d-universite-sante-precarite-et-solidarite

<http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/diu-sante-precarite.html>

ANNEXE 14

| AXE DE FORMATION 2016 | |
|---------------------------|--|
| Intitulé | Amélioration du parcours de soins des personnes handicapées en situation complexe entre équipes sanitaires et médico-sociales |
| Contexte | <p>Plusieurs rapports, dont celui de la Haute autorité de santé en 2008 et celui établi par M. Pascal JACOB en 2013 à la demande de Mesdames les ministres chargées de la santé et des personnes handicapées, ont souligné les difficultés d'accès aux soins des personnes handicapées. L'intégration des parcours de vie et de soins des personnes handicapées fait aussi partie des mesures préconisées par le rapport « Zéro sans solution, le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » remis à la ministre de la santé en 2014 par M. PIVETEAU.</p> <p>Aussi, un des objectifs prioritaires de la conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014 et du projet de loi relatif à la modernisation du système de santé correspond, au moyen notamment des plateformes territoriales d'appui aux parcours de santé complexes, à l'amélioration de l'accès aux soins et du parcours de soins des personnes handicapées. De plus, la coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux autour du parcours de vie des personnes est l'une des cibles des actions engagées dans le cadre de la mission confiée à Mme DESAULLE : « une réponse accompagnée pour tous ».</p> <p>Une importante mobilisation des acteurs concernés par l'accès aux soins des personnes handicapées s'est ainsi organisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'ANESM, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, a émis en 2013 des recommandations de bonnes pratiques en direction des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) pour l'accompagnement à la santé des personnes handicapées ; – 41 acteurs médico-sociaux et sanitaires - dont la Fédération Hospitalière de France - ont signé la Charte Romain Jacob en décembre 2014 et se sont engagés à des projets de partenariats prévoyant des formations communes : ainsi, « les signataires s'engagent à systématiser les actions communes de formation et de sensibilisation au handicap auprès des professionnels » ; – l'une des orientations retenues par le Gouvernement est de mettre en place des consultations dédiées pour les personnes dont la situation de handicap rend trop difficile le recours aux soins dans les conditions habituelles de la délivrance de tels soins (décision de la conférence nationale du handicap de décembre 2014), un plan de financement de 10 M€, dans le cadre du fonds d'intervention régional, étant prévu sur la période 2015-2017 pour la mise en œuvre de ces dispositifs dans les régions. <p>Pour développer les objectifs ainsi définis et accompagner la concrétisation des dispositifs en projet, il est donc important d'organiser une action de formation destinée de façon conjointe aux professionnels concernés de la fonction publique hospitalière, qu'ils exercent dans des établissements médico-sociaux qui sont les lieux de vie des personnes handicapées ou dans des établissements de santé accueillant ces personnes handicapées en consultation et/ou hospitalisation.</p> <p>Il est important que cette formation puisse être organisée en s'appuyant sur les axes prioritaires suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'adaptation des professionnels aux problématiques des personnes handicapées, adultes et enfants, « en situation complexe », dont le handicap rend difficile l'évaluation de leur état de santé et donc leur accès aux soins, (personnes atteintes de déficiences intellectuelles, troubles envahissants du développement, poly-handicaps et pathologies associées, et dont le lieu de vie habituel correspond à des structures médico-sociales, tels que foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-éducatifs, foyers de vie, voire EHPAD) ; – la recherche de modalités d'organisation partagée des parcours de soins des personnes handicapées : mise au point et utilisation d'outils communs entre professionnels du secteur social et du secteur sanitaire (outils d'évaluation, de liaison, protocoles de soins) ; – l'intérêt d'une formalisation de partenariats possibles à différents niveaux (de la dynamique de réseaux aux projets de coopération institutionnelle). |
| Objectifs de la formation | <p>Maîtriser les connaissances fondamentales concernant les personnes handicapées en « situation complexe ».</p> <p>Savoir évaluer l'état de santé des personnes handicapées avec lesquelles la communication est difficile, voire impossible, et être en capacité de leur faire bénéficier des soins de confort et des traitements nécessaires quelle que soit la structure d'exercice (établissements médico-sociaux ou établissements de santé).</p> <p>Savoir mettre au point et utiliser des outils de suivi, de liaison et les protocoles de soins permettant de faire bénéficier les personnes handicapées d'un parcours de soins adapté entre établissements médico-sociaux et établissements de santé</p> <p>Être en capacité de contribuer ou d'élaborer des actions de partenariat entre structures médico-sociales et structures sanitaires pour améliorer et formaliser le parcours de soins d'une personne handicapée (de la dynamique de réseaux au projet de coopération institutionnelle formalisé)</p> <p>Être en capacité de promouvoir et diffuser une culture partagée relative à l'accès aux soins des personnes handicapées auprès des collègues et confrères de son établissement (structure sanitaire ou médico-sociale).</p> |

| | |
|------------------------------|--|
| <p>Éléments du programme</p> | <p>Cette action de formation est à dispenser de façon conjointe à des professionnels du secteur médico-social et à des professionnels du secteur sanitaire, dont les connaissances et compétences en matière de prise en charge du handicap et des maladies sont d'approches différentes: elle pourra donc être conçue sous la forme d'une formation « croisée » et « interactive » entre participants.</p> <p>1. Personnes handicapées en situation complexe: problématique de l'appréhension de leur état de santé et de leur prise en charge</p> <p>Point sur les différents types de handicap et caractéristiques: handicap mental, physique, cognitif, sensoriel, psychique poly-handicaps, handicap et pathologies associées, situations complexes.</p> <p>Caractéristiques rendant difficiles l'accès aux soins des personnes handicapées en situation complexe: absence d'exigence ou de demande de la personne handicapée, manque de compliance de la personne handicapée (par difficulté ou impossibilité de compréhension et de communication), complexité d'analyse des tableaux cliniques par exemple dans le cadre du poly-handicap.</p> <p>Modalités d'appréhension des singularités de la personne handicapée: cognition, perception sensorielle, expression comportementale, communication expressive et réceptive de la personne handicapée, communication non verbale; appréhension de la douleur et de la nécessité de soins somatiques.</p> <p>Ressources spécifiques pour la prise en charge de certaines personnes handicapées: ressources humaines (utilisation de la langue des signes, accompagnement), ressources matérielles.</p> <p>2. Les engagements institutionnels, nationaux et régionaux concernant l'accès aux soins des personnes handicapées</p> <p>Les objectifs prioritaires de la Conférence nationale du handicap et du projet de loi sur la modernisation du système de santé.</p> <p>Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap. La Charte Romain JACOB.</p> <p>Le cahier des charges de consultations spécialement organisées pour les personnes handicapées en échec de soins en milieu ordinaire (en cours d'élaboration par la DGOS et la direction générale de la cohésion sociale [DGCS]).</p> <p>Les expériences à connaître: l'action réalisée dans le cadre des conventions établies entre le CH de SECLIN-CARVIN et les établissements médico-sociaux environnants (Nord-Pas de Calais) depuis 2011; l'action réalisée dans le cadre du partenariat entre le centre de ressources autisme de la région Poitou-Charentes et le CH de NIORT; les « Handiconsult », espace de consultations pluridisciplinaires adapté au handicap du CH d'ANNECY (Rhône-Alpes).</p> <p>3. Les outils et procédures nécessaires à l'amélioration du parcours de soins des personnes handicapées et la formalisation de partenariats</p> <p>➤ Outils et procédures:</p> <p>Les documents d'information établis par les équipes des lieux de vie, concernant chaque personne handicapée: les fiches individuelles concernant le degré d'autonomie de la personne, la communication expressive et réceptive de la personne.</p> <p>Les procédures à élaborer: les protocoles d'organisation de l'accès aux soins dans les établissements médico-sociaux, lieux de vie des personnes handicapées; les protocoles d'accueil dans les établissements hospitaliers; les procédures d'entrée et sortie pour hospitalisation et consultations.</p> <p>Les documents de liaison: dossier individuel de liaison CH-ESMS.</p> <p>Les documents spécifiques à utiliser et les structures médico-sociales et dans les structures sanitaires: les grilles d'évaluation de la douleur à renseigner en EMS pour préparer l'hospitalisation.</p> <p>Les fiches individuelles d'examen somatique et les fiches pratiques d'investigation en fonctions des handicaps.</p> <p>➤ Organisation partagée et partenariats du réseau à la coopération formalisée par convention:</p> <p>L'anticipation et la programmation des actions: aménagement spécifique, réduction des temps d'attente, programmation d'un temps suffisant dédié; le besoin éventuel d'accompagnateur de la structure médico-sociale. Équipes interdisciplinaires d'accompagnement et mobilisation de multi-compétences.</p> <p>L'analyse commune des situations individuelles par les équipes des structures médico-sociales et sanitaires</p> <p>La prise en compte de la situation complexe des personnes accueillies dans les projets personnalisés de soins établis en hôpital; et de façon réciproque, la prise en compte de la problématique santé dans les plans d'accompagnement personnalisés et dans les projets institutionnels des ESMS (intégrer éventuellement des informations sur la contribution des familles à l'accompagnement des personnes handicapées dans le parcours de soins des personnes handicapées entre ESMS et hôpital).</p> <p>Les correspondants « réciproques » dans les structures médico-sociales et dans les structures sanitaires.</p> <p>Le maillage territorial et l'élaboration d'un projet de coopération en lien avec l'Agence régionale de santé: intérêt d'une convention de coopération (exemples existants), éléments de la convention.</p> <p>Le maillage territorial et l'élaboration d'un projet de coopération en lien avec l'ARS.</p> <p>Les dispositifs de consultations dédiées pour les personnes dont la situation de handicap rend trop difficile le recours aux soins dans les conditions habituelles de la délivrance de tels soins.</p> <p>4. La mobilisation des acteurs en établissement médico-social et sanitaire et la diffusion d'une culture partagée relative à l'accès aux soins des personnes handicapées</p> |
| <p>Public</p> | <p>La formation a vocation à être dispensée sous forme de sessions réunissant des professionnels:</p> <ul style="list-style-type: none"> - exerçant dans les structures médico-sociales et sanitaires situées dans un même territoire de santé (voire dans des territoires de santé voisins selon réseaux et parcours de soins et recours nécessaires à certaines spécialités); - et relevant de plusieurs métiers: <ul style="list-style-type: none"> - professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides soignants, cadres); - professionnels des métiers socio-éducatifs (assistants socio-éducatifs, éducateurs, animateurs); - psychologues (voire assistants médico-administratifs); - responsables des structures concernées (personnels d'encadrement et de direction). |

| | |
|------------------------------|--|
| Observations complémentaires | <p>Il est important que cette formation :</p> <ul style="list-style-type: none">– associe des membres du corps médical aux côtés des autres professionnels;– puisse comporter une intersession entre certaines journées de formation permettant aux équipes des structures sanitaires et médico-sociales concernées de réfléchir et de travailler concrètement ensemble sur un projet d'amélioration du parcours de soins des personnes handicapées (mise au point d'outils, de protocoles, de projets de partenariats, voire de projets de coopération institutionnelle formalisée). |
|------------------------------|--|

ANNEXE 15

| ACTION DE FORMATION NATIONALE 2016 | |
|------------------------------------|--|
| Intitulé | Amélioration de la pertinence des soins en équipe |
| Contexte | <p>Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient et conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales.</p> <p>L'amélioration de la pertinence des soins a donc pour objectifs l'amélioration 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 prise en charge des patients en promouvant les modalités ambulatoires (pertinence des modes de prise 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>Depuis juin 2011, un programme de travail est mené au niveau national 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, en s'appuyant en particulier sur les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé et sur des indicateurs de ciblage développés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).</p> <p>Ces outils sont aujourd'hui développés prioritairement sur trente-trois thématiques identifiées au niveau national comme les césariennes, le syndrome du canal carpien, les appendicectomies, etc.</p> <p>Cette démarche a été consacrée par le législateur dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale 2015 à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – un article 58 qui, en complément du guide méthodologique de 2012, met à disposition des ARS un panel d'outils de mise en œuvre (plan d'action, contrat tripartite, mise sous accord préalable, etc.); – un article 59 qui préconise une diffusion de la pertinence des soins dans les formations (initiales et continues) ainsi que dans le mécanisme d'accréditation. <p>Une démarche d'amélioration de la pertinence des soins en établissement hospitalier ne peut avoir de résultats optimaux que si elle est menée dans le cadre d'un travail en équipe associant membres du corps médical et personnels paramédicaux: en effet, si le corps médical a la responsabilité de prescrire, les personnels paramédicaux apportent un éclairage très important aux décisions médicales, en raison d'une proximité plus importante auprès des patients et des informations qu'ils peuvent ainsi transmettre aux médecins. De plus, les personnels paramédicaux eux-mêmes doivent rechercher le juste soin dans les actes relevant de leurs compétences.</p> <p>Une formation conjointe, réunissant personnels médicaux et paramédicaux d'une même structure, est donc essentielle: elle doit permettre d'instaurer au sein d'une unité de soins, une méthode partagée et connue de tous, ainsi que des pratiques collaboratives dans la recherche de la pertinence des soins.</p> |
| Objectifs de la formation | <p>Diffuser la culture de l'amélioration de la pertinence des soins pour que l'approche pertinence soit partagée en équipe par l'ensemble des professionnels (médecins et non médecins).</p> <p>Sensibiliser 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.</p> <p>Aider ainsi les prescripteurs des établissements hospitaliers publics pour une prise de décision pertinente.</p> <p>Sensibiliser les professionnels aux pratiques collaboratives autour de la pertinence de certains actes et de certains parcours de soins.</p> <p>Donner aux professionnels de santé, la méthode et les outils permettant de mettre en œuvre dans leurs structures d'exercice, un programme d'amélioration de la pertinence des soins en équipe adapté à leur structure d'exercice.</p> |
| Éléments du programme | <p>Le programme s'articulerait autour des axes suivants :</p> <p>A. – Présentation générale de l'amélioration de la pertinence des soins :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La pertinence des soins : définition, axes (actes, utilisation des produits de santé, examens complémentaires, modes de prise en charge, séjours et parcours de soins). 2. Les variations de pratiques. 3. Améliorer la pertinence : les méthodes, les outils « pertinence » de la HAS, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la CNAMTS (référentiels de bonnes pratiques, indicateurs comparatifs de consommation de soin, indicateurs comparatifs de pratiques). 4. L'importance des pratiques collaboratives dans la recherche de la pertinence des soins. <p>B. – Analyse de pratiques en équipe par études de cas (dossiers de cas réels anonymisés apportés par les équipes):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse des pratiques en équipe. 2. Comprendre les causes d'écart de pratiques. 3. Trouver des pistes d'amélioration des pratiques. <p>C. – Variations de pratiques dans les spécialités</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exemple de thématiques avec des référentiels : césariennes programmées à terme. 2. Autres : syndrome du canal carpien, cholécystectomie, etc. 3. Pertinence des demandes d'examens d'imagerie. <ol style="list-style-type: none"> a) Présentation et application du guide de bon usage des examens d'imagerie médicale. b) Présentation de quelques situations cliniques. |

| | |
|--------|---|
| | <p>D. – Élaboration et mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la pertinence des soins en équipe (<i>l'objectif est que chaque équipe constituée de médecins et professionnels paramédicaux participant à la formation puisse préparer un programme adapté à sa structure d'exercice et à la spécialité de sa structure</i>).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Construction du projet: état des lieux sur les écarts de pratiques, objectifs, attentes, risques. 2. Pré-requis identifiés pour réussir: informations, outils indicateurs. 3. Mise en œuvre et suivi: choix ciblé sur certains actes, analyse des écarts de pratiques, évaluation régulière des effets. 4. Évaluation globale du programme: en termes d'efficacité, mais aussi de satisfaction des membres de l'équipe. |
| Public | <p>Professionnels de santé des établissements hospitaliers: médecins et personnels paramédicaux dans le cadre d'une approche d'équipe. Les participants doivent correspondre à des équipes constituées de médecins et personnels paramédicaux de même structure exerçant habituellement ensemble.</p> |

ANNEXE 16

| ACTION DE FORMATION NATIONALE (2013 RÉACTUALISÉE) | |
|---|---|
| Intitulé | Contribuer au virage ambulatoire par la mise en œuvre d'un projet de chirurgie ambulatoire |
| Contexte | <p>Le développement de la chirurgie ambulatoire (CA) s'inscrit dans le cadre plus global du virage ambulatoire permettant, dès que cela est possible, d'éviter une hospitalisation complète (HC). Annoncé par la ministre, il constitue un axe fort de la Stratégie Nationale de Santé et concerne l'ensemble des activités: médecine, chirurgie, soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie, hospitalisation à domicile (HAD).</p> <p>En réinterrogeant le processus de prise en charge du patient, et notamment la place de l'HC, la CA permet de centrer davantage l'hôpital sur les soins au bénéfice du patient et non plus sur l'hébergement.</p> <p>Ainsi, toute HC évitée est un bénéfice pour le patient à condition que l'alternative proposée assure une qualité de prise en charge équivalente et un retour en toute sécurité au domicile.</p> <p>En effet, la CA, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une pratique centrée sur le patient. Véritable saut qualitatif de la prise en charge, son bénéfice n'est plus à démontrer: d'abord et surtout bénéfice et satisfaction pour le patient; en termes de qualité et de sécurité des soins chirurgicaux (moindre exposition aux infections nosocomiales); en termes d'optimisation et d'efficacité de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie et de satisfaction des personnels; en terme d'efficacité du système de soins.</p> <p>En 2014, la CA représentait 45 % des interventions chirurgicales en France, soit une progression significative de + 1,8 points par an depuis 2007. Pour autant, la France continue d'accuser un certain retard par rapport aux autres pays de l'OCDE, même si les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence compte tenu des définitions et des périmètres utilisés. Il subsiste d'importantes disparités entre les régions (allant de 37,8 % à 45,7 %), selon les secteurs (ex-QQN 51 %, ex-DG 31,4 %) et le type de gestes réalisés.</p> <p>Dès 2011, le Ministère a mis en place, en partenariat avec les ARS, un programme de développement de la CA afin d'agir sur l'ensemble des leviers (réglementaire, organisationnel, production d'outils et de bonnes pratiques par la HAS et l'ANAP, organisation régionale, procédure de mise sous accord préalable, information et formation).</p> <p>La formation des équipes chirurgicales et anesthésiques constitue un élément-clé de développement. Ce point a été particulièrement mis en exergue dans le rapport élaboré par la mission IGAS/IGF paru en janvier 2015.</p> <p>Si la formation des professionnels aux gestes pouvant être réalisés en ambulatoire (chirurgicaux et anesthésiques) est essentielle, il importe avant tout de changer les organisations au sein de l'hôpital pour assurer le développement de la CA. En effet, cette pratique nécessite une démarche organisationnelle pluridisciplinaire, le développement de coopérations interprofessionnelles, et en matière de continuité des soins, le renforcement des collaborations entre les établissements de santé et les professionnels de santé du milieu de soins de ville. Ainsi la pratique de la CA doit s'inscrire dans un parcours de soins avec la ville, notamment par la mise en œuvre d'outils communicants permettant d'améliorer l'interface ville/hôpital.</p> <p>Le développement de la chirurgie ambulatoire passe donc par l'amélioration de la formation des équipes hospitalières impliquées, en vue de mieux connaître et mobiliser les outils maintenant disponibles permettant de mettre en place une organisation appropriée dans le cadre d'un projet médical.</p> <p>En 2013, une formation a été mise en œuvre dans le cadre du programme national de formation ANFH. Il convient, compte tenu de l'importance des enjeux de poursuivre cette action en lui donnant une nouvelle impulsion, notamment pour davantage prendre en compte, ainsi que le propose l'IGAS/IGF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les enjeux organisationnels; - la dimension médico-économique; - les impacts capacitaires découlant du développement de la CA; - les liens et la coordination nécessaires avec la ville. |
| Objectifs de la formation | <p>Acquérir une culture (organisationnelle et de qualité des soins) de la chirurgie ambulatoire dans le contexte du «virage ambulatoire».</p> <p>S'approprier les outils existants permettant de définir un «case-mix» cible, d'analyser l'éligibilité des patients (tryptique: patient/acte/organisation), d'élaborer un «chemin clinique» pour construire et mettre en œuvre un projet de chirurgie ambulatoire.</p> <p>S'approprier les procédures et utiliser les outils garantissant la sécurité et la qualité de prise en charge de l'opéré.</p> <p>Mobiliser les outils médico-économiques existants permettant de parvenir à des organisations efficaces à travers:</p> <ul style="list-style-type: none"> - une gestion plus efficace des flux au sein de l'hôpital (de patients, d'informations, de ressources matérielles et humaines, de gestion du plateau médico-technique, des coûts de production, etc.) - des évolutions capacitaires à conduire en HC et en CA. <p>Organiser le lien avec la ville en amont et en aval de la prise en charge réalisée par l'unité de chirurgie ambulatoire afin d'assurer un recours adapté à cette modalité et une continuité des soins au sortir du séjour dans le cadre de parcours de soins structurés.</p> |
| Éléments du programme | <p>Formation théorique sur les aspects réglementaires, les bonnes pratiques dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, à l'appui des recommandations institutionnelles ou professionnelles existantes (HAS, ANAP, AFCA, SFAR, FCVD, CNCE, etc.).</p> <p>Appropriation de la méthode de conduite de projet en matière de CA, telle que définie par l'ANAP.</p> <p>Élaboration d'un projet d'organisation au sein d'une unité de chirurgie, avec la construction d'indicateurs de pilotage, d'évaluation, de qualité.</p> <p>Réalisation d'un état des lieux de l'offre et de la demande de chirurgie ambulatoire dans son établissement et définition d'objectifs chiffrés de développement sur la base d'un «case-mix» cible.</p> <p>Analyse et définition pratique d'un chemin clinique et utilisation des outils disponibles: organisation des flux, gestion sécurisée des risques, harmonisation des procédures, gestion concertée de l'information, etc.</p> |

| | |
|--------|--|
| | <p>Appropriation des outils médico-économiques permettant de simuler l'impact du « case-mix » (observé et cible), des évolutions organisationnelles et capacitaires dans l'établissement (outil de « microcosting » de la HAS, outil OPEERA de l'ANAP).</p> <p>Gestion des risques au bloc opératoire et en chirurgie interventionnelle : typologie des événements indésirables, fréquence, causes, conséquences cliniques, médico-légales, etc. (sources : sociétés savantes, ENEIS, données des assureurs, ANAP, etc.); outils de management de la qualité et de la sécurité de l'opéré; moyens de prévention des erreurs au bloc opératoire et en chirurgie interventionnelle.</p> <p>Mettre en place des procédures et des outils permettant d'assurer la continuité de la prise en charge du patient avec la ville (consultations préalables au séjour permettant d'anticiper et de coordonner l'organisation du séjour et ses suites, appel du lendemain, gestion d'une messagerie sécurisée permettant l'interface avec la ville notamment les médecins traitants, les pharmacies en amont et en aval du séjour, plate-forme d'information, etc.).</p> <p>Mettre en œuvre une politique de communication en direction de la ville (médecins, paramédicaux, usagers) permettant de faire connaître l'offre ambulatoire proposée.</p> |
| Public | <p>Médecins anesthésistes, chirurgiens potentiellement concernés par le projet, médecin DIM.</p> <p>Personnel de direction.</p> <p>Cadres de santé, hygiénistes, biomédical, logisticiens.</p> <p>Infirmiers (bloc, anesthésistes, consultation, hospitalisation).</p> <p>Aides-soignants.</p> <p>Secrétaires, personnel d'accueil.</p> <p>Personnel administratif.</p> |

ANNEXE 17

| ACTION DE FORMATION NATIONALE (2013 RÉACTUALISÉE) | |
|---|--|
| Intitulé | Accompagnement en soins palliatifs et fin de vie : aide aux professionnels dans un contexte législatif en évolution |
| Contexte | <p>Alors que les dispositifs législatifs en vigueur sur l'accompagnement en fin de vie sont en voie d'évolution dans le cadre du projet de loi CLAEYS-LEONETTI examiné par le Parlement, que le développement des soins palliatifs pour certaines populations est une nécessité majeure, il apparaît indispensable d'aider les professionnels confrontés aux situations de fin de vie, dans les hôpitaux comme dans les structures médico-sociales, à s'approprier la réglementation en cours et en évolution, à réfléchir sur les pratiques, et à élaborer des projets d'équipe dans ce domaine.</p> <p>Le contexte qui rend particulièrement nécessaire une formation adaptée des professionnels de la fonction publique hospitalière dès l'année 2016, est le suivant:</p> <ul style="list-style-type: none"> – plan national sur les maladies neuro-dégénératives 2014-2019, qui fait suite au Plan ALZHEIMER, en cours de mise en œuvre; – examen par le Parlement du projet de loi sur la fin de vie, la loi devant être promulguée d'ici la fin de l'été 2015; – projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. |
| Objectifs de la formation | <p>Aider les professionnels à s'approprier les fondamentaux des dispositifs sur l'accompagnement en fin de vie (en tenant compte des évolutions dès promulgation de la loi).</p> <p>Aider les professionnels à la réflexion sur leurs pratiques en ce domaine.</p> <p>Aider particulièrement les professionnels des structures peu médicalisées telles que les SSR et les EHPAD.</p> |
| Éléments du programme | <p>Apports juridiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> – connaissance des dispositifs législatifs et réglementaires en vigueur et des évolutions prévues dans le cadre des projets en cours de finalisation; – la personne de confiance et sa désignation; – la rédaction des directives anticipées en lien avec les patients (caractère contraignant des directives anticipées); – la notion d'obstination déraisonnable et l'évaluation de l'obstination déraisonnable; – la mise en œuvre de la procédure collégiale encadrant la décision de limitation ou d'arrêt des traitements; – la mise en œuvre d'une sédation en phase terminale; <p>Apports pratiques (recommandations de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) et autres sociétés savantes).</p> <p>Réflexions sur les pratiques et projets d'équipes.</p> |
| Public | <p>Professionnels paramédicaux, socio-éducatifs et médicaux concernés par l'accompagnement de la fin de vie dans toutes les structures prenant en charge des personnes en fin de vie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – établissements de santé; – établissements médico-sociaux. |