



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

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

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé

à

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

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

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

LETTRE-CIRCULAIRE N° DGOS/RH4/2011/210 du 6 juin 2011 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

Date d'application : immédiate

NOR : ETSH1115501C

Classement thématique : Etablissements de santé

Validée par le CNP le 1er juin 2011 - Visa CNP 2011-137

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaires.gouv.fr : oui

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles
Résumé : Orientations nationales de formation 2012 et plan de formation des établissements relevant de la fonction publique hospitalière
Mots-clés : entretien professionnel, santé bucco-dentaire, télémedecine, certification des comptes, risque suicidaire, chirurgie ambulatoire, indicateurs de qualité, coordonnateur de la gestion des risques, rougeole, résistances bactériennes, accréditation des laboratoires, addiction et co-morbidités psychiques liés aux troubles addictifs, anorexie mentale et dépression de l'adolescent, la démarche palliative dans et hors services dédiés, décision éthique en matière palliative, délégation de gestion dans les pôles, pilotage médico-économique d'un établissement via un système d'information décisionnel, informatisation du circuit du médicament, développement durable, la personne de confiance, secret et responsabilité médicale, soins d'urgence et gestion de crises sanitaires, risque infectieux soignant VIH et hépatites, nouvelle stratégie de prévention de VIH, prévention des erreurs médicamenteuses, prévention des risques professionnels, GPMC, bien-traitance en institution, éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique
Textes de référence : décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière
Textes abrogés : néant
Textes modifiés : néant
Annexes : 47 annexes
Diffusion : les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

La présente circulaire a pour objet de communiquer aux établissements relevant de la fonction publique hospitalière les orientations nationales à mettre en œuvre dans le cadre de leur plan de formation. Elle doit faciliter la construction des plans de formation en rappelant le cadre des politiques pluriannuelles de santé publique.

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

- 1 - Améliorer la qualité des soins et soutenir le développement de prises en charge innovantes et efficaces
- 2 - Accompagner au sein des établissements la prise en compte des droits du patient et la prise en charge des patients en fin de vie
- 3 - Créer les conditions d'une gestion efficace des établissements
- 4 - Assurer au sein des établissements une gestion financière et comptable modernisée
- 5 - Renforcer la sécurité des prises en charge

6 - Développer les nouvelles technologies au service de la coordination des professionnels et de la qualité des soins

Ces orientations stratégiques se déclinent en thématiques de formation, correspondant d'une part aux axes de formation à mettre en œuvre par les établissements, à travers leur plan de formation, et, d'autre part, aux actions de formation nationales (AFN) qui font l'objet de sessions de formation organisées par l'Association Nationale pour la Formation Permanente du personnel Hospitalier (ANFH).

Les axes et AFN ont été validés par la commission de formation professionnelle du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière qui s'est tenue le 26 avril 2011. Par ailleurs, les AFN ont été présentés devant les instances de l'ANFH qui les ont approuvées et qui prévoient leur financement à hauteur d'un montant qu'elles déterminent.

Chaque axe de formation ou action de formation nationale fait l'objet d'une fiche détaillée.

J'attache beaucoup d'importance à ce que ces orientations de formation soient largement mises en œuvre au profit des personnels des établissements et participent donc à une offre de soins de qualité au service des patients et des usagers. Afin de favoriser la cohésion des équipes autour de projets communs, il est également important que le personnel médical puisse être largement associé aux formations proposées aux personnels relevant de la fonction publique hospitalière.

Enfin, je vous précise que la DGOS va s'engager dans un nouveau travail d'accompagnement des actions de pilotage et de gouvernance des politiques aussi bien en matière de formation professionnelle tout au long de la vie des agents des établissements relevant de la fonction publique hospitalière que celles relatives au développement professionnel continu des professionnels de santé. Ces actions coordonnées permettront de tirer toutes les conséquences des bonnes pratiques observées et des nouvelles exigences en matière de satisfaction de l'obligation de développement professionnel continu.

1. AXES DE FORMATION 2012

Ces axes rappellent les formations prioritaires des années précédentes en cours de réalisation ou qu'il convient de redéployer au sein des établissements ainsi que les nouvelles orientations à mettre en œuvre en 2012.

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

- Prise en charge des addictions (annexe 1)
- Dépistage de l'infection à VIH : contribution des soignants à la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie (annexe 2)
- Principales problématiques de santé concernant les migrants en France : leviers à destination des professionnels pour améliorer la prévention et l'accès aux soins (annexe 3)
- Prise en charge des patients atteints d'hépatites virales B et C (annexe 4)
- Formation au repérage et à la prise en charge de la dépression chez l'adolescent (annexe 5)
- Formation au repérage et à la prise en charge de l'anorexie mentale (annexe 6)
- Formation sur les co-morbidités psychiatriques et somatiques des personnes ayant une addiction et sur les troubles addictifs des personnes ayant une pathologie mentale (annexe 7)

- Accueil et prise en charge de proches de personnes décédées en établissement de soins ou en structure médico-sociales, notamment par suicide (annexe 8)
- Amélioration de la formation pluridisciplinaire et interprofessionnelle en milieu pénitentiaire (annexe 9)
- Préparation de la sortie du patient hospitalisé (annexe 10)
- Construction d'un projet de chirurgie ambulatoire (annexe 11)
- Accréditation des laboratoires de biologie médicale : formation des techniciens de laboratoire (annexe 12)
- Formation de premier niveau en éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique (annexe 13)

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

- Formation à la bien-traitance en institution (annexe 14)
- Les droits des usagers des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux (annexe 15)
- La personne de confiance (annexe 16)
- Développement d'une approche éthique de la prise de décision en soins palliatifs dans le cadre d'un programme de DPC (annexe 17)
- Formation à la démarche palliative et à l'accompagnement des personnes en fin de vie des personnels des Unités de soins palliatifs (USP), des équipes mobiles en soins palliatifs (EMSP) et des services disposant de lits identifiés en soins palliatifs (LISP) (annexe 18)
- Formation à la démarche palliative et à l'accompagnement des personnes en fin de vie des personnels confrontés à des situations de fin de vie en dehors des services spécialisés (annexe 19)

Orientation n° 3 : créer les conditions d'une gestion efficiente des établissements

- Formation à la gestion prévisionnelle des métiers, des effectifs et des compétences (annexe 20)
- Amélioration de la performance économique des achats de l'hôpital (annexe 21)
- Accompagnement des directions dans la mise en œuvre des délégations de gestion dans les pôles (annexe 22)
- Accompagnement des techniciens hospitaliers issus du corps des agents chefs dans l'évolution de leur carrière, suite à la mise en œuvre de la réforme de la catégorie B. (annexe 23)
- Promotion d'une politique globale de développement durable au sein des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux en lien avec les préconisations de la loi n° 2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement, dite « Grenelle II » (annexe 24)

Orientation n° 4 : assurer au sein des établissements une gestion financière et comptable modernisée

- Mise en place du nouveau cadre de la comptabilité analytique hospitalière (annexe 25)
- Le tableau de bord du manager de pôle (annexe 26)
- Mise en œuvre d'un système d'information décisionnel pour outiller le pilotage médico-économique d'un établissement de santé (annexe 27)
- Suivi financier de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et du plan global de financement pluriannuel (PGFP) (annexe 28)
- Formation au contrôle interne comptable et financier (annexe 29)
- Formation à la préparation du bilan d'ouverture et aux prérequis de la certification des comptes (annexe 30)

Orientation n° 5 : renforcer la sécurité des prises en charge

- Développement d'une culture de prévention des risques professionnels en milieu hospitalier (annexe 31)
- Formation des personnels des établissements aux gestes et soins d'urgence, notamment en cas de crise sanitaire (risques nucléaire, radiologique, biologique, chimique) (annexe 32)
- Missions et outils du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (annexe 33)
- Indicateurs de qualité et sécurité des soins (annexe 34)
- Prévention du risque infectieux : précautions complémentaires (annexe 35)
- Antibiotiques : formation au bon usage et à l'apparition des résistances bactériennes (annexe 36)
- Formation à la conduite à tenir autour d'un cas de rougeole en milieu de soins (annexe 37)
- Prévention des erreurs médicamenteuses (annexe 38)
- Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au risque de transmission du VIH et des hépatites dans les établissements de santé (annexe 39)

Orientation n° 6 : développer les nouvelles technologies au service de la coordination des professionnels et de la qualité des soins

- Promotion des bonnes pratiques chez les professionnels de santé dans le domaine de la télémédecine (annexe 40)
- Informatisation du circuit du médicament (annexe 41)
- Déclinaison du projet d'établissement sur le volet systèmes d'information : le schéma directeur (annexe 42)

2. ACTIONS DE FORMATION NATIONALES PRIORITAIRES 2012 :

Pour 2012, la direction générale de l'offre de soins a identifié cinq thématiques d'actions nationales qui ont fait l'objet d'une concertation en commission de formation du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

Ces cinq thématiques s'inscrivent dans une démarche stratégique ambitieuse et responsable, pour une offre de soins de qualité, pour tous, dans la droite ligne de la loi du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires. Elles s'inscrivent également dans les orientations stratégiques retenues.

La première, relative à la prise en charge bucco-dentaire des personnes fragilisées ou dépendantes, rappelle combien des gestes simples et quotidiens peuvent contribuer à la bien-traitance des personnes prises en charge, notamment les personnes âgées ou en situation de précarité (orientations stratégiques n° 1 et 2).

La deuxième concerne l'approche renouvelée des ressources humaines pour permettre aux personnels de s'inscrire dans des trajectoires professionnelles valorisantes au travers, notamment, de l'entretien professionnel annuel (orientation stratégique n°3).

La troisième relève du champ de la gestion des établissements. La fiabilisation des comptes et la certification des comptes, qui participent à la maîtrise des risques comptables, figurent parmi les nouveaux outils du pilotage des établissements et de leur efficience. L'une des premières actions à conduire, compte tenu des ressources nécessaires, est la fiabilisation du bilan des établissements ; la formation de l'encadrement est donc un enjeu important de sa réussite (orientation stratégique n°4).

La quatrième action concerne le diagnostic précoce des personnes présentant un risque suicidaire. Le repérage, par les personnels soignants, des personnes à risque est essentiel à la prévention du suicide et à sa récurrence, notamment dans le cadre des soins non programmés (orientation stratégique n° 5).

La dernière s'attache à la responsabilité des soignants face à l'informatisation des données de santé et aux nouvelles organisations de soins (ville-hôpital, télé médecine, coopération entre professionnels) qui soulèvent la question du secret médical dans le cadre d'informations de santé relatives au patient partagées par plusieurs professionnels de santé (orientation stratégique n°6).

Les cinq fiches relatives aux actions de formation nationales sont :

- Prise en charge bucco-dentaire des personnes fragilisées ou dépendantes (annexe 43)
- Préparation par chaque agent de son entretien professionnel annuel (annexe 44)
- Formation à la fiabilisation du bilan et aux impératifs documentaires de la certification des comptes (annexe 45)
- Diagnostic précoce des personnes à risque suicidaire élevé et prise en charge des personnes ayant réalisé une tentative de suicide (annexe 46)
- Responsabilité liée à l'informatisation de la production de soins : impact sur le secret médical et la confidentialité des données de santé (annexe 47)

Pour le Ministre et par délégation
La Directrice générale de l'offre de soins

signé

Annie PODEUR

ANNEXE 1

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Prise en charge des addictions
Contexte	Cette action est proposée dans le cadre : - du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 du ministère en charge de la santé : mesures 16 (développer les actions de prévention de la consommation des substances psycho-actives pendant la grossesse), 20 (Développer l'enseignement en addictologie pour les professions médicales) et 21 (développer l'enseignement en addictologie pour les professions paramédicales et les travailleurs sociaux) - et du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 (Mesure 3.2-1 (Former les professionnels sanitaires et sociaux hospitaliers)) Les addictions (alcool, tabac, drogues illicites, addictions comportementales) sont des problématiques fréquentes parmi les patients de nombreux services hospitaliers (urgences, psychiatrie, maternité, maladies infectieuses, hépato-gastroentérologie, pneumologie ...). Elles peuvent influencer de manière importante sur l'évolution de nombreuses pathologies. Il existe un besoin important de formation des personnels hospitaliers dans ce domaine.
Objectifs de la formation	1. Améliorer les connaissances des personnels sur les conséquences de l'alcool-dépendance et les ressources disponibles pour sa prise en charge immédiate et à moyen terme dans et hors de l'hôpital. 2. Améliorer les connaissances des personnels sur les conséquences de la consommation de tabac et les ressources disponibles pour sa prise en charge immédiate et à moyen terme dans et hors de l'hôpital. 3. Améliorer les connaissances des personnels sur les conséquences de la consommation de certaines drogues illicites (cannabis, cocaïne/crack, héroïne), les principes et dispositifs existants de réduction des risques et les ressources disponibles pour leur prise en charge immédiate (en particulier sur la continuité des traitements de substitution) et à moyen terme dans et hors de l'hôpital. 4. Améliorer les connaissances des personnels de maternité sur les conséquences de la consommation de produits psycho-actifs sur la grossesse et les ressources disponibles pour une prise en charge immédiate de la mère et au-delà de l'accouchement, dans et hors de l'hôpital. 5. Améliorer les connaissances des personnels sur les principes et fonctionnement de l'addicto-vigilance en France et au sein de leur établissement hospitalier

ANNEXE 1

Eléments du programme	- Données épidémiologiques sur les consommations de produits psycho-actifs et leurs conséquences - Les conséquences des consommations de produits psycho-actifs - Les conséquences spécifiques des consommations en cas de grossesse - Les stratégies de dépistage de consommation problématique - Les acteurs de la prise en charge au sein (équipes de liaison, services d'addictologie ...) et en dehors de l'hôpital, comment les identifier, quand et comment les solliciter ? - Le dispositif de réduction des risques en France, les structures existantes, quand et comment les solliciter ? - Le dispositif d'addicto-vigilance en France, les structures existantes, quand et comment les solliciter ?
Public	Personnels médicaux, paramédicaux et travailleurs sociaux des services hospitaliers Plus particulièrement des services les plus fréquemment concernés par des patients présentant des addictions (urgences, psychiatrie, maternité, maladies infectieuses, hépato-gastroentérologie, pneumologie ...)
Observations complémentaires	Avec 60 000 décès annuels liés au tabac, 30 000 à l'alcool, une majorité de contaminés par le VHC liée à l'injection de drogues, 24% de femmes enceintes fumant du tabac, l'amélioration des connaissances des personnels hospitaliers sur les addictions est hautement prioritaire.

ANNEXE 2

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Dépistage de l'infection à VIH : contribution des soignants à la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie
Contexte	Jusqu'à présent, le dépistage de l'infection à VIH était fondé sur une démarche volontaire dans le contexte d'une prise de risque. La mise à disposition de nouveaux traitements, et la persistance d'un retard au diagnostic de certains groupes ne se considérant pas ou n'étant pas identifiés comme étant « à risque » ont amené la Haute autorité de santé (HAS) à montrer l'efficacité d'une proposition de dépistage élargie à l'ensemble de population générale adulte¹. Il s'agit d'ajouter au dispositif actuel de dépistage qui repose sur l'initiative de la personne, une invitation au test en la population générale par les professionnels de santé de première ligne, notamment à l'occasion d'un recours aux soins quel qu'en soit le motif. C'est pourquoi diversifier l'offre de dépistage en particulier en la « banalisant » en population générale est une des principales mesures du plan national de lutte contre le VIH et les infections sexuellement 2010-2014². Les tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à VIH (TROD) représentent un outil intéressant pour mettre en œuvre cette nouvelle stratégie. Depuis 2008 ces réactifs ont été utilisés dans le cadre d'expérimentations menées dans les urgences d'Ile de France et dans des lieux associatifs. Depuis l'arrêté du 9 novembre 2010³, les TROD peuvent également être réalisés plus largement, en dehors de ces expérimentations, par des professionnels de santé (médecin, biologistes, sages-femmes, infirmiers, techniciens de laboratoire) dans les établissements et services de santé et par des intervenants associatifs (professionnels de santé ou non) dans des structures de prévention ou des structures associatives impliquées en matière de prévention sanitaire.
Objectifs de la formation	A l'issue de la formation les bénéficiaires devront : - comprendre les enjeux du dépistage pour la personne dépistée et pour la collectivité, - maîtriser les bonnes pratiques de dépistage : indications, prise en charge du partenaire, conseil préventif..., - intégrer l'acte de dépistage dans une approche globale de santé sexuelle et respectueuse des choix d'orientation sexuelle (risques liés aux IST, grossesses non désirées, violences, mal-être lié à l'homophobie, addictions et prises de risques), - pouvoir utiliser des TROD et en interpréter les résultats,

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

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

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

ANNEXE 2

	- être à même de contribuer à l'articulation entre le dépistage, la prévention, le traitement post exposition et l'accès aux soins.
Eléments du programme	- Connaissances de base sur l'infection à VIH et les infections sexuellement transmissibles - Enjeux de la lutte contre le VIH et les IST en 2011 - Bonnes pratiques cliniques du dépistage et de la prise en charge - Cadre législatif et réglementaire du dépistage - Formation à l'écoute et aux principes de l'information-conseil pour la réduction des risques liés à la sexualité et à une approche respectueuse des choix d'orientation sexuelle - Formation théorique et pratique à l'utilisation de TROD - Principe du post-exposition
Public	Tout professionnel de santé : - des services de médecine interne - des services prenant en charge les infections à VIH - des services des urgences - des consultations de dépistage anonyme et gratuit et des lieux de prise en charge des IST - des services de gynécologie, obstétrique - des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et de protection maternelle et infantile (PMI) - des centres d'orthogénie - des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD)

ANNEXE 3

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Principales problématiques santé concernant les migrants en France : leviers à destination des professionnels pour améliorer la prévention et l'accès aux soins
Contexte	Globalement, la santé des migrants est mal connue en France. Néanmoins à partir des informations disponibles, les données sur la santé des migrants¹ montrent que les pathologies les plus fréquemment retrouvées parmi les étrangers souvent en situations précaires concernent : 1. Les pathologies infectieuses : tuberculose, VIH, hépatites B et C et certaines parasitoses. 2. Les pathologies chroniques (Maladies cardio vasculaires, Hypertension artérielle, diabète...) 3. La santé mentale et plus spécifiquement les psycho-traumatismes 4. Les grossesses à risque et les accouchements complexes, plus fréquemment rencontrés chez les femmes migrantes (28% des motifs d'hospitalisation) en lien avec un moins bon suivi des grossesses et des conditions de vie plus précaires² Les taux de prévalence observés dépendent en partie de l'origine géographique. En ce qui concerne spécifiquement les IST, les recommandations de la Haute Autorité de Santé³, préconisent « <i>une stratégie de proposition systématique d'un dépistage VIH régulier aux personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique sub-saharienne</i> ». Les recommandations de la mission Pialoux-Lert⁴ rappellent que « <i>l'annonce de la séropositivité (de la primo-infection aux diagnostics tardifs), mais aussi le suivi des personnes atteintes, en ville comme à l'hôpital, doit être l'occasion d'assurer la prévention secondaire dans une optique de promotion actualisée du préservatif mais aussi des différentes méthodes de réduction des risques et des IST</i> ». Par ailleurs il existe des difficultés à l'accès aux soins, dont les causes identifiées sont de trois ordres⁵ : - administratif lié à la complexité de la réglementation et du système de santé, - juridique lié au statut des personnes, et à l'ouverture des droits en rapport. - organisationnel lié aux services de santé eux-mêmes et notamment aux représentations des professionnels vis-à-vis des étrangers, des difficultés linguistique, des représentations culturelles différentes de la maladie et de la notion de santé. En 2010 et 2011, l'Aide Médicale Etat et le dispositif législatif d'accès à un titre de séjour pour les étrangers atteints de pathologie grave ont connu des

¹ Rapport 2008 de l'Observatoire de l'Accès aux soins de la Mission France de Médecins du monde, oct. 2009. « La santé des exilés – Rapport d'activité et d'observation 2008 », Comede

² « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soin ». Etudes et résultats n° 645 juillet 2008 DRESS

³ « Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. HAS, oct 2009.

⁴ Mission RDRs, Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST, Gilles Pialoux et France Lert, novembre 2009

⁵ VP Comiti et J Patureau, « la santé des migrants en France, spécificités, dispositifs et politiques sanitaires », observatoire franco-quebequois de la santé et de la solidarité, N°1-2005.

ANNEXE 3

	modifications législatives et/ou réglementaires. Il convient d'aider les professionnels à se repérer dans ces cadres nouveaux. Enfin, très peu de personnes parmi les migrants sont en mesure de témoigner sur leur pratique ou identité homo ou bisexuelle ; les pratiques homo ou bisexuelles ont été longtemps totalement niées en milieu migrant où les modes de transmission largement majoritaires sont les relations hétérosexuelles. Pourtant, ces pratiques existent, sont souvent stigmatisées dans l'opinion publique et sont même l'objet dans certains pays d'origine de sanctions pénales. Or, la double stigmatisation, liée à l'homosexualité et au VIH est un facteur favorisant la vulnérabilité et la propagation du VIH. C'est pourquoi le programme en direction des migrants/étrangers inclus dans le plan national VIH/IST 2010-2014 introduit pour la première fois cette problématique parmi les actions à soutenir.
Objectifs de la formation	A l'issue de la formation les bénéficiaires devront être en capacité de proposer aux patients migrants des conseils en matière de prévention des IST, des hépatites, des grossesses non désirées et d'orienter vers le dépistage ou l'accès aux soins, vers le suivi et l'accompagnement pré et post natal et le suivi des enfants. Ils devront pour cela savoir : - utiliser le langage le mieux adapté à chacun des patients, en vérifiant la compréhension des messages délivrés par des techniques de reformulation (en recourant si nécessaire à l'aide d'un interprète professionnel), - prendre en compte les aspects juridiques, administratifs et culturels dans lequel s'inscrivent les problématiques de santé. Ils devront également être préparés à aborder les questions liées à l'orientation sexuelle chez les migrants.
Eléments du programme	Repères sur les principales populations migrantes/étrangères vivant en France : . sur le plan géopolitique, avec les notions essentielles sur les types de parcours migratoires ; . sur le plan épidémiologique au plan international, notamment en matière d'IST-VIH et des hépatites B et C ; ainsi que la tuberculose . sur le plan des droits sociaux et administratifs des étrangers en France, liés à l'accès aux soins, et notamment sur les modifications législatives et réglementaires les plus récentes en matière de couverture maladie et d'accès au titre de séjour et de travail en raison de l'état de santé ; . sur le plan des données interculturelles, en lien avec la maternité, la maladie, le rapport au corps, les rapports de genre... Connaître les lieux ressources et les outils d'information utiles pour orienter les patients migrants, y compris les associations facilitant l'expression sur les questions d'homo et de bisexualité. connaître les modalités du recours à l'interprétariat professionnel en cas de besoin.
Public	Professionnels hospitaliers intervenant dans : - les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

ANNEXE 3

	- les services prenant en charge les infections par le VIH - les services prenant en charge les infections par les hépatites B et C - les services de médecine interne - les services des urgences - les services d'addictologie - les consultations de dépistage anonyme et gratuit et les Ciddist - les centres de lutte antituberculeuse hospitaliers - les services de gynécologie-obstétrique y compris les consultations prénatales - les centres de planification ou d'éducation familiale - les services de pédiatrie Professionnels intervenant en ville dans des sites à forte population migrante : -> professionnels libéraux : médecins généralistes, les gastro-entérologues, les psychiatres, les sages-femmes, les pédiatres, les gynécologues -> professionnels intervenant dans : - les services de PMI - les centres de santé municipaux - les centres d'examen de santé des CPAM - les centres de planification ou d'éducation familiale - Les centres de lutte antituberculeux des conseils généraux
OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES	Des professionnels associatifs expérimentés sur ces questions peuvent être sollicités pour intervenir dans ces formations, entre autres : - le Comede (Comité Médical pour les Exilés) qui a publié avec l'INPES un guide pratique destiné aux professionnels extrêmement complet : « Migrants/étrangers en situation précaire - Prise en charge médico-psycho-sociale », réédité en 2008 et téléchargeable sur le site de l'INPES : http://www.inpes.sante.fr/guide_comede/guide_comede.asp (le Comede assure de nombreuses formations à la demande à des équipes de soignants interprofessionnelles), - l'association Aides qui propose une animation interactive dans les formations des professionnels sanitaires, sociaux ou administratifs, sur les problématiques concernant les migrants concernés par le VIH. Cette animation s'intitule « Parcours de VIH - migrants», - l'association Uraca qui intervient plus spécifiquement sur une approche culturelle concernant les africains d'Afrique sub-saharienne (URACA intervient fréquemment dans les IFSI).

ANNEXE 4

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Prise en charge des patients atteints d'hépatites virales B et C
Contexte	Plan national de lutte contre les hépatites virales, 2009-2012 : afin d'améliorer le nombre de personnes traitées pour les infections chroniques par les virus B et C, des mesures de formation des équipes hospitalières concernées sont inscrites dans ce plan ; elles visent en particulier à mieux coordonner les prises en charge interdisciplinaires entre équipes spécialisées en addictologie/alcoologie, services d'hépatogastro-entérologie et équipes de psychiatrie. Elles visent également d'une part à former et informer sur les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose, leur intérêt, leurs limites et leur place dans la prise en charge et <u>d'autre part à présenter les nouvelles molécules, leurs indications, performances et inconvénients.</u>
Objectifs de la formation	1. Améliorer le niveau des connaissances sur les hépatites virales chroniques B et C pour favoriser le dépistage, le diagnostic et l'accès aux soins des équipes hospitalières travaillant en addictologie et alcoologie. 2. Améliorer les connaissances et les pratiques dans le champ des addictions et de l'alcoologie, pour les équipes d'hépatogastro-entérologie, de médecine interne et de maladies infectieuses ; 3. Améliorer les collaborations entre ces deux types d'équipes (addictologie/alcoologie et hépatogastro-entérologie) et les équipes de liaison en psychiatrie des hôpitaux généraux et universitaires. 4. Améliorer la connaissance sur l'utilisation des méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose du foie (recommandations Haute autorité de santé 2008) et sur les schémas thérapeutiques destinés aux médecins spécialistes (hépatogastroentérologues, infectiologues) et pour les praticiens en contact avec les patients porteurs d'hépatites chroniques (médecin traitant, addictologue, alcoologue). 5. <u>Améliorer les connaissances sur les nouvelles molécules thérapeutiques mises à disposition en 2011 et impact sur les programmes d'éducation thérapeutique.</u>
Eléments du programme	Favoriser la connaissance des aspects suivants : - Données épidémiologiques actuelles - Diagnostic, évaluation et traitement des hépatites chroniques B et C - Place des tests alternatifs à la biopsie hépatique pour l'évaluation de la fibrose hépatique - <u>Indications, schéma thérapeutique, effets secondaires des nouvelles molécules</u> - Coordination des soins (services différents, ville et hôpital) - Complications psychiatriques des traitements - Principes de base des prises en charge en

ANNEXE 4

	addictologie/alcoologie - Principes de l'éducation thérapeutique - Vaccination hépatite B Aspects particuliers de la prise en charge des hépatites en prison
Public	Personnels médicaux et paramédicaux des unités hospitalières : Médecins, Infirmières, assistants sociaux Unités hospitalières concernées : addictologie, permanences d'accès aux soins (PASS), psychiatrie de liaison, hépato-gastro-entérologie, médecine interne, maladies infectieuses et unités de soins et de consultations ambulatoires (UCSA)

ANNEXE 5

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Formation au repérage et à la prise en charge de la dépression chez l'adolescent
Contexte	- Production de Recommandations de Bonnes Pratiques en cours par la HAS, publication prévue pour juillet 2012 - Annonce d'un plan pluriannuel de prévention et d'accompagnement psychique pour septembre 2011 - Travaux contemporains de l'Afssaps sur l'impact des précautions d'utilisation des antidépresseurs chez les enfants et adolescents émises depuis 2003 - Mise au point de l'Afssaps sur le bon usage des antidépresseurs (2008) - Projet de programme d'actions pour la prévention du suicide annoncé, en cours de finalisation. La prévalence de la dépression chez le jeune de 15-24 ans est de 8,5 % (sur 1 an) en France. La dépression chez l'adolescent est associée à un risque suicidaire et la répétition des tentatives de suicide se produit dans un tiers des cas. Le suicide est la deuxième cause de mortalité en France chez le jeune de 15-24 ans, soit environ 600 décès par an. Une majorité des adolescents consultent un médecin dans l'année, le plus souvent leur médecin généraliste, mais celui-ci ne détecte pas toujours la souffrance psychique de l'adolescent qui est souvent masquée derrière un élément somatique. D'une manière générale, la demande de l'adolescent pour des soins psychiques ne s'exprime pas clairement ou pas du tout. Le recours aux professionnels concernés nécessite un travail de repérage en amont et un travail sur la demande de soins en amont et durant le soin. Il n'est pas toujours aisé pour le médecin généraliste de savoir à partir de quels critères orienter l'adolescent vers des soins spécialisés, et vers quelle structure. Du point de vue de la thérapie, la prescription de psychotropes ne peut à elle seule apporter la solution. Il existe notamment une prescription inadéquate d'anxiolytiques. Les médecins de soins primaires, médecins généralistes et pédiatres, devraient avoir des liens privilégiés avec les psychiatres et les réseaux de soins pour favoriser la continuité des soins. Il est important d'intégrer et former les aidants/parents, dans la prise en charge de l'adolescent, et créer un processus d'accompagnement.

ANNEXE 5

Objectifs de la formation	<i>Objectifs inspirés du document de travail pour le cadrage de ces travaux, en cours de finalisation par la HAS :</i> L'Objectif général : Appropriation des recommandations de bonnes pratiques (RBP) Les objectifs spécifiques sont une mise à jour des connaissances relatives aux actions suivantes : => repérer la souffrance psychique de l'adolescent ; => diagnostiquer et évaluer l'intensité de l'épisode dépressif caractérisé ; => instaurer un traitement adapté à l'intensité du trouble et orienter l'adolescent vers des soins spécialisés si nécessaire ; => prévenir la récurrence d'une tentative de suicide (relais)
Eléments du programme provisoires,	Appropriation des recommandations de bonnes pratiques (RBP)
Public	Les personnels des services de soins recevant des adolescents (IDE, assistantes sociales, éducateurs, psychologues et également et surtout du personnel médical qui est le public visé par les RBP ; à savoir, les urgentistes, les pédiatres, les psychiatres, les nutritionnistes,...)

ANNEXE 6

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Formation au repérage et à la prise en charge de l'anorexie mentale
Contexte	Publication des Recommandations de bonne pratique (RBP) sur la prise en charge de l'anorexie mentale, le 1er octobre 2010, par la HAS Les cas d'anorexie mentale répondant aux critères diagnostiques du syndrome complet ont une prévalence en population générale de 0,9 à 1,5 % chez les femmes et de 0,2 à 0,3 % chez les hommes. La forme subsyndromique est plus fréquente. L'anorexie mentale se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic: - risque de décès (suicide, complications somatiques) : il s'agit de la maladie psychiatrique qui engendre le taux de mortalité le plus élevé, jusqu'à 10 % dans les études comportant un suivi de plus de 10 ans ; - risque de complications somatiques et psychiques nombreuses : défaillance cardiaque, ostéoporose, infertilité, dépression, suicide, etc. ; - risque de chronicité, de rechute et de désinsertion sociale (cf. annexe 2). La guérison est possible même au bout de plusieurs années d'évolution. L'approche pluridisciplinaire justifiée par la nécessité d'aborder les dimensions nutritionnelles, somatiques, psychologiques et familiales pose le problème de l'articulation des différents intervenants au sein d'un projet de soins global au long cours.
Objectifs de la formation	Appropriation des éléments relevant du secteur sanitaire dans les RBP, spécifiquement dans les champs suivants : - repérage et diagnostic précoces, prenant en compte les populations les plus à risque, les signes d'alerte et les critères diagnostiques les plus pertinents, ainsi que la recherche d'alliance avec le patient et son entourage, souvent difficile du fait des mécanismes de déni ; - modalités d'orientation et de prise en charge ambulatoire des patients (adressage, nécessaire pluridisciplinarité et dispositifs spécialisés, en particulier en termes d'hospitalisation de jour) ; - indications et modalités d'hospitalisation à temps plein (critères de gravité, contrats thérapeutiques et place de l'hospitalisation sous contrainte)

ANNEXE 6

Eléments du programme	Cf RBP
Public	Les personnels des services de soins recevant des adolescents (IDE, assistantes sociales, éducateurs, psychologues et également et surtout du personnel médical qui est le public visé par les RBP ; à savoir, les urgentistes, les pédiatres, les psychiatres, les nutritionnistes,...)

ANNEXE 7

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Formations croisées sur les comorbidités psychiatriques et somatiques des personnes ayant une addiction et sur les troubles addictifs des personnes ayant une pathologie mentale.
Contexte	Plan de prévention et de prise en charge des addictions 2007-2011. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC).
Objectifs de la formation	Améliorer le diagnostic précoce et la prise en charge des comorbidités psychiatriques et somatiques des personnes ayant une addiction. Améliorer le diagnostic précoce et la prise en charge des troubles addictifs des personnes ayant une pathologie mentale. Accroître la connaissance et l'acceptation du besoin de traiter les deux troubles simultanément (psychiatrique et addictif notamment). Favoriser la prise en charge intégrée des patients présentant des troubles concomitants.
Eléments du programme	Il est souhaité que la formation s'articule autour de trois axes qui constituent les orientations générales : 1. Les personnes ayant une conduite addictives : <i>quelles comorbidités psychiatriques et quelles comorbidités somatiques (infectieuses, hépatiques notamment) :</i> connaissances théoriques générales comme en faire un diagnostic précoce ? quelle attitude adopter ? comment orienter précocement ? comment mettre en place un suivi multidisciplinaire ? 2. Les personnes ayant une pathologie mentale : <i>quels troubles addictifs associés et quelles comorbidités somatiques liées à ces troubles :</i> connaissances théoriques générales comme en faire un diagnostic précoce ? quelle attitude adopter ? comment orienter précocement ? comment mettre en place un suivi multidisciplinaire ? 3. La pratique professionnelle au quotidien réflexions autour de cas pratiques réflexions sur des modalités de prise en charge conjointes rotations des personnels
Public	Les personnels des établissements sanitaires : services d'addictologie et services de psychiatrie et des établissements médico-sociaux spécialisés en addictologie (CSAPA), y compris les personnels médicaux

ANNEXE 8

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Accueil et prise en charge des proches de personnes décédées en établissement de soins ou en structure médico-sociales, notamment par suicide
Contexte	Les situations de deuil vécues dans les établissements sont parfois difficiles à vivre pour les professionnels. Le besoin d'avoir une réflexion et un échange sur l'approche de la mort s'avère nécessaire. Si le personnel hospitalier est régulièrement confronté aux difficultés liées à l'annonce d'un diagnostic grave / décès / don d'organe / maladie dégénérative / handicap... il doit aussi faire face aux proches endeuillées.
Objectifs de la formation	• Permettre l'appropriation par les professionnels de santé (ensemble des équipes : personnels soignants et non soignants) de connaissances et de savoir faire visant à accompagner la prise en charge des proches de personnes décédées dans une structure relevant de la fonction publique hospitalière. • Analyser ses pratiques professionnelles au sein des équipes multidisciplinaires dans la phase qui suit le décès afin de mieux prendre en charge l'entourage (annonce du décès et accompagnement). • Identifier les comportements et les attitudes qui permettent une prise en charge adaptée auprès des personnes endeuillées en étant particulièrement attentif à la fratrie et aux descendants et ascendants directs dans les différents domaines tels que la souffrance psychologique, les démarches administratives à effectuer, l'orientation vers des personnes ressources pour un suivi à l'extérieur de l'établissement. • Mieux comprendre la détresse, les émotions et les attitudes de l'entourage de la personne décédée
Eléments du programme	Eclairage théorique et ethnologique des différentes approches de la mort La législation mortuaire La souffrance des professionnels face à la mort, la prévenir Savoir se protéger et maintenir une relation d'aide Compréhension des mécanismes du deuil Les signes du deuil pathologique L'écoute face à une situation de deuil
Public	Tout agent de la fonction publique hospitalière quelque soit son origine soignante, administrative, technique et ouvrière.

ANNEXE 9

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Amélioration de la formation pluridisciplinaire et interprofessionnelle en milieu pénitentiaire
Contexte	Un plan d'actions stratégiques 2010 – 2014, politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, lancé le 28 octobre 2010 s'inscrit dans un contexte d'amélioration de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Il tient compte de la nouvelle politique pénale initiée par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 concernant notamment les nouvelles modalités d'aménagement de peine. Il repose en grande partie sur un socle de mesures déjà en cours mais qu'il convient pour beaucoup, de consolider, pour certaines d'en assurer l'application et pour d'autres d'en adapter la mise en œuvre. Divers axes sont proposés avec pour objectif d'impulser un nouvel élan et de porter une nouvelle ambition en mettant l'accent prioritairement sur cinq mesures phares. Parmi ces cinq mesures, l'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires comporte le besoin de professionnaliser les intervenants de ce milieu difficile avec des cultures différentes celui de la santé et celui de la justice. La formation pluridisciplinaire et interprofessionnelle de ces professionnels permet de mieux comprendre le rôle de chacun et de mieux articuler les interventions conjointes ou réciproques.
Objectifs de la formation	Connaître la réglementation applicable à la prise en charge des détenus à l'hôpital Organiser la prise en charge hospitalière et la dispense de soins
Eléments du programme	- Les modalités d'organisation des soins en milieu pénitentiaire - Les modalités d'hospitalisation des détenus L'organisation du séjour et de la prise en charge des détenus en termes de transfert, de surveillance, des conditions de réalisation des examens médicaux et d'attitude des personnels médicaux, paramédicaux et administratifs (les réflexes à avoir) - Les droits des patients détenus : l'articulation entre les dispositions du code de procédure pénale et les dispositions du code de la santé publique - Le dossier médical de la personne détenue
Public	Chef d'établissement, personnel soignant, responsable de pôle, chef de service

ANNEXE 10

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Préparation de la sortie du patient hospitalisé
Contexte	Des études récentes relatives aux événements indésirables associés aux soins (ENEIS, EVISA), ainsi que des entretiens avec des professionnels de santé, tant hospitaliers que du milieu de soins ambulatoire, montrent le besoin de développer une communication efficace entre ces deux sphères (« ville » et « hôpital »), dans l'intérêt de la qualité de prise en charge du patient, de la continuité des soins, et de l'environnement de travail des professionnels de santé eux-mêmes. Les difficultés et domaines fréquemment évoqués de non qualité des soins concernent la continuité de prescription et son adaptation lors de la sortie d'hospitalisation (médicament princeps et génériques, confusions et doublons possibles, adaptations posologiques, prise en compte du contexte socioculturel, de l'entourage et de l'environnement du patient. L'indicateur de qualité de prise en charge de la HAS « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) », (délai réglementairement fixé au maximum à huit jours), reste encore seulement à 34% (Rapport HAS 2009). Travailler sur la qualité de l'échange d'information entre professionnels de santé à la sortie de l'hospitalisation du patient, doit permettre de développer les interfaces entre professionnels de santé hospitaliers et du milieu de soins ambulatoire également en amont d'une hospitalisation (information efficace sur les antécédents, l'environnement du patient et son traitement). Ces aspects de qualité de la préparation de la sortie du patient hospitalisé couvrent l'ensemble des disciplines médicales, obstétricales et chirurgicales, et doivent prendre en compte les diminutions des durées de séjour, comme le développement de l'activité ambulatoire, notamment de chirurgie
Objectifs de la formation	• Acquérir une culture de qualité et de sécurité des soins, en particulier concernant la continuité efficace des soins ; • S'approprier les outils existants permettant d'analyser et élaborer un parcours de soins (ou « chemin clinique ») ; • Développer la prise en compte de l'environnement habituel du patient (familial, médical, social, culturel, ...) pour améliorer la sécurisation de la continuité des soins ; • Se sensibiliser au développement d'une communication et d'une coordination plus efficace entre professionnels de santé de l'établissement de santé et du milieu de soins ambulatoire (« de ville »), en amont comme en aval d'une hospitalisation, dans l'intérêt du patient et de sa prise en charge globale.

ANNEXE 10

Eléments du programme	• Rappel du nouveau cadre mis en place par la loi HPST et des outils utilisables pour l'amélioration de la qualité des soins (coordination des soins, contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, ...) ; • Mise en œuvre de réseaux ville-hôpital et filières de soins prévues par les plans de santé publique (Cancer, Alzheimer, maladies rares, hépatites, etc ...) ; • Méthodologies d'analyse en qualité et sécurité des soins, chemin clinique, ... • Analyse et préparation d'un réseau entre professionnels de soins multidisciplinaires (médecins hospitaliers et traitants, pharmaciens, IDE, paramédicaux, aidants et travailleurs sociaux), favorisant une communication efficace en amont et en aval d'une hospitalisation ; • Analyse des prescriptions en amont et en aval d'une hospitalisation, échanges d'information avec le médecin traitant ; • Éducation thérapeutique du patient, compréhension des prescriptions par le patient et son entourage ; • Prise en compte des interférences pathologiques et/ou sociales avec la réalisation des prescriptions (déchéances intellectuelles liées à l'âge, Alzheimer et autres troubles mnésiques ou cognitifs, difficultés liées à l'environnement et au contexte socio-culturel, ...) ; • Analyse et élaboration de procédures, check-lists ou parcours de soins pour l'amélioration de la qualité : de la suite de prise en charge, des prescriptions et de leur réalisation, de la transmission du compte-rendu d'hospitalisation, de l'information du médecin traitant et des professionnels de santé concernés en aval de la sortie puis au moment de celle-ci.
Public	• Cadres de santé • IDE • Aides-soignants • Secrétaires médicales • Personnel d'accueil

ANNEXE 11

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Construction d'un projet de chirurgie ambulatoire
Contexte	La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une pratique centrée sur le patient. Véritable saut qualitatif de la prise en charge, son bénéfice n'est plus à démontrer : d'abord et surtout bénéfice et satisfaction pour le patient ; en termes de qualité et de sécurité des soins chirurgicaux (moindre exposition aux infections nosocomiales) ; en termes d'optimisation et d'efficience de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie et de satisfaction des personnels ; en terme d'efficience du système de soins. Elle 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 ambulatoire (« de ville »). Tous les acteurs défendent la vision d'une chirurgie « qualifiée » et « substitutive ». Il s'agit en effet de combattre la vision erronée présentant la chirurgie ambulatoire comme la réalisation d'actes de « petite » chirurgie alors qu'elle peut aussi recouvrir des actes de haute technicité. Des leviers pluriels ont été mobilisés ces dernières années par le ministère de la santé et la CNAMTS, avec comme objectif le développement de la chirurgie ambulatoire par les établissements de santé en substitution à l'hospitalisation complète. Peuvent être citées en particulier la politique d'incitation tarifaire menée par la DGOS dès 2005 et la procédure de mise sous accord préalable débutée par la CNAMTS en 2008. Malgré des résultats encourageants, le taux global de chirurgie ambulatoire, bien que croissant, reste encore insuffisant (32% en 2007, 36% en 2009). La France continue d'accuser un retard par rapport à certains pays de l'OCDE¹. Il existe, en outre, d'importantes disparités : • intersectorielles en faveur du privé (taux de chirurgie ambulatoire global : 44% versus 25% dans le secteur public), même si la chirurgie ambulatoire progresse plus vite dans le secteur public ces dernières années, • interrégionales et surtout au niveau des territoires de santé, des établissements de santé (20% d'écart entre les régions métropolitaines), • entre les types de prises en charge chirurgicales (canal carpien : 87% réalisé en ambulatoire en 2009 ; hernie inguinale : 21%). Le développement de la chirurgie ambulatoire passe par l'amélioration de la formation des équipes hospitalières impliquées, en vue de mieux connaître et

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

ANNEXE 11

	mobiliser les outils permettant de mettre en place une organisation appropriée dans le cadre d'un projet médical. Cette évolution majeure pour la chirurgie, toutes disciplines confondues, impose donc une adaptation des mentalités et des pratiques, qui passe avant tout par l'information et la formation des professionnels de santé à tous les niveaux. Dans ce cadre, la sécurité de l'opéré (le risque péri-opératoire faisant partie des trois premières causes d'événements indésirables graves liés aux soins, dont 1/3 sont évitables) s'intègre dans la démarche qualitative de la chirurgie ambulatoire, et prend en compte la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » définie par la HAS dans la V 2010 de la certification, comme une « pratique exigible prioritaire (PEP) », inspirée des recommandations de l'OMS « Safe surgery saves lives ».
Objectifs de la formation	• Acquérir une culture (organisationnelle et de qualité des soins) de la chirurgie ambulatoire ; • S'approprier les outils existants permettant d'analyser et d'élaborer un parcours de soins (ou « chemin clinique »), d'élaborer et de mettre en œuvre un projet de chirurgie ambulatoire ; • S'approprier les procédures et utiliser les outils garantissant la sécurité et la qualité de prise en charge de l'opéré. • Se sensibiliser au développement d'une communication plus efficace entre professionnels de santé de l'établissement de santé et du milieu de soins ambulatoire (« de ville »), dans l'intérêt du patient et de la continuité des soins.
Eléments du programme	• 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, ...) • Réalisation d'un état des lieux de l'offre et de la demande de chirurgie ambulatoire dans son établissement ; définition d'objectifs de développement ; • Analyse et définition pratique d'un parcours de soins (ou « chemin clinique ») et utilisation des outils disponibles : organisation des flux, gestion sécurisée des risques, harmonisation des procédures, gestion concertée de l'information... • Gestion des risques au bloc opératoire et en chirurgie interventionnelle : typologie des événements indésirables, fréquence, causes, conséquences cliniques, médico-légales,... (sources : sociétés savantes, ENEIS, données des assureurs, ANAP,...) ; 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 ; • Méthode d'élaboration d'un projet d'organisation au sein d'une unité de chirurgie, indicateurs d'évaluation, indicateurs de qualité.

ANNEXE 11

Public	• Cadres de santé, hygiénistes, biomédical, stérilisation • IDE (bloc, anesthésistes, consultation, hospitalisation) • Aides-soignants • Secrétaires, personnel d'accueil • Personnel administratif
Observations complémentaires	Il serait souhaitable d'organiser des formations associant des personnels d'une même unité, avec la participation de médecins de la structure (chirurgiens, anesthésistes).

ANNEXE 12

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Accréditation des laboratoires de biologie médicale : formation des techniciens de laboratoire
Contexte	Afin de garantir la fiabilité des examens de biologie médicale, l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale met en place une nouvelle modalité de preuve de la qualité et de suivi permanent de cette qualité : l'accréditation. Une accréditation obligatoire pour tous les laboratoires de biologie médicale (LBM), sur l'ensemble de leur activité, réalisée par le Comité français d'accréditation (FRAC) (Article L. 6221-1 et L. 6221-2 du CSP). Pour les LBM existants antérieurement à la publication de l'ordonnance relative à la biologie médicale, l'ordonnance prévoit une période transitoire (Article 8 V). L'accréditation de ces LBM se fait en deux étapes : une première étape au 1^{er} novembre 2013 où l'ensemble des LBM devront avoir prouvé leur entrée effective dans une démarche d'accréditation, et une seconde étape au 1^{er} novembre 2016 où l'ensemble des LBM devront être accrédités sur la totalité de leur activité. L'étape 2013 est explicitée dans l'arrêté du 21 janvier 2011 relatif à l'entrée effective des LBM dans la démarche d'accréditation. Avec la mise en œuvre de l'accréditation, les professionnels biologistes médicaux évoluent d'une obligation de moyens (jusqu'à présent objectivée par le respect d'un arrêté de bonnes pratiques : le guide de bonne exécution des analyses GBEA) à une obligation de résultats (respect obligatoire des normes internationales NF EN ISO 15189 et NF EN ISO 22870). Les normes d'accréditation deviennent des outils majeurs de la mise en œuvre de bonnes pratiques en LBM et la connaissance de ces normes est incontournable pour mener à bien l'accréditation du LBM tant pour les biologistes médicaux que pour les techniciens de laboratoire médicale qui sont, au quotidien en prise avec le système d'assurance qualité du laboratoire. Aussi, afin de soutenir les mesures législatives relatives à l'accréditation et d'aider les professionnels de terrain à se familiariser avec les nouveaux référentiels, il est fondamental que des formations sur l'accréditation puissent être mises en œuvre au sein des hôpitaux publics pour les techniciens de laboratoire médical. Les biologistes médicaux pourront utilement suivre ces formations. .
Objectifs de la formation	Former le personnel des laboratoires de biologie médicale publics aux normes d'accréditation afin de les rendre capables de mettre en place les systèmes d'assurance qualité au sein des structures.

ANNEXE 12

Eléments du programme	Théorie : connaissance des items des normes NF EN ISO 15189 et NE EN ISO 22870 Pratique : savoir réaliser un audit interne
Public	Techniciens de laboratoire des établissements de santé.
Observations complémentaires	Il est essentiel que les formations comprennent un volet pratique visant à expliciter la mise en œuvre concrète des normes d'accréditation.

ANNEXE 13

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Formation de premier niveau en éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique
Contexte	L'éducation thérapeutique du patient a pour but d'aider les personnes atteintes d'une pathologie, le plus souvent chronique, à assumer au quotidien leur maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale, à gérer leur traitement, à prévenir les complications et les rechutes. Selon la définition de l'OMS, l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Les bénéfices attendus de cette activité portent sur l'efficacité des traitements, la qualité de vie des patients et sur la diminution des dépenses de santé à moyen terme. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques en France (15 millions de personnes dont près de 3 millions de diabétiques, 150 000 atteints de la maladie de Parkinson, 100 000 atteints de sclérose en plaques et 3,5 M d'aidants) renforce la nécessité de mettre en place des dispositifs d'éducation du patient. Plans de référence : C'est l'un des principaux enjeux du plan national « Améliorer qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » 2007-2011, qui est l'un des cinq plans stratégiques de la Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. La mesure 4 de ce plan vise à intégrer à la formation des professionnels de santé l'éducation thérapeutique du patient. Récemment, l'éducation thérapeutique du patient a également été inscrite dans des plans thématiques ou par pathologie¹. Par ailleurs, l'éducation thérapeutique a été inscrite par la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 dans le parcours de soins du patient. Dans le dispositif mis en place par la loi et ses décrets d'application, les programmes d'ETP doivent être conformes à un cahier des charges national et être autorisés par les Agences régionales de santé. En outre, la dispensation de l'ETP par les professionnels est soumise à un niveau de compétence minimal défini par le décret n°2010-906 du 2 août 2010 et l'arrêté du 2 août 2010. Cette proposition d'action nationale s'inscrit pleinement dans ce cadre. Elle viendra compléter l'offre actuelle de formation qui est actuellement insuffisante.

¹ A titre d'exemple : le plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014 ; le plan VIH-IST 2010-2014 ; le Plan national de lutte contre les hépatites b et c (2009-2012), ...

ANNEXE 13

	Compte tenu des situations complexes gérées à l'hôpital en séjour, consultation ou aux urgences, les professionnels de santé hospitaliers doivent pouvoir intégrer les principes d'une démarche d'éducation thérapeutique structurée et coordonnée, centrée sur les besoins du patient.
Objectifs de la formation	A l'issue de cette formation, les personnels concernés doivent saisir les enjeux de l'éducation thérapeutique du patient et être capables de participer activement à un programme d'éducation thérapeutique du patient. Objectifs spécifiques : • connaître les éléments méthodologiques et les différentes étapes d'un programme d'éducation thérapeutique ; • reconnaître les éléments spécifiques d'une approche d'éducation centrée sur le patient, et d'identifier les différences avec leurs pratiques ; • repérer les ressources nécessaires pour une approche thérapeutique centrée sur le patient situé dans son environnement ; • élaborer un plan d'action personnel pour une personne suivie dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. Concrètement, chaque professionnel ayant suivi la formation doit être capable d'intervenir dans un programme d'éducation thérapeutique du patient pour : • Aider le patient à exprimer ses besoins, ses attentes, ses connaissances et à identifier ses propres représentations de sa santé et de sa maladie ; • Définir des objectifs d'éducation et les moyens de les atteindre en concertation avec le patient ; • Réaliser l'évaluation individuelle ou y participer.
Eléments du programme	Cette action doit s'appuyer prioritairement sur les contenus et objectifs mentionnés dans les textes du 2 août 2010, eux-mêmes définis selon les recommandations de l'OMS. Quinze types de compétences doivent ainsi être acquis sur la base d'une formation d'une durée minimale de 40 heures. (cf. Annexe de l'arrêté du 2 août 2010 <i>relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient</i>). Par ailleurs, le contenu intégrera les éléments du guide méthodologique HAS/INPES diffusé en juin 2007. Cette formation permettra de favoriser la connaissance des aspects suivants : - les grands concepts : éducation, apprentissage, pédagogie ; - les principes et méthodologies des démarches éducatives : les différentes étapes d'un programme d'éducation thérapeutique, les différentes techniques, les outils pédagogiques ; - la relation soignant/soigné : les difficultés des patients confrontés à une maladie chronique, les étapes du processus de changement ; - la complémentarité des démarches d'éducation individuelle et d'éducation de groupe ; - la coordination et les liens à développer avec la prise en charge en

ANNEXE 13

	médecine libérale. La formation devra favoriser l'interactivité et débutera par une analyse des besoins et des expériences des professionnels de santé. Le travail en groupe pluridisciplinaire sera recherché afin d'enrichir les échanges et d'envisager les synergies. L'alternance entre les apports théoriques et pratiques sera privilégiée.
Public	Les professionnels de santé, notamment infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes, médecins, et les psychologues qui interviennent dans des programmes d'ETP autorisés par les ARS.
Observations complémentaires	Les contenus porteront sur la prise en charge du patient dans une approche globale adaptée à la pratique hospitalière.

ANNEXE 14

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Formation bientraitance en institution
Contexte	La démarche de bientraitance s'inscrit dans le cadre plus général d'évaluation et d'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Réf : - Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007 ; - Instruction DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance - Recommandation de l'ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – septembre 2008 - Circulaire n°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS
Objectifs de la formation	Accompagner les établissements dans le déploiement d'une culture et d'une dynamique de bientraitance. Le déploiement de cette culture nécessite une appropriation de la démarche par les équipes de direction et d'encadrement intermédiaire des établissements, ainsi qu'un accompagnement des professionnels intervenant au quotidien dans la prise en charge des résidents.
Eléments du programme	Il est souhaité que la formation s'articule autour de 3 axes qui constituent des orientations générales : connaissances, savoir-être et savoir-faire. Cette formation ayant pour objectif l'appropriation par l'ensemble de l'institution de cette dynamique de bientraitance, il conviendra d'adapter son contenu en fonction des catégories professionnelles formées. 1 – Les personnes dépendantes : comprendre la dépendance et ses manifestations → <i>savoir et comprendre</i> • les origines et les causes de la dépendance • comprendre les différents troubles et symptômes • identifier la forme et le degré du retentissement de la dépendance sur l'autonomie des personnes

ANNEXE 14

	2 – La bientraitance → <i>savoir et pouvoir être</i> • le concept de bientraitance • les repères pour la mise en œuvre de la démarche : la recommandation « Bientraitance » et le questionnaire d’auto-évaluation de l’ANESM (+ trousse « Bientraitance » Mobiqua) • la diffusion de la dynamique au sein de l’établissement 3 – La pratique professionnelle au quotidien → <i>savoir faire et pouvoir faire</i> • les activités élémentaires et les actes de la vie quotidienne • la vie sociale et relationnelle : communication, comportement et attitudes • faire face aux troubles du comportement et des attitudes • ressources et limites du professionnel Il s’agit dans ce dernier axe de repérer la pratique professionnelle et de définir les modifications à apporter dans l’approche, les gestes et les comportements professionnels pour mieux prendre en compte les besoins et désirs de la personne afin d’améliorer la qualité de la prise en charge.
Public	Cette formation concernerait prioritairement les professionnels des EHPAD. → L’ensemble des professionnels d’un établissement doivent être formés à cette démarche de bientraitance. Compte tenu des niveaux de responsabilité et d’intervention différents, il conviendra de décliner des contenus et des modalités de formation (sensibilisation, formation/action, formation de personnes ressources...) distincts selon les types de personnels formés : cadres de direction, cadres de proximité et professionnels en relation directe avec l’usager (médecins et infirmiers coordonnateurs, aides soignants, AMP)

ANNEXE 15

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Les droits des usagers des établissements sanitaires et médico-sociaux
Contexte	L'action s'inscrit dans le cadre du dispositif : « 2011, année des patients et de leurs droits » y compris dans l'axe relatif à la mobilisation des professionnels de santé en faveur des droits des patients comme dans l'axe visant la dynamisation de la démocratie sanitaire. Différents sondages menés auprès des professionnels de santé comme du grand public montrent une méconnaissance des droits des usagers par les uns et les autres. Il ne s'agit pas de créer de nouveaux droits mais de les faire vivre. Pour ce faire il s'agit pour tous de s'approprier ces droits, le préalable à cela est de connaître ces derniers. Une meilleure connaissance facilitera une lisibilité comme une visibilité des droits des usagers. Les droits seront d'autant mieux respectés, qu'ils seront connus des professionnels et des personnels qui seront en mesure de les appliquer et d'en proposer l'exercice aux usagers qui les ignoreraient.
Objectifs de la formation	Rendre les droits des usagers effectifs au sein des établissements du secteur sanitaire et médico-social. Favoriser l'appropriation de ces droits par les personnels administratifs et les professionnels de santé. Faciliter le respect de ces droits par la meilleure connaissance des dispositifs d'assistance aux usagers dans l'exercice de leurs droits comme (le médiateur des établissements, la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge CRUQPC). Des outils sont mis à la disposition des établissements par la DGOS notamment au travers des guides, fiches pratiques parus dans une collection éditoriale dédiées aux droits des usagers et un support web www.sante.gouv.fr/espace-droitsdesusagers.html .
Eléments du programme	la formation devra porter sur les aspects suivants : -les droits individuels des usagers notamment ceux figurant dans la charte de la personne hospitalisée (à partir du guide et des textes législatifs et réglementaires) ; -les droits collectifs notamment ceux reconnus aux représentants des usagers ; les supports proposés par la DGOS de la collection éditoriale, comme les outils web
Public	Toutes les catégories de professionnels sont concernées y compris les personnels des services clinique, administratif, technique. Il s'agit de développer une culture partagée sur les droits des usagers.

ANNEXE 16

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	La personne de confiance
Contexte	L'action s'inscrit dans le cadre du dispositif : « 2011, année des patients et de leurs droits ». Il s'agit d'un des droits qui semble le plus connu du grand public, en effet 80% des français interrogés savent qu'ils peuvent désigner une personne de confiance chargée de les aider et de les soutenir pendant leur hospitalisation (sondage BVA septembre 2010), mais qui en réalité est l'un des moins bien appréhendé tant par les professionnels de santé, les personnels administratifs que le grand public. Cela ressort des différentes enquêtes menées auprès du grand public que des professionnels de santé comme des observations formulées par le contrôleur général des lieux de privation et de liberté. Cette question est d'autant plus sensible pour les publics particuliers comme les détenus ou les personnes hospitalisées dans les établissements psychiatriques.
Objectifs de la formation	Mieux cerner le rôle de la personne de confiance Appliquer des dispositions relatives à la personne de confiance de manière homogène dans tous les établissements. Tout en insistant sur le rôle de la personne de confiance y compris dans des situations particulières comme pour les personnes détenues ou hospitalisées dans les établissements psychiatriques. Des outils sont mis à la disposition des établissements par la DGOS notamment au travers du guide « élaborer et diffuser le livret d'accueil des personnes hospitalisées »
Eléments du programme	La formation devra porter sur les aspects suivants : -la désignation de la personne de confiance ; -le rôle de la personne de confiance et les limites de son intervention ; -la durée de la désignation de la personne de confiance ;
Public	Toutes les catégories de professionnels sont concernées y compris les personnels des services cliniques, administratifs et techniques. Il s'agit de développer une culture partagée sur les droits des usagers

ANNEXE 17

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Développement d'une approche éthique de la prise de décision en soins palliatifs dans le cadre d'un programme de DPC
Contexte	Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. (Article L1110-9 Code de la santé publique). Pour garantir ce droit, le programme national de développement des soins palliatifs (2008-2012) vise, au delà du développement de l'offre, à diffuser la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels intervenant auprès de personnes en fin de vie. La loi n°2005-370 du 22 avril 2005, dite loi Leonetti, impose aux professionnels de santé de ne pas poursuivre des actes ou traitements qui « apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Elle rappelle également le droit des patients à refuser tout traitement, y compris lorsque ce refus est de nature à engager leur pronostic vital. Cette reconnaissance dans le droit français des décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (qui ne saurait être entendue comme un arrêt de soins) implique la mise en place par les différents offreurs de soins d'organisations destinées à permettre le respect de ce droit et la prise en compte de situations interpellant l'éthique médicale. Le développement des soins palliatifs nécessite par essence une approche transversale des diverses disciplines, des diff en réseaux et coopérations. Ainsi comme le rappelle la circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, la mise en place de formations multidisciplinaires et pluri professionnelles constitue l'un des fondements de la démarche palliative. Or, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) oblige les professionnels de santé à suivre des actions de développement professionnel continue (DPC). Expérimenter un programme de DPC consacrée à : «une approche éthique de la prise de décisions en soins palliatifs » permet d'acculturer les différents professionnels à la démarche palliative et à l'accompagnement quelque soit leur service / lieu d'exercice (court séjour, USLD, établissements médico-sociaux, ...) Une expérimentation de DPC sur cette thématique s'est déroulée fin 2010 en région de Pays de Loire et début 2011 en Bretagne. L'insertion au sein du nouveau référentiel de certification V2010 de la Haute autorité de santé d'un critère « <i>Prise en charge et droits des patients en fin de vie</i> » (13.a) permettra de mesurer le déploiement de la démarche palliative dans les services non spécialisés en soins palliatifs. Les textes de référence sont notamment : - Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à

ANNEXE 17

	l'organisation des soins palliatifs (annexée de référentiels d'organisation des soins relatifs aux unités, équipes mobiles, et lits identifiés de soins palliatifs ainsi qu'aux soins palliatifs en hospitalisation à domicile) - Circulaire DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs - Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements de santé (2004) Référentiel de certification V2010 Critère « pratiques exigibles prioritaires » (PEP) 13 a : « <i>prise en charge et droits des patients en fin de vie</i> »
Objectifs de la formation	Objectifs généraux : • Développer et renforcer l'approche interdisciplinaire et pluridisciplinaire des questions complexes d'ordre éthique dans le domaine de la fin de vie. • Amplifier la diffusion de la culture palliative chez les professionnels de santé et autres intervenants Objectifs spécifiques • Connaître les domaines d'intervention et les typologies professionnelles des différents acteurs de santé intervenant sur une situation donnée ; • Améliorer les connaissances des soins palliatifs, approfondir les connaissances du cadre juridique et législatif (loi Léonetti). • Développer la démarche palliative auprès de l'ensemble des acteurs • Savoir repérer la souffrance des proches • Identifier les priorités de soins exprimés par le malade • Savoir prendre place au sein d'une concertation pluridisciplinaire
Eléments du programme	Le contenu peut être articulé autour du questionnement suivant : « <i>En tant que soignant, comment je me positionne, et avec quelles questions, pour permettre à l'autre d'être reconnu dans son identité, sa personnalité en général et en particulier dans le contexte de maladie grave ?</i> » ➤ Ce questionnement, à travers les méthodes utilisées, devrait permettre l'émergence des fondamentaux philosophiques et éthiques : • Les principes éthiques (principe d'autonomie, de bienfaisance et non malfaisance, justice-équité, futilité-proportionnalité en particulier) ; • Information et recueil du consentement ; • La personne de confiance et les directives anticipées • Les Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) ;

ANNEXE 17

	• La règle du double effet ; • L'obstination déraisonnable et l'euthanasie ; • Le principe de Dignité ; • La démarche décisionnelle et la réflexion d'équipe • La référence au cadre réglementaire (en particulier aux lois Kouchner et Léonetti) et aux principes déontologiques
Public	La formation intéresse les acteurs d'un même territoire de proximité : médecins hospitaliers, médecins libéraux, spécialistes ou généralistes, infirmières libérales ou hospitalières, aides-soignantes, acteurs des SSIAD, pharmaciens d'officines, auxiliaires de vie sociale, psychologues, assistantes sociales...

ANNEXE 18

AXE DE FORMATION 2011	
Intitulé	Formation à la démarche palliative et à l'accompagnement des personnes en fin de vie des personnels des Unités de soins palliatifs (USP), des équipes mobiles en soins palliatifs (EMSP) et des services disposant de lits identifiés en soins palliatifs (LISP).
Contexte	Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. (Article L1110-9 Code de la santé publique). Pour garantir ce droit, le programme national de développement des soins palliatifs (2008-2012) vise, au delà du développement de l'offre, à diffuser la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels intervenant auprès de personnes en fin de vie. Les personnels des Unités de soins palliatifs (USP) doivent avoir reçu une formation de type « approfondissement en soins palliatifs et à l'accompagnement » et les personnels des services disposant de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) doivent bénéficier d'une formation en soins palliatifs et connaître la démarche palliative. Cet objectif qui avait fait l'objet d'un axe de formation en 2009, nécessite d'être réaffirmé lors de la dernière année du programme (2008-2012). La dynamique de formation engagée dans les établissements de la fonction publique hospitalière doit s'articuler avec les dispositifs visant l'amélioration des pratiques professionnelles. Le critère « <i>Prise en charge et droits des patients en fin de vie</i> » (13.a) du manuel de certification V2010 constitue l'un de ces dispositifs. Il permet d'une part de valoriser les actions de formation réalisées et d'autre part de mesurer le déploiement de la démarche palliative dans les services non spécialisés en soins palliatifs. Les textes de référence sont notamment : - Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (annexée de référentiels d'organisation des soins relatifs aux unités, équipes mobiles, et lits identifiés de soins palliatifs ainsi qu'aux soins palliatifs en hospitalisation à domicile) - Circulaire DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs - Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements de santé (2004) - Soins palliatifs, repères pour votre pratique, INPES, 2009.
Objectifs de la formation	Approfondir des connaissances dans le domaine des sciences biomédicales et des sciences humaines, pour développer une approche centrée sur la

ANNEXE 18

	personne en fin de vie, dans son contexte familial, social et culturel. Acquérir des compétences cliniques, thérapeutiques, relationnelles, éthiques pour assurer à la personne soignée, la qualité des soins et la meilleure qualité de vie jusqu'à sa mort et pour favoriser l'implication des participants dans les différents projets de soins palliatifs, tant au domicile qu'en institutions, dans le souci de la pluridisciplinarité et du travail en réseau.
Eléments du programme	- Connaissance des dispositions prévues par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et par la loi dite Léonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. - Connaissance et apprentissage du travail interdisciplinaire
Public	Cette formation concerne conformément aux référentiels précités les personnels des établissements de santé exerçant au sein de services disposant de lits identifiés, au sein des unités de soins palliatifs et des équipes mobiles de soins palliatifs. Catégories d'établissements : Médecine et Chirurgie, SSR, SLD, ex hôpitaux locaux Catégories socioprofessionnelles : médecin, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, assistant social

ANNEXE 19

AXE DE FORMATION 2011	
Intitulé	Formation à la démarche palliative et à l'accompagnement des personnes en fin de vie des personnels confrontés à des situations de fin de vie en dehors des services spécialisés.
Contexte	Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. (Article L1110-9 Code de la santé publique). Pour garantir ce droit, le programme national de développement des soins palliatifs (2008-2012) vise, au delà du développement de l'offre, à diffuser la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels intervenant auprès de personnes en fin de vie. Les personnels des Unités de soins palliatifs (USP) doivent avoir reçu une formation de type « approfondissement en soins palliatifs et à l'accompagnement » et les personnels des services disposant de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) doivent bénéficier d'une formation en soins palliatifs et connaître la démarche palliative. (DIU Soins palliatifs) Toutefois, la formation à la démarche palliative ne doit pas être réservée à ces personnels. L'enjeu essentiel du programme consiste en effet à acculturer les différents professionnels à la démarche palliative et à l'accompagnement quelque soit leur service / lieu d'exercice (court séjour, USLD, établissements médico-sociaux, ...) Cet objectif qui avait fait l'objet d'un axe de formation en 2009, nécessite d'être réaffirmé lors de la dernière année du programme (2008-2012). La dynamique de formation engagée dans les établissements de la fonction publique hospitalière doit s'articuler avec les dispositifs visant l'amélioration des pratiques professionnelles. Le critère « <i>Prise en charge et droits des patients en fin de vie</i> » (13.a) du manuel de certification V2010 constitue l'un de ces dispositifs. Il permet d'une part de valoriser les actions de formation réalisées et d'autre part de mesurer le déploiement de la démarche palliative dans les services non spécialisés en soins palliatifs. Les textes de référence sont notamment : - Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (annexée de référentiels d'organisation des soins relatifs aux unités, équipes mobiles, et lits identifiés de soins palliatifs ainsi qu'aux soins palliatifs en hospitalisation à domicile) - Circulaire DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs - Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements de santé (2004) - Soins palliatifs, repères pour votre pratique, INPES, 2009.

ANNEXE 19

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

ANNEXE 20

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Formation à la gestion prévisionnelle des métiers, des effectifs et des compétences
Contexte	La gestion prévisionnelle des métiers, des effectifs et des compétences, GPMEC, constitue une démarche pluriannuelle, nécessaire et d'envergure, s'inscrivant notamment dans le contexte de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires pour la prise en compte, d'une part des besoins des populations et des territoires en matière de santé, et d'autre part en réponse aux aspirations des personnels et aux préoccupations de leurs organisations représentatives. Elle s'inscrit dans un contexte plus général de mobilité et de parcours professionnels préconisée par la Loi du 3 août 2009 à la suite du rapport d'avril 2008 de JL Silicani, et répond à un objectif de conciliation d'une fonction publique de carrière, avec une logique statutaire collective, et de fonction publique de dynamique personnelle de parcours professionnel, avec la FTLV. Cette démarche de GPMEC s'intègre également dans les objectifs de la loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social, comprenant l'expérimentation de l'entretien professionnel au cours des années 2011, 2012 et 2013 dans la FPH. En 2012, il conviendra de poursuivre la démarche ainsi initiée depuis plusieurs années sous l'égide de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, ONEM FPH, et à laquelle le financement de projets par le FMESPP a donné une impulsion nouvelle. Les récents rapports relatifs aux ressources humaines (« Rapport sur la modernisation de la politique des RH dans les EPS » de M. Yahiel et D. Toupillier, « Quelle formation pour les cadres hospitaliers ? » de M. Yahiel et C. Mounier, ou le « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers ; des pistes pour avancer », de L. Hénart, Y. Berland et D. Cadet) s'inscrivent dans cette même logique de gestion prévisionnelle des RH. L'action régionale sera privilégiée afin de veiller à la mutualisation des moyens consacrés au déploiement de cette démarche GPMEC et au développement des réflexions conduites au niveau des territoires et à l'évolution de l'offre de soins en anticipant, en particulier, les difficultés démographiques à venir (vieillesse des patients et des agents de la FPH).
Objectifs de la formation	Poursuite et développement de la démarche « métiers compétences » déjà initiée, avec un déploiement de la GPMEC, en lien avec les agences régionales de santé, dans l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux.
Eléments du programme	- Appropriation des notions de métiers, de compétences (Savoir-faire déduits des activités, et connaissances associées nécessaires à la mise en œuvre des savoir-faire), de parcours professionnels, - Compréhension des liens entre référentiels de compétences et référentiels de formation et valorisation des compétences dans la

ANNEXE 20

	construction des parcours de professionnalisation des agents de la FPH, - Opérations essentielles à la concrétisation de la démarche métiers (ex : <u>classement des effectifs par métiers</u>, identification de métiers critiques pour un secteur d'activités), - Connaissance des outils à disposition et des méthodes pour les intégrer dans la gestion quotidienne des RH: en matière de recrutement (élaboration des fiches de postes à partir des fiches métiers du répertoire des métiers), de formation, de gestion des compétences, d'évaluation, de mobilité et de parcours professionnels, ainsi que de coopération entre professionnels.
Public	- Personnel d'encadrement et agents des services RH et des services de formation - Personnel des structures ou pôles où une démarche de GPMEC est conduite - Formateurs exerçant en instituts ou écoles de formation

ANNEXE 21

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Amélioration de la performance économique des achats de l'hôpital
Contexte	Cette formation pourra s'inscrire dans le cadre du plan national d'amélioration de la performance des achats hospitaliers qui a été lancé fin 2010 pour une durée de 5 ans. L'objectif étant d'inscrire les achats dans la dynamique de recherche de l'efficacité des établissements de santé au travers : - d'une meilleure expression des besoins - d'une meilleure évaluation de l'achat - d'une optimisation du process achat Le but est d'accompagner les établissements de santé à obtenir des gains sur les achats hospitaliers. Une politique d'achat efficace dégage un gisement de gains économiques important au bénéfice des moyens de l'établissement de santé et donc de la qualité des soins et des conditions de travail. Enfin au sein de chaque établissement un responsable achat doit piloter en transversalité avec l'ensemble des acteurs le processus achat. Ce rôle permet de fédérer les points d'entrées d'achats des différents services acheteurs. Pour se faire ce dernier doit être un professionnel dans l'amélioration de la performance des achats hospitaliers.
Objectifs de la formation	- Acquérir une dimension stratégique de la fonction achats dans les établissements de santé. - Connaître, savoir utiliser les méthodes et outils pour l'optimisation du processus d'achat, la négociation et le suivi.
Eléments du programme	Organisation de la fonction achat - Etapes du processus achat - Technique de négociation - Expression du besoin, prévision et planification - Etude et veille fournisseurs - Appels d'offres - Suivi et évaluation des achats et marchés - Diffusion d'une politique de bon usage
Public	Directeur d'établissement Responsable Achats Acheteur Contrôleur de gestion Directeur des services économiques

ANNEXE 22

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Accompagnement des directions dans la mise en œuvre des délégations de gestion dans les pôles.
Contexte	Les « délégations de gestion » sont définies à l'article R. 6146-8 du code de la santé publique, tel qu'il est issu de la réforme de la loi HPST. Elles sont des attributions en matière de ressources humaines et des délégations de signature afin d'engager des dépenses du pôle, que le directeur accorde aux chefs de pôles de son établissement dans le cadre du contrat de pôle mentionné à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique. Ces délégations de gestion sont un axe majeur de la réforme de la loi HPST. En effet, le pilotage d'établissement induit par cette réforme suppose que soit mis en place un pilotage des pôles, qui s'appuie sur les contrats de pôles mentionnés à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique et conclus entre le directeur et les chefs de pôle et que s'instaure un dialogue de gestion entre la direction au sens large et l'équipe de gestion du pôle (le chef de pôle et ses collaborateurs). La notion de direction comprend les membres du directoire, les membres de l'équipe de direction, les cadres des directions fonctionnelles, qu'il s'agisse de la DAF, de la DRH, de la direction des services économiques, de celle des travaux, entre autres, et ceux des directions déléguées qui assurent un suivi opérationnel des pôles. Dans ce contexte, il est essentiel que les cadres des directions fonctionnelles (ressources humaines, finances, achats) et des directions déléguées (directions référentes des pôles) disposent des outils et méthodes pour mettre en œuvre efficacement les délégations de gestion accordées aux pôles d'activité.
Objectifs de la formation	Développer la capacité d'analyse et de suivi des délégations de gestion des cadres administratifs appartenant aux directions fonctionnelles et aux directions déléguées.
Eléments du programme	- Cadre juridique des délégations de gestion (composantes RH et engagement de dépenses) ; - Cadre d'analyse du pilotage médico-économique fondé sur le pilotage des pôles et la gestion des opérations : appréhender la valeur ajoutée de chacun ; - Sens et intérêt du nouveau positionnement des directions fonctionnelles (= directions métier) par rapport aux pôles ; - Nouer une relation constructive et fructueuse avec les interlocuteurs du pôle (chef de pôle et ses collaborateurs) ; - Articuler la politique de gestion du pôle et celle de l'établissement : savoir déléguer et savoir suivre, savoir calibrer les dépenses à déléguer, gérer des processus ; - Aider à la définition d'outils de reporting.
Public	Des cadres administratifs appartenant aux directions fonctionnelles et aux directions déléguées

ANNEXE 23

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Accompagnement des techniciens hospitaliers issus du corps des agents chefs dans l'évolution de leur carrière, suite à la mise en œuvre de la réforme de la catégorie B.
Contexte	Dans le cadre de la réforme de la catégorie B, certains corps de la fonction publique font l'objet d'une fusion : dans la fonction publique hospitalière, c'est le <i>cas du corps des agents chefs de la filière ouvrière</i> qui, dès le 2^{ème} semestre 2011, constituera avec les techniciens supérieurs hospitaliers de la filière technique, le nouveau corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers. Conformément à leur nouveau statut, les personnels issus du corps des agents chefs (1700 agents environ en effectifs équivalent temps plein), vont devoir exercer des missions de niveau comparable à celle de leurs collègues techniciens issus de la filière technique (4400 agents). Or, précédemment les agents chefs recrutés au niveau du baccalauréat professionnel étaient chargés de la coordination de petites équipes ; les techniciens supérieurs, recrutés au niveau du BTS, exerçaient des missions plus transversales et coordonnaient des secteurs d'activité. Les deux corps exerçaient leurs fonctions dans les mêmes domaines d'activité, avec cependant, des domaines d'expertise plus élevés pour les techniciens supérieurs hospitaliers. Sur le terrain, la prise en charge, par les personnels issus du corps des agents chefs, de missions d'un plus haut niveau de responsabilité, va être progressive. Cependant, il est souhaitable de prévoir un accompagnement de ces professionnels par une action de formation, nécessaire pour que cette réforme soit bien accueillie par les professionnels issus des deux corps, par les équipes et les directions hospitalières.
Objectifs de la formation	Donner aux personnels concernés les outils leur permettant : -de mieux appréhender l'évolution des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux (territoires, coopérations, évolution économique et financière) ; - d'affirmer leur rôle et leur contribution dans cette évolution ; -de faire évoluer leur positionnement au sein de l'établissement d'affectation.
Eléments du programme	• Le technicien hospitalier et l'évolution des établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux (territoires de santé, structures de coopération CHT, GCS, GIP, contractualisation externe et interne, financement). Ces éléments de la formation comprendront des rencontres avec de professionnels des établissements de la FPH et des ARS. • Le technicien hospitalier et son équipe (les essentiels du management ; la communication, la valorisation des équipes et l'entretien professionnel). Ces éléments de la formation comprendront des exercices de mise en situation.

ANNEXE 23

	• Le technicien hospitalier, force de proposition (analyser et suivre les activités de son secteur ; manager un projet ; évaluer son activité). Ces éléments de la formation comprendront des travaux dirigés et la réalisation d'un document projet. Ce programme pourrait être proposé sous forme de 3 modules de 2 jours chacun, réparti sur une durée de 4 à 5 mois au maximum.
Public	Personnels du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers (issus du corps des agents chefs et reclassés dans ce nouveau corps en 2011, en application de la réforme de la catégorie B

ANNEXE 24

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Promotion d'une politique globale de développement durable au sein des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux en lien avec les préconisations de la loi n° 2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement, dite « Grenelle II »
Contexte	« Répondre aux besoins du présent sans compromettre la possibilité pour les générations futures de satisfaire les leurs ». Cette définition du développement durable établie par la Commission mondiale sur l'environnement et le développement en 1987 intègre : - La gestion durable des ressources, - La lutte contre les inégalités et l'exclusion sociale, - La transformation des modes de production et de consommation. Cette définition pour être mise en œuvre opérationnellement inclut des dimensions : - stratégiques, - organisationnelles, - de communication. Ces différents aspects doivent désormais s'intégrer dans une politique globale de développement durable.
Objectifs de la formation	Sensibiliser et former les personnels des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux à la démarche globale de développement durable : des outils individuels et collectifs pour : • améliorer la performance de leur établissement en matière de développement durable • intégrer les enjeux du développement durable dans les pratiques professionnelles
Eléments du programme	• Tronc commun portant sur : - le management éco-responsable - la responsabilité sociale (ou RSE) - ET • Différents modules optionnels :

ANNEXE 24

	- la maîtrise de l'énergie - la qualité écologique de l'eau - la qualité environnementale des constructions - la gestion et la valorisation des déchets - les achats éco-responsables - les transports et la mobilité - la prévention des risques pour l'environnement et la santé
Public	Tout personnel d'encadrement

ANNEXE 25

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Mise en place du nouveau cadre de la comptabilité analytique hospitalière
Contexte	- Besoins des établissements d'analyser les coûts - Nécessité de pallier l'insuffisance de développement des outils de la comptabilité analytique - nécessité d'harmoniser les outils de gestion pour faciliter la mise en œuvre
Objectifs de la formation	- comprendre les enjeux du nouveau cadre de la comptabilité analytique : harmonisation et convergence des méthodes - connaître les étapes clés d'une mise en œuvre réussie, les supports méthodologiques et les pièges à éviter - accompagner les établissements pour une mise en place réussie d'outils de gestion adaptés à leur réalité
Eléments du programme	- Principes de la comptabilité analytique hospitalière - La nécessaire adaptation du système d'information: le cahier des charges - Les règles du découpage analytique : présentation, mise en œuvre - Les procédures nécessaires pour garantir un fichier commun de structure cohérent ; accompagnement à la mise en œuvre - Les affectations du Plan Comptable Simplifié (PCS) - Définition et mise en œuvre du recueil des unités d'œuvre mesurant l'activité - Les principales méthodes de déversement des sections auxiliaires : intérêts comparés, limites, mises en œuvre -
Public	Direction des finances, Direction des systèmes d'information, Contrôleurs de gestion, Direction de l'information médicale, Cadres de pôles
Observations complémentaires	- Cette formation pourra être valablement suivie par des ES faisant état d'un système d'information adaptable aux impératifs du découpage analytique (à faire valider par l'éditeur logiciel au besoin). - Cette formation qui se veut pratique devrait se dérouler suivant le principe de formation action en 2 ou 3 sessions de 1 à 2 jours.

ANNEXE 26

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Le tableau de bord du manager de pôle
Contexte	- La nouvelle gouvernance hospitalière : - Le pôle renforcé par la loi HPST, seule structure des établissements de santé - Une délégation de gestion et une autorité fonctionnelle accrues pour le chef de pôle qui est davantage responsabilisé - Le caractère structurant de la T2A et la forte volonté de la DGOS d'inscrire les établissements dans une logique durable de la Performance - Un système contraint : enveloppes de financement limité, convergence des tarifs, la certification des comptes...
Objectifs de la formation	- Proposer aux responsables de pôles des outils pratiques, simples, - Leur donner les clés d'analyse pour une utilisation des résultats comme levier de la performance du pilotage du pôle.
Eléments du programme	- Définir les objectifs chiffrés du pôle à partir des objectifs stratégiques de l'institution – exemples, cas pratiques, - Le tableau de bord pour maîtriser ses coûts et optimiser son activité; des indicateurs concrets, opérationnels et pertinents - exemples, cas pratiques, retours d'expériences.
Public	Chef de pôle, Contrôleurs de gestion, Direction de l'information médicale, Cadres de pôles, médecins.
Observations complémentaires	Formation action suivant le principe de 2 ou 3 sessions de 1 à 2 jours.

ANNEXE 27

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Mise en œuvre d'un système d'information décisionnel pour outiller le pilotage médico-économique d'un établissement de santé
Contexte	Les différentes réformes mises en œuvre dans les établissements depuis 2002, et notamment la tarification à l'activité, amènent les établissements à mettre en œuvre un pilotage médico-économique permettant aux pôles et à la direction de l'établissement de suivre leur activité, leurs consommations de ressource et prendre les décisions de gestion les mieux adaptées au contexte de l'établissement. La mise en place des tableaux de bord, CREA et autres outils de pilotage s'accompagne nécessairement d'un système d'information performant permettant la production de données fiables et dans un délai court. Par ailleurs, la stratégie hôpital numérique, fixant entre autres les priorités relatives aux systèmes d'information hospitaliers pour la période 2011-2015, cherche à inciter tous les établissements de santé à atteindre un socle minimal sur les 5 domaines prioritaires dont le pilotage médico-économique fait partie. Ainsi, à l'heure où les données de pilotage médico-économique sont les bases du dialogue de gestion, il est important d'apporter aux équipes des systèmes d'information, des affaires financières et du contrôle de gestion les connaissances nécessaires à la mise en œuvre d'un système d'information décisionnel.
Objectifs de la formation	- comprendre les apports d'un système décisionnel dans un établissement de santé - connaître la démarche et les étapes clés de mise en œuvre d'un système d'information décisionnel - disposer d'exemples concrets de tableaux de bord de pilotage médico-économique et disposer des bonnes pratiques
Eléments du programme	1. Présentation du pilotage médico-économique dans un établissement de santé • Les différents outils de pilotage (Comptes de résultats des pôles (CREA), tableaux de bord,...) et leurs spécificités • L'utilisation des outils de pilotage dans le dialogue de gestion 2. La démarche de mise en œuvre d'un système d'informations décisionnel • Les pré-requis : production de soins outillée, découpage de l'établissement etc • Les notions de gestion de projet nécessaires : équipe projet pluridisciplinaire, définition des jalons et objectifs, difficultés à anticiper

ANNEXE 27

	• Les étapes clés de mise en œuvre d'un système d'information décisionnel 3. Exercices et bonnes pratiques • La définition par les stagiaires des outils les plus adaptés dans leur établissement • Les bonnes pratiques de mises en œuvre et d'utilisation d'un SI décisionnel
Public	Cadres dirigeants (directeur d'établissement, directeur aux affaires financières, chefs de pôle) Personnels de la direction des systèmes d'information Personnels de la direction des affaires financières et contrôleur de gestion Personnels du département d'information médicale
Observations complémentaires	La formation pourra s'appuyer sur les travaux menés par la Mission d'expertise et d'audit Hospitalier sur ce domaine

ANNEXE 28

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Le suivi financier de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et du plan global de financement pluriannuel (PGFP)
Contexte	Dans le cadre de la publication de la Loi 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, du décret n° 2010-425 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé et de l'ordonnance de coordination (Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) : - modification de la gouvernance sur les questions financières - attente forte sur les équilibres financiers des établissements - modification du cadre d'analyse : le PGFP devient le document central du suivi financier - modification de la procédure d'approbation des documents par le DGARS - Elargissement des conditions de mise en œuvre du plan de redressement
Objectifs de la formation	- comprendre la construction du PGFP et de l'EPRD - identifier les points clés du PGFP
Eléments du programme	1. Analyser un bilan financier pour évaluer la situation de départ - Capacité d'Autofinancement et liquidités prévisionnelles - fonds de roulement - emprunts en cours et leurs incidences financières 2. EPRD : construction - prévisions d'activité - élaboration de la Capacité d'Autofinancement (CAF) prévisionnelle, du plan de financement prévisionnel - les grands équilibres à respecter 3. PGFP : construction - projection des variables prévisionnelles en perspective pluriannuelle - Respect des équilibres à moyen et long termes : conditions d'équilibre - Elaborer le plan de financement pour les investissements - Trésorerie et besoins en ligne de trésorerie - Analyse des ratios financiers 4. Le suivi infra annuel
Public	Directeur d'établissement Responsable financier Contrôleur de gestion

ANNEXE 29

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Formation au contrôle interne comptable et financier
Contexte	La certification des comptes va contraindre les établissements concernés à engager dès 2011 un travail préparatoire de grande ampleur portant sur la préparation du bilan d'ouverture, le déploiement du contrôle interne comptable, la mise à niveau des systèmes d'information. Le déploiement d'un contrôle interne comptable est également nécessaire indépendamment de l'objectif de certification des comptes et s'inscrit dans la démarche globale d'amélioration de la performance et de maîtrise des risques des établissements. Quel que soit l'objectif poursuivi, le déploiement du contrôle interne comptable doit être échelonné sur plusieurs années, implique un nombre important de personnes dans les directions fonctionnelles, les services de soins, les services informatiques et nécessite une conduite de projet soignée, accompagnée d'une communication interne et d'un management adéquats.
Objectifs de la formation	- Rappel des enjeux de la certification des comptes et des axes de travail préparatoire - Maîtrise des notions de base du contrôle interne et des outils mis à disposition - Les contraintes liées à la traçabilité du contrôle interne : documentation et système d'information - Capacité à effectuer les premiers diagnostics sur le contrôle interne - Capacité à relayer la culture et la formation contrôle interne au sein des établissements
Eléments du programme	- Prérequis éventuel : formation à la préparation de la certification des comptes - Les contraintes nouvelles pour les établissements du fait de la certification des comptes en matière de contrôle interne - Les principes du contrôle interne, les écueils à éviter, articulation avec qualité comptable, la préparation du bilan d'ouverture et les systèmes d'information - Utilisation des outils mis à disposition : cartographies des risques, organigrammes fonctionnels, outils d'autodiagnostic - Elaboration de la documentation attendue du certificateur et recyclage des guides de procédures existants
Public	Directeurs et personnel d'encadrement administratif des établissements publics de santé soumis à certification (environ 140 établissements les plus importants) Contrôleurs de gestion, auditeurs internes Chefs de pôle

ANNEXE 30

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Formation à la préparation du bilan d'ouverture et aux pré-requis de la certification des comptes
Contexte	La certification des comptes va conduire les établissements concernés à engager dès 2011 un travail préparatoire de grande ampleur portant sur la préparation du bilan d'ouverture, le déploiement du contrôle interne comptable, la mise à niveau des systèmes d'information. Ce travail doit être échelonné sur plusieurs années, implique un nombre important de personnes et nécessite une conduite de projet soignée, accompagnée d'une communication interne et d'un management adéquats.
Objectifs de la formation	- Connaissance des enjeux de la certification des comptes - Connaissances des axes de travail de la préparation de la certification des comptes - Capacité à planifier les travaux - Capacité à effectuer les premiers diagnostics - Acquisition si nécessaire des principes de base de la conduite de projet
Eléments du programme	- Déroulement d'une mission de certification des comptes - Le planning du projet de certification des comptes - Les contraintes nouvelles pour les établissements du fait de la certification des comptes - Utilisation des outils mis à disposition : cartographies des risques, organigrammes fonctionnels, outils d'auto-diagnostic - Notions de base sur le contrôle interne - Notions de base sur la conduite de projet
Public	Directeurs et personnel d'encadrement administratif des établissements publics de santé soumis à certification (le périmètre définitif des établissements de santé concernés n'est pas arrêté à ce jour ; à ce stade il est cependant certain que les comptes des 8 CHU les plus importants seront certifiés mais de nombreux établissements sont potentiellement dans la cible et souhaitent se préparer) Chefs de pôle

ANNEXE 31

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Renforcer le développement d'une culture de la prévention des risques professionnels en milieu hospitalier
Contexte	La demande s'inscrit dans le contexte suivant : 1) <u>Accord sur la santé et la sécurité au travail du 20 novembre 2009 qui comprend 15 actions organisées autour de 3 axes :</u> - Le premier axe concerne les instances et acteurs opérationnels. Il prévoit la mise en place d'une fonction d'observation de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique - Le deuxième axe porte sur la prévention des risques professionnels et la définition d'un plan national de lutte contre les risques psychosociaux et la prévention des troubles musculo-squelettiques - Le troisième axe porte sur les dispositifs d'accompagnement des atteintes à la santé, que ce soit par l'amélioration du fonctionnement des instances médicales ou la simplification des procédures de reconnaissance des accidents du travail ou maladies professionnelles 2) <u>Volet n°5 du protocole d'accord du 2 février 2010</u> relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales aux diplômes reconnus dans les LMD par les universités, et à l'intégration des corps de catégorie B de la fonction publique hospitalière dans le nouvel espace statutaire de la catégorie B qui prévoit notamment de mobiliser les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail 3) <u>Deuxième Plan santé au travail 2010-2014</u>, élaboré en concertation avec les partenaires sociaux au sein du Conseil d'Orientation sur les Conditions de travail qui poursuit deux objectifs majeurs : - Diminuer les expositions aux risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles - Développer une politique de prévention active des risques professionnels, comme les risques cancérogènes, les troubles musculo-squelettiques et les risques psychosociaux
Objectifs de la formation	- Mettre en place des actions de sensibilisation et améliorer les activités préventives dans le domaine des risques psycho-sociaux (RPS) prenant en compte tous les facteurs de risques - Appréhender la politique des pouvoirs publics et partenaires sociaux en matière de santé au travail et le rôle joué par le fonds national de prévention (FNP) des risques professionnels géré par la CNRACL, ainsi que les autres acteurs concernés (agences...) : 1) Maîtriser les principales dispositions législatives et réglementaires du code du travail et du code pénal relatives à la santé et à la sécurité au travail ainsi que les dispositions réglementaires relatives

ANNEXE 31

	à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs 2) Connaître le dispositif de sanctions pénales en cas de non-respect par l'employeur de ses obligations en matière de sécurité et de santé au travail - S'approprier une méthodologie pour procéder à l'évaluation des risques professionnels et élaborer un plan de prévention
Eléments du programme	- Maîtriser les éléments importants de législation et de la réglementation applicable (code du travail ; code pénal) ainsi que la jurisprudence - Délivrer des appuis méthodologiques pour l'élaboration d'une politique de prévention des risques professionnels en milieu hospitalier - Acquérir les connaissances pratiques allant de la connaissance du risque à la construction d'une politique de prévention orientée vers l'action, notamment en matière de réalisation du document unique d'évaluation des risques professionnels (DU): préparation de la démarche, recensement et évaluation des risques, élaboration d'un programme d'actions, mise en œuvre des actions, réévaluation des risques suite aux actions réalisées, conseils et apports méthodologiques sur la forme, le contenu, l'accessibilité et l'opérationnalité du DU, ses modalités de remplissage, l'identification du danger, l'analyse du risque, et la mise à jour du (DU), le rôle des acteurs de la prévention - Disposer d'outils opérationnels pour connaître, objectiver et prévenir tout particulièrement les risques psycho-sociaux (identification, repérage, diagnostic, actions à mettre en œuvre et bonnes pratiques), les risques chimiques, mutagènes et toxiques ainsi que les troubles musculo-squelettiques
Public	- responsables des ressources humaines - chefs de pôles - personnels d'encadrement des grandes filières professionnelles de la FPH - médecins du travail - membres des CHSCT

ANNEXE 32

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Formation des personnels des établissements de santé et des établissements médico-sociaux aux gestes et soins d'urgence
Contexte	En cas de situation d'urgence ou de crise sanitaire grave, les personnels des établissements de santé et médico-sociaux devront participer à la prise en charge individuelle des urgences vitales avec efficacité et promptitude. Par ailleurs, le rôle et les missions des professionnels de santé de ces établissements sont inscrits dans la planification des réponses à ces situations graves. Enfin, l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence permet de répondre à des enjeux de santé publique pour la collectivité et participe à la gestion des risques sanitaires.
Objectifs de la formation	Permettre aux personnels des établissements de santé et médico-sociaux : - de se situer et d'agir devant toute situation d'urgence ou de crise sanitaire - de développer les comportements adaptés à toute situation d'urgence nécessitant une prise en charge dans le cadre d'une fenêtre thérapeutique étroite - d'acquérir une culture commune sur les risques collectifs
Eléments du programme	Le contenu de la formation est fixé par l'arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.
Public	Tout personnel des établissements de santé et médico-sociaux non professionnels de santé et tout professionnel de santé médical et paramédical.
Observations complémentaires	Cette action doit être conduite en groupe de 10 à 12 formés et elle doit privilégier l'apprentissage gestuel des soins d'urgence.

ANNEXE 33

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Missions et outils du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
Contexte	L'article L.6111-2 du code de santé publique, dans sa rédaction issue de la loi HPST adoptée le 21 juillet 2009, stipule que les « établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. » Un décret d'application (décret n° 2010-1408 est paru le 12 novembre 2010, relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé) fixe les grandes orientations autour desquelles les établissements doivent s'organiser : développement de la culture de sécurité, mise à disposition d'une expertise en méthodologie de la gestion des risques associés aux soins, élaboration d'un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi, formation, communication. Particulièrement, le décret instaure un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins dans les établissements de santé. Celui-ci « dispose d'une formation adaptée à l'exercice de ses missions » et il est le garant de la cohérence des actions menées par les différents acteurs en matière de lutte contre les événements indésirables. Une circulaire d'accompagnement viendra guider les structures dans la démarche à mettre en place et un guide de la HAS, relatif aux outils de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, est en préparation (l'un et l'autre prévus pour la mi-2011).
Objectifs de la formation	- <u>Expliciter la notion de coordination de la gestion des risques associés aux soins</u> : champ des missions du coordonnateur (périmètre des risques associés aux soins, interfaces avec la gestion des autres risques, création d'une dynamique en faveur de la culture de sécurité des soins, coordonnateur : garant de la cohérences des actions menées en matière de sécurité des soins) - <u>Renforcer l'expertise</u> du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins par un <u>apport méthodologique sur les méthodes et outils</u> de la gestion des risques associés aux soins (Guide des outils de la gestion des risques associés aux soins de la HAS à paraître en 2011) - Accompagner les établissements dans la mise en place du décret 2010-1408 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, c'est-à-dire : accompagner les établissements dans la mise en place d'une organisation sécuritaire anticipatrice ;

ANNEXE 33

	- Inscrire les professionnels dans une dynamique de construction ; contribuer à un positionnement optimal des professionnels en charge de la gestion des risques associés aux soins dans l'établissement (coordination/expertise) ; - Contribuer à résorber les disparités entre les établissements en ce qui concerne la priorité donnée à la sécurité des soins ; faciliter l'évolution, dans tous les établissements, vers une culture centrée sur la sécurité du patient - Homogénéiser les choix méthodologiques de gestion des risques sur les bases les plus efficaces
Eléments du programme	<u>Apports théoriques :</u> - <u>Actualisation des connaissances du contexte de la gestion des risques associés aux soins dans les établissements de santé</u> : enjeux pour le patient, pour l'institution, pour le professionnel ; évolution du contexte législatif et réglementaire ; résultats des études de mesure des événements indésirables graves associés aux soins, contexte international le cas échéant. <u>Apports pratiques :</u> - <u>Focus sur les problématiques propres à la coordination</u> (management, organisation, positionnement, comment créer une dynamique en faveur de la sécurité des soins) - <u>Focus sur l'adéquation entre outils spécifiques et risques associés aux soins à traiter</u>. Pratique d'un ou plusieurs outils (méthode d'analyse des causes des événements indésirables, des pré-accidents ; de gestion <i>a priori</i> des risques, en cohérence avec ceux préconisés par la HAS)....
Public	En priorité : coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, référents professionnels de santé, le cas échéant : « <i>référents</i> » sectoriels, tels que membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène, ou cadres de bloc

ANNEXE 34

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Indicateurs de qualité et sécurité des soins
Contexte	L'enjeu de la qualité est majeur : améliorer la qualité des soins et augmenter la transparence du système de santé tout en offrant de nouveaux moyens de pilotage. La qualité des soins est la première attente des usagers et à la fois celle qui recueille le plus de satisfaction. L'impératif de qualité est présent, porté chez les professionnels qui y voient le sens de leur engagement, porté par les usagers qui revendiquent le bénéfice de ce droit et présent dans les institutions qui insufflent un état d'esprit nouveau en organisant et en encourageant la prise en compte de la qualité. A cet effet la Loi HPST a porté la qualité des soins au centre des missions des établissements de santé et des indicateurs de qualité et sécurité des soins sont rendus opposables aux établissements de santé (décret du 30 décembre 2009 et arrêté du 29 décembre 2010 sur la mise à disposition du public des indicateurs de qualité assortie de sanctions financières). La DGOS a 4 objectifs d'utilisation des indicateurs de qualité, partagés avec la HAS : 1. Fournir aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage et de gestion de la qualité ; 2. Répondre à l'exigence de transparence portée par les usagers; 3. Aider à la décision et pilotage des politiques d'intervention à l'échelon régionale et nationale ; 4. Améliorer l'efficacité de la procédure de certification
Objectifs de la formation	Délivrer une formation spécifique sur les indicateurs de qualité et sécurité des soins rendus opposables aux établissements de santé afin de mieux les appréhender, les comprendre, et de se les approprier dans le but d'amélioration de la qualité et sécurité des soins délivrés aux patients.
Eléments du programme	A l'issue de la formation, le personnel devra être capable : 1. de présenter : • Le contexte dans lequel s'inscrit la démarche • la définition et les objectifs des indicateurs de qualité et sécurité des soins. • le dispositif d'expérimentation des indicateurs (avec les deux équipes de recherche Compahpst et Clarté) • les différents indicateurs (contenu, objectif, résultat attendu, piste d'amélioration) ○ Tableau de bord des infections nosocomiales ○ Indicateurs Qhalhas • les supports de diffusion

ANNEXE 34

	2. de proposer des pistes pour améliorer les indicateurs 3. de s'approprier la démarche au sein de son service
Public	En priorité : professionnels ayant une activité d'encadrement de proximité d'unités cliniques

ANNEXE 35

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Prévention du risque infectieux : précautions complémentaires
Contexte	La circulaire N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013 a défini notamment un axe relatif au renforcement de la prévention du risque infectieux soignants/soignés et un autre relatif à la prévention de la diffusion des bactéries multi résistantes (BMR). Les établissements de santé doivent mettre en place les procédures nécessaires à la prévention de la transmission d'agents pathogènes par voie aérienne ou par les sécrétions oro-trachéo-bronchiques (notamment tuberculose, grippe, rougeole, coqueluche...). L'épidémiologie des bactéries multi résistantes en France est contrastée avec une diminution de certaines de ces BMR et une augmentation franche et problématique pour d'autres. Les établissements de santé ont à leur disposition de nouvelles recommandations (2009) centrées sur les précautions à respecter vis-à-vis des bactéries multi résistantes. Pour les autres types de précautions complémentaires, les recommandations sont en cours d'actualisation.
Objectifs de la formation	• Renforcer la prévention du risque infectieux • Actualiser les connaissances sur les précautions complémentaires • Savoir mettre en place les précautions adaptées aux risques infectieux, à l'agent pathogène et à son mode de transmission
Eléments du programme	1. <u>Formation de sensibilisation</u> Les différents types de précautions complémentaires : contact, air, gouttelettes • Mesures organisationnelles, géographiques, et techniques à mettre en œuvre tout au long du parcours de soins du patient (hospitalisation – transport et services receveurs (radiologie, consultation)) 2. <u>Formation action</u> A partir des éléments ci-dessus, sur la base de situations professionnelles (scenarii), exprimer et élaborer des solutions concrètes adaptées aux types de précautions complémentaires à mettre en place en fonction du micro-organisme, du secteur d'activités.
Public	Tout personnel de santé susceptible d'être en contact avec ce type de patient (unité clinique et medico technique)

ANNEXE 36

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Antibiotiques : formation au bon usage et à la prévention de l'apparition des résistances bactériennes
Contexte	Plan antibiotiques 2011-2016 : afin d'améliorer les modalités de l'utilisation des antibiotiques dans les établissements de santé, des mesures de formation des professionnels de santé sont inscrites dans ce plan. L'objectif est d'aboutir à un usage rationnel des antibiotiques, d'éviter leur prescription lorsqu'elle n'est pas indiquée, et, grâce à ce moindre usage, de lutter contre l'apparition des résistances bactériennes.
Objectifs de la formation	1. améliorer les connaissances des équipes hospitalières sur les antibiotiques et leur utilisation, et sur la prévention de l'apparition des résistances bactériennes 2. faciliter l'interaction entre les différents professionnels de l'hôpital susceptibles d'avoir un rôle sur ces sujets
Eléments du programme	Favoriser la connaissance des sujets suivants : - données épidémiologiques actualisées sur les résistances bactériennes - données actualisées de consommation d'antibiotiques - grands principes du bon usage des antibiotiques - promotion des techniques qui permettent de faciliter le diagnostic des maladies infectieuses, et donc d'éviter la prescription en excès des antibiotiques en cas de maladie virale (TROD, vaccinations...)
Public	Personnels soignants des unités hospitalières, en premier lieu les prescripteurs et notamment les internes, personnel infirmier, pharmaciens hospitaliers
Observations complémentaires	L'implication du référent en antibiothérapie de l'établissement est primordiale dans la mise en œuvre de cette formation.

ANNEXE 37

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Formation à la conduite à tenir autour d'un cas de rougeole en milieu de soins
Contexte	Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale : La France s'est engagée dans une politique d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale, suivant en cela l'initiative de la zone Europe de l'OMS. L'objectif pour la zone Euro est fixé à 2015. Le plan Français a été élaboré en 2005 et les différentes mesures prévues ont été mises en place autant sur le plan de la surveillance épidémiologique (déclaration obligatoire de la maladie, confirmation biologique de la maladie) que des mesures de gestion autour d'un cas pour éviter la diffusion de la maladie. La France connaît depuis fin 2008 une épidémie de rougeole qui touche l'ensemble des départements de la métropole et diffère en cela l'objectif d'élimination. Elle expose ainsi les personnes à risque de complications (enfants de moins d'un an, immunodéprimés, femmes enceintes,...), notamment dans les établissements de soins. Plusieurs épisodes nosocomiaux ont été notifiés depuis 2010. Cette épidémie expose par ailleurs à l'exportation de cas dans des pays ou des zones OMS en voie d'élimination de la rougeole. Les mesures du plan d'élimination ont été déclinées dans une circulaire en 2005, actualisée en 2009. Les mesures de gestion autour d'un cas visant à éviter la diffusion de la maladie en milieu de soins ont autant d'importance en période épidémique qu'à moyen terme, quand la France sera à nouveau en phase de pré-élimination.
Objectifs de la formation	1. Sensibilisation des équipes de soins à la rougeole, sa réémergence depuis 2008, les risques en milieu de soins (épisodes nosocomiaux) et, à terme, à l'objectif d'élimination. 2. Application de la fiche 5 de la circulaire DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés : <u>Conduite à tenir autour d'un cas de rougeole en milieu de soins</u>. (disponible sur sante.gouv.fr, rubrique rougeole)
Eléments du programme	Sensibilisation des personnels de soins aux : - mesures à mettre autour d'un cas de rougeole en milieu de soins afin de limiter la diffusion du virus au sein des établissements hospitaliers, notamment dans les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) et les services accueillant des personnes à risques de formes graves de

ANNEXE 37

	rougeole (pédiatrie, maternité, cancérologie, infectiologie,...), - recommandations vaccinales rougeole telles qu'indiquées dans le calendrier vaccinal en milieu professionnel.
Public	Personnels de soins des établissements de santé (médecins, infirmières), notamment dans les SAU et services de maternité, pédiatrie, ...
Observations complémentaires	Cette formation devrait idéalement s'effectuer en lien avec les services d'infectiologie (ou référents), les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière et la médecine du travail des établissements.

ANNEXE 38

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Prévention des erreurs médicamenteuses
Contexte	Le circuit du médicament est un macro-processus complexe qui le rend potentiellement générateur d'évènements indésirables dont la prévention repose notamment sur la sécurisation du circuit du médicament. La prévention de l'iatrogénie médicamenteuse constitue une priorité de santé publique. L'étude ENEIS fait état de la stabilisation du nombre d'évènements indésirables graves liés au médicament. Certains de ces évènements sont des erreurs de pratique, de prescription, d'administration ou de suivis inadaptés. Les accidents mortels récurrents dus à des erreurs médicamenteuses renforcent la nécessité d'une formation axée sur la prévention des erreurs médicamenteuses dans les établissements de santé. Au-delà de l'évolution réglementaire, la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse évitable repose notamment sur la formation et la sensibilisation de tous les acteurs hospitaliers concernés et sur la sécurisation du circuit du médicament.
Objectifs de la formation	Délivrer une formation spécifique à la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse en milieu hospitalier dans un objectif de sensibilisation du personnel de soins (IDE), des cadres de santé et des préparateurs en pharmacie hospitalière aux risques liés aux erreurs médicamenteuses évitables, afin de mieux les appréhender et les prévenir dans leurs pratiques.
Eléments du programme	1. définition de l'iatrogénie médicamenteuse, de l'erreur médicamenteuse évitable. 2. connaissance des données épidémiologiques, des conséquences cliniques, des circonstances de survenues (facteurs de risque, malades à risque). 3. analyse de dossiers et de cas relatifs à l'iatrogénie médicamenteuse, notamment : les conditions de survenue de la complication, les facteurs l'ayant favorisée, les éléments du diagnostic, les conséquences pour le patient, les moyens de

ANNEXE 38

	prévenir les erreurs, les informations à délivrer au patient. 4. moyens de prévention de la iatrogénie médicamenteuse : renforcement de la formation des acteurs concernés, meilleure information des patients, meilleure organisation des soins par la sécurisation du circuit médicament, éducation des malades sur les médicaments et leurs risques.... 5. sensibilisation aux risques, démarches d'analyses des risques <i>a priori</i> et <i>a posteriori</i> (approche systémique), outils de gestion des risques. 6. information sur les aspects médico-légaux et les impacts économiques de l'iatrogénie médicamenteuse.
Public	Personnels de soins (IDE), cadres de santé et préparateurs en pharmacie hospitalière

ANNEXE 39

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au risque de transmission du VIH et des hépatites dans les établissements de santé
Contexte	La prise en charge rapide des accidents d'exposition (sanguine ou sexuelle) à un risque viral est déterminante pour limiter le risque de transmission de virus tels le VIH ou les hépatites. Elle repose sur le dispositif hospitalier notamment les services des urgences et les services de santé au travail. Les différentes données épidémiologiques ou issues d'enquêtes socio-comportementales montrent que les populations qui pourraient recourir à un traitement post exposition, n'en bénéficient pas toujours en raison notamment du manque de formation des professionnels. Le rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, édition 2010 dirigée par le Pr Patrick Yeni rappelle <u>la nécessité de former les professionnels de santé</u> afin d'assurer un accueil de qualité et une prise en charge optimale. Ainsi que le souligne la circulaire interministérielle DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine, les professionnels de santé sont concernés à plusieurs titres par le risque d'exposition virale car : • ils peuvent être exposés au risque de transmission du VIH, VHC et VHB (chez les non vaccinés) : il est nécessaire de les informer sur les précautions à prendre pour prévenir les accidents exposant au sang (AES) ainsi que du recours possible au traitement post-exposition (TPE) et ses modalités en cas d'exposition au VIH. • ils doivent connaître l'organisation du dispositif pour orienter les personnes en cas de besoin ou les prendre en charge.
Objectifs de la formation	1) Développer et actualiser les connaissances des participants pour optimiser la prise en charge de la personne : • connaître les modes de transmission de l'infection par le VIH et des hépatites • pouvoir informer et orienter la personne exposée • connaître l'ensemble des procédures à mettre en œuvre dans le cas d'un accident d'exposition au VIH, VHB et VHC • être capable d'organiser la prise en charge des accidents d'exposition aux virus dans le cadre professionnel et non professionnel afin d'optimiser le délai de prescription • poser l'indication d'un traitement post-exposition (TPE) après évaluation du risque de transmission • définir les modalités de prescription du TPE et le choix du traitement en fonction du terrain (mineur...), du contexte (agression sexuelle), du partenaire (personne séropositive sous traitement...) • permettre la prise en charge du TPE dans le cadre d'un accident du travail.

ANNEXE 39

	2) Développer les échanges autour des actions de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) dans les établissements en instaurant une dynamique de réseau pour jouer un rôle moteur dans la politique de prévention des AES dans leurs établissements notamment en : • contribuant au choix et à l'expertise des matériels de sécurité • contribuant à la veille des accidents d'expositions professionnelles • participant à la rédaction et la diffusion de procédures d'information et de prise en charge des accidents d'exposition à un risque viral
Eléments du programme	Données épidémiologiques Organisation sanitaire en matière de lutte contre le VIH et les hépatites : associations des malades et des usagers du système de santé, établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, les COREVIH, les pôles de références hépatites, agences sanitaires, ministère de la santé Législation de la médecine du travail Dispositif de prise en charge : recommandations en vigueur : traitements, suivi, surveillance, sérologie, effets indésirables, connaissance des supports d'information (Inpes, Sida info services, Crips, ...) Règles d'hygiène Matériel de prévention des AES
Public	Professionnels de santé exerçant en établissement de santé notamment les personnels des services d'urgences, des services de maladies infectieuses, de médecine interne, des UCSA, de radiologie, les médecins du travail, les personnels exerçant en laboratoire de biologie médicale, les pharmaciens. Les personnels des centres de dépistage anonyme et gratuit, des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles et des centres de planification familiale.
Observations complémentaires	La circulaire interministérielle DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine demande à ce que des formations de ce type soient assurées afin d'améliorer le dispositif existant. Cela accompagne l'action « instructions aux établissements de santé pour rappeler les mesures à prendre en cas d'accidents d'exposition au sang » (1-4-1) du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.

ANNEXE 40

AXE 2012	
Intitulé	Promotion des bonnes pratiques chez les professionnels de santé dans le domaine de la télémédecine
Contexte	L'introduction de l'article 78 consacré à la télémédecine dans la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a pour objectif de fédérer les différents acteurs afin de coordonner les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social) pour une prise en charge optimale du patient quelle que soit sa localisation et son besoin de santé. Un tel déploiement exige de mener une véritable conduite du changement au niveau local après s'être approprié l'exercice de la télémédecine dans les dispositifs juridiques et organisationnels relatifs notamment aux nouvelles coopérations entre professionnels de santé. La définition, les conditions de mise en œuvre et l'organisation de la télémédecine contenues dans le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 promeuvent un mode spécifique d'exercice à distance et/ou partagé qui interroge notamment sur la modification des pratiques médicales et professionnelles et également sur l'organisation de nouveaux modes d'exercice. Ces changements liés à la diffusion de la télémédecine nécessitent donc que soient identifiés, en terme d'impact sur les pratiques professionnelles les freins et les leviers d'action. Dans le cadre de la formation continue, l'apprentissage des acteurs de ce nouveau mode d'exercice sera fondamental. Enfin, il n'est pas à négliger que la télémédecine peut être également un vecteur privilégié de coopération entre professionnels de santé et ouvrir le champ à des protocoles de coopérations locaux ou nationaux
Objectifs de la formation	• Connaître les enjeux et les conséquences introduits par la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine • Connaître le cadre déontologique et juridique des responsabilités engagées au cours des actes • Identifier les impacts sur l'exercice médical et sur les activités entre professionnels de santé (médicaux et non médicaux) • Accompagner les professionnels de santé dans la mise en œuvre de ce déploiement de la télémédecine et notamment sur un exercice partagé des actes médicaux (rôle des acteurs, compétences nécessaires, modes de communication et de transmission, partage d'un système d'information...) • Identifier les situations de mise en œuvre de pratiques de télémédecine favorisant des protocoles de coopérations entre professionnels • Appréhender les modalités d'une « relation thérapeutique » différente de la relation thérapeutique traditionnelle entre un médecin ou un professionnel de santé et un patient

ANNEXE 40

Eléments du programme	• Connaissances du cadre juridique de la télémédecine • Connaissance de l'organisation de l'activité de télémédecine • La relation thérapeutique en télémédecine • Questionnement sur l'acte médical tel qu'il est traditionnellement conçu, sur les modes légaux de prescription, et les changements induits par l'activité de télémédecine, sur la notion de secret médical, sur la capacité à maîtriser dans l'exercice de sa profession, les technologies mises en œuvre (et leurs limites) et de faire appel en cas de besoin à des tiers compétents dans l'utilisation des technologies les mieux adaptées à la situation
Public	Tout professionnel de santé qui souhaite s'inscrire dans le déploiement des actes de télémédecine

ANNEXE 41

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Informatisation du circuit du médicament
Contexte	En tant que levier pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés en établissement de santé, les systèmes d'information de production de soins s'imposent de plus en plus dans la pratique quotidienne des professionnels de santé. L'utilisation de ces nouvelles technologies permet la dématérialisation de l'information médicale et facilite ainsi le partage entre professionnels de santé d'informations nécessaires à la prise en charge du patient. Les plans nationaux d'investissements (hôpital 2007 puis hôpital 2012) ainsi que la réglementation relative à la qualité et à la sécurité des soins (contrat de bon usage du médicament en particulier) conduisent les établissements à informatiser le circuit du médicament. Par ailleurs, la stratégie hôpital numérique, fixant entre autres les priorités relatives aux systèmes d'information hospitaliers pour la période 2011-2015, cherche à inciter tous les établissements de santé à atteindre un socle minimal sur les 5 domaines prioritaires dont la prescription informatisée fait partie. Or, l'informatisation du circuit du médicament est un projet complexe qui doit être mené en concertation avec les différents acteurs : corps médical, soignants, pharmaciens et personnels des systèmes d'information. La structuration du projet en phases et jalons clés est nécessaire à sa réussite.
Objectifs de la formation	• Comprendre les pré-requis à l'informatisation du circuit du médicament • Connaître la démarche et les étapes clés de mise en œuvre du projet • Savoir écrire le cahier des charges relatif à cette informatisation
Eléments du programme	1. Les grands principes de l'informatisation du circuit du médicament • Contexte réglementaire (Contrat de Bon Usage (CBU), traçabilité...) • Les gains liés à l'informatisation • L'adaptation de l'organisation de l'établissement en fonction du circuit choisi (exemple : la dispensation journalière individuelle nominative et son impact sur l'organisation de la pharmacie) 2. La démarche de mise en œuvre du circuit du médicament • Les pré-requis (fiches produit, référentiels...) • Les notions de gestion de projet nécessaires : équipe projet pluridisciplinaire, définition des jalons et objectifs, difficultés à anticiper, gestion des risques • Les étapes clés de mise en œuvre

ANNEXE 41

	3. La rédaction du cahier des charges • La méthodologie d'élaboration du cahier des charges, le plan type du cahier des charges • La définition des critères de sélection de l'éditeur
Public	Personnels de la direction des systèmes d'information, personnels de la pharmacie, personnels médicaux et soignants

ANNEXE 42

AXE DE FORMATION 2012	
Intitulé	Déclinaison du projet d'établissement sur le volet systèmes d'information : le schéma directeur
Contexte	Les systèmes d'information s'imposent de plus en plus dans la pratique quotidienne des professionnels de santé et sont désormais un enjeu stratégique pour les établissements, nécessaire au pilotage de l'établissement. Le schéma directeur des systèmes d'information constitue la déclinaison du projet d'établissement sur le volet systèmes d'information et doit être élaboré en tenant compte des priorités de l'établissement, de l'existant en termes de Systèmes d'information (SI) et des priorités régionales.
Objectifs de la formation	• Comprendre les enjeux liés à l'élaboration d'un schéma directeur des SI • Savoir définir un SI cible et la trajectoire à mettre en œuvre pour l'atteindre sur la durée du schéma directeur • Connaître les grandes étapes d'élaboration d'un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI)
Eléments du programme	1. Les enjeux du SDSI • La mise en œuvre du projet d'établissement • L'insertion dans le SDSI régional • La définition des projets à mener dans les 5 prochaines années 2. Les étapes clés de l'élaboration du SDSI • L'analyse de l'existant : cartographie fonctionnelle et applicative, entretiens avec les professionnels de santé • Le recueil des besoins et la définition des projets à mettre en œuvre • La priorisation des projets • La cartographie cible, la définition des jalons et de la trajectoire 3. Les bonnes pratiques • Une réflexion en concertation avec les parties prenantes de l'établissement • Le contenu du SDSI
Public	Personnels de la direction des systèmes d'information

ANNEXE 43

AFN 2012	
Intitulé	Prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes fragilisées ou dépendantes
Contexte	Les affections bucco-dentaires, généralement considérées comme bénignes chez les personnes en bon état général, ont souvent un retentissement majeur sur la santé et la qualité de vie des personnes fragilisées ou dépendantes, telles que les personnes en situation de handicap, les personnes âgées dépendantes, les patients hospitalisés pendant une longue durée ou atteints de maladies chroniques (cardiopathies, immunodépression, diabète, etc.). En effet, un mauvais état bucco-dentaire accroît considérablement les risques de survenue ou d'aggravation d'infections (respiratoires notamment), de troubles cardiaques, de dénutrition. En outre, il est souvent un facteur de douleur et peut aussi contribuer à une dégradation de l'image et de l'estime de soi. Plusieurs études ont montré que la santé bucco-dentaire de ces populations vulnérables est, dans l'ensemble, mauvaise et faiblement prise en compte par notre système de santé : les besoins en la matière sont importants non seulement en termes de soins mais aussi et surtout du point de vue de l'hygiène bucco-dentaire qui est peu intégrée dans la pratique des soignants comme dans leur formation.
Objectifs de la formation	Assurer la prise en charge quotidienne de la santé bucco-dentaire des personnes fragilisées ou en situation de dépendance : - connaître et maîtriser les techniques d'hygiène bucco-dentaire de manière à assurer une prise en charge conforme aux bonnes pratiques. - identifier les besoins spécifiques en hygiène bucco-dentaire (handicap, dépendance, troubles cognitifs, maladies chroniques, soins palliatifs...).
Eléments du programme	Partie théorique : - anatomie et physiologie de la cavité buccale - principales pathologies infectieuses bucco-dentaires et leurs conséquences - effets du vieillissement - moyens de prévention des pathologies bucco-dentaires (techniques, méthodes et protocoles d'hygiène...) - approche comportementale Partie pratique : - démonstration des techniques d'hygiène bucco-dentaires - ateliers d'hygiène bucco-dentaire avec mise en situation clinique des participants

ANNEXE 43

Public	<u>Public prioritaire</u> : cadres de santé, Infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale • services de Gériatrie, unités de soins de longue durée (USLD), services de soins de suite et de réadaptation (SSR), santé mentale, unités de soins palliatifs, services accueillant des patients à risques : cardiologie, cancérologie, réanimation, etc... Les Médecins exerçant dans les structures de soins concernées peuvent également suivre cette formation.
---------------	--

ANNEXE 44

AFN 2012	
Intitulé	Préparation par chaque agent de son entretien professionnel annuel
Contexte	L'expérimentation de l'entretien professionnel dans la Fonction Publique Hospitalière (de 2011 à 2013) est prévue par l'article 65-1 de la loi du 9 janvier 1986. Le décret du 29 septembre 2010 en fixe les modalités. Le modèle de compte rendu de l'entretien professionnel est publié en annexe de l'arrêté du 29 septembre 2010. L'entretien professionnel, conduit par le supérieur hiérarchique direct, vise à faire l'évaluation annuelle des compétences (en lien avec les savoirs faire requis du métier et du poste) et des résultats atteints (en lien avec les objectifs acceptés à l'année N-1) à l'année N. La préparation par l'agent de son évaluation (auto-évaluation) en amont de celle-ci, permet d'envisager l'entretien professionnel comme un temps de dialogue et d'échange au service du développement continu des compétences (entretien de formation) et dans la perspective de parcours professionnels accompagnés (gestion prévisionnelle des métiers et compétences).
Objectifs de la formation	- Situer l'entretien professionnel dans un dynamique métier et compétences - Exposer au supérieur hiérarchique direct son autoévaluation - Formuler et argumenter des besoins (de formation, de parcours professionnel) - Appréhender la notion d'objectifs professionnels et de résultats attendus
Eléments du programme	- Représentations vis-à-vis de l'entretien professionnel - Connaissances : du répertoire métier de la fonction publique hospitalière, des fiches métiers, de la fiche de poste - Principes de l'autoévaluation - Connaître et mobiliser les supports à l'autoévaluation - Construction de l'exposé du bilan de l'autoévaluation - Apprendre à exprimer des besoins (de formation, d'accompagnement) en regard d'un parcours professionnel (d'un poste, d'une mission) - Comprendre la formulation d'objectifs et d'indicateurs de résultats
Public	Tous les agents concernés par l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière

ANNEXE 44

Observations éventuelles complémentaires	Cette action nationale, à destination des évalués, s'inscrit en parallèle de l'action nationale « conduite d'entretien professionnel » à destination des évaluateurs. Elle permet aux agents d'anticiper et de préparer l'entretien professionnel à partir d'outils et de supports construits. Elle permet d'initier, dans le cadre de l'expérimentation, une évolution de la perception de l'évaluation annuelle, passant d'une évaluation-notation à une évaluation reconnaissance de la valeur professionnelle. Reconnaitre à l'agent sa valeur professionnelle (en fonction du métier, du poste et du contexte) inscrit la gestion des ressources humaines dans un dynamique métier et compétences en accord avec la notion d'amélioration continue de l'offre de soins.
---	--

ANNEXE 45

AFN 2012	
Intitulé	Formation à la fiabilisation du bilan et aux impératifs documentaires de la certification des comptes
Contexte	La fiabilité des comptes et le principe d'image fidèle inscrits dans la Constitution constitue un enjeu prioritaire pour l'ensemble des établissements publics de santé. Pour certains d'entre eux, cet objectif se confond avec celui de la certification des comptes. Dans tous les cas, la démarche est identique : les établissements publics de santé doivent engager dès 2011 un travail préparatoire de grande ampleur portant sur la fiabilisation de leur bilan, le déploiement du contrôle interne comptable, la mise à niveau des systèmes d'information. Ce travail doit être échelonné sur plusieurs années, implique un nombre important de personnes et nécessite une conduite de projet soignée, accompagnée d'une communication interne et d'un management adéquats.
Objectifs de la formation	- Rappel des enjeux de la fiabilité du bilan et de la certification des comptes et des axes de travail préparatoire - Maîtrise des impacts sur la production des comptes - Maîtrise des impacts sur la tenue de la comptabilité : corrections d'erreurs, articulation avec le contrôle interne comptable, documentation à constituer - Capacité à effectuer les premiers diagnostics sur la qualité comptable - Etre en mesure d'appréhender la totalité des travaux, de les planifier et d'animer les équipes concernées
Eléments du programme	- Pré- requis éventuels : formation à la préparation de la certification des comptes, contrôle interne comptable - Les expériences tirées de la certification des comptes d'autres entités publiques et des contrôles des chambres régionales des comptes - Les contraintes nouvelles pour les établissements du fait de la certification des comptes en matière de tenue et de production des comptes, de constitution des dossiers à destination du certificateur - Articulation entre la préparation du bilan d'ouverture et le déploiement du contrôle interne comptable - Evolutions de la réglementation comptable
Public	Directeurs et personnel d'encadrement administratif des établissements publics de santé potentiellement soumis à terme à la certification de leurs comptes, services financiers et gestionnaires Contrôleurs de gestion, auditeurs internes

ANNEXE 46

AFN 2012	
Intitulé	Diagnostic précoce des personnes à risque suicidaire élevé et prise en charge des personnes ayant réalisé une tentative de suicide
Contexte	On estime en effet que près de la moitié des suicidés avaient déjà réalisé une ou plusieurs tentatives de suicide (TS) avant leur décès et que par ailleurs 10 à 15 % des suicidants décèdent finalement par suicide. La prise en charge des patients suicidants occupe une place centrale dans tous les programmes de prévention du suicide qui s'appuient sur diverses recommandations. Le principal objectif de ces programmes de prise en charge des suicidants est de réduire le risque de récurrence suicidaire. Pour aider les soignants à repérer les personnes à risque et à améliorer la prise en charge afin d'éviter les récurrences, il est important que des actions de formation continue sur ces thématiques soient développées.
Objectifs de la formation	- Permettre un diagnostic précoce des personnes à risque suicidaire élevé - Améliorer la prise en charge des personnes ayant réalisé une tentative de suicide afin de réduire ainsi le risque de récurrence
Eléments du programme	1. Les personnes à risque élevé : - connaissances théoriques générales : identifier les facteurs de risque et de protection, repérer une crise suicidaire sous ses différentes formes et à ses différents stades, évaluer l'urgence et la dangerosité suicidaire. - connaissances pratiques : conduire une entrevue pour aborder la souffrance de la personne en crise, intervenir, alerter et orienter selon le degré d'urgence et de dangerosité, étudier les possibilités de mise en place d'un suivi multidisciplinaire pour une prise en charge intégrée. 2. Les personnes ayant réalisé une tentative de suicide : - connaissances théoriques générales : évaluation médico-psycho-sociale, facteurs pronostic (comorbidités psychiatriques et sociales notamment), approches populationnelles spécifiques (adolescents, personnes âgées, ...) - connaissances pratiques : 1) comment mettre en place un lien afin d'assurer la continuité de la prise en charge 2) quelle attitude adopter ? 3) comment et où orienter précocement comment mettre en place un suivi multidisciplinaire pour une prise en charge intégrée ?

ANNEXE 46

Public	Tous les personnels (soignants en priorité et adaptation pour les non soignants)- Personnels des services de médecine d'urgence prioritairement. Toutes les catégories d'établissements (sanitaires et médico-sociaux)
---------------	--

ANNEXE 47

AFN 2012	
Intitulé	Responsabilité liée à l'informatisation de la production de soins : impacts sur le secret médical et la confidentialité des données de santé
Contexte	L'action s'inscrit dans le cadre du dispositif : « 2011, année des patients et de leurs droits » y compris dans les axes relatifs d'une part à la mobilisation des professionnels de santé en faveur des droits des patients et d'autre part à la conciliation des droits avec les innovations technologiques et les nouvelles organisations de soins. Un récent sondage mené auprès des professionnels de santé montre que le secret médical est un droit reconnu par ces derniers au bénéfice des patients mais que ce droit est difficile à mettre en œuvre (sondage TNS sofrès février 2011). Les nouvelles organisations de soins mettant en relation la ville et l'hôpital comme l'hospitalisation à domicile, les maisons et pôles de santé, la télémédecine, la chirurgie ambulatoire, les coopérations entre professionnels de santé, etc..., réinterrogent la question du respect du secret médical surtout dans le cadre d'un partage d'informations de santé. Notamment avec le déploiement du dossier médical personnel. (DMP) Par ailleurs, la stratégie hôpital numérique, qui fixe entre autre les priorités relatives aux systèmes d'information hospitalier pour la période 2011-2015, incite tous les établissements de santé à atteindre un socle minimal sur 5 domaines prioritaires dont le dossier patient informatisé. Le renforcement de la place des systèmes d'information hospitaliers dans la production de soins impose de sensibiliser : les cadres dirigeants (directeurs d'établissements, directeur de soins), le personnel médical et soignant comme les personnels informatiques aux contraintes réglementaires qui régissent la mise en œuvre et l'utilisation du dossier hospitalier informatisé et qui par ailleurs ont un impact sur leur responsabilité et celle de l'établissement.
Objectifs de la formation	Rendre effectif le droit au secret médical et plus généralement à la confidentialité des informations tout en prenant en compte les difficultés organisationnelles du respect de ces derniers. Rappeler qu'il s'agit d'un droit fondamental. Organiser son respect permet de garantir la qualité du système de santé et de remettre le patient au centre de la relation médicale. Sensibiliser les acteurs aux impacts de l'informatisation de la production de soins sur leur responsabilité.
Eléments du programme	La formation devra porter sur les aspects suivants : -rappel du droit fondamental (déontologie, aspects juridiques,...) ; -l'information du patient et le recueil de son consentement pour le partage de l'information ; -articulation de ce droit avec les nouvelles organisations (réseaux ville-hôpital, nouvelles formes d'exercice médical), et les nouvelles technologies (télésanté...) -finalité du dossier hospitalier informatisé, son organisation et sa tenue ;

ANNEXE 47

	-les modalités garantissant la sécurité informatique ; -les principes de la responsabilité et préciser les particularismes liés aux technologies de l'information et de la communication ; -les instances en charge de la garantie du respect de la protection des données médicales.
Public	Toutes les catégories sont concernées. Il s'agit d'une formation s'adressant à un public pluridisciplinaire. Avec comme priorité de s'adresser aux équipes médicales, soignantes et administratives y compris les personnels des services informatiques des établissements
Observations complémentaires	La formation doit s'adapter aux publics concernés. Un rappel du cadre théorique doit être fait mais il est nécessaire d'insister sur l'aspect opérationnel et les risques d'engagement de la responsabilité des acteurs en cas de non respect de leurs obligations qui sont le corollaire des droits des patients.