

I. Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 01

I/ Intitulé de l'orientation
Promotion des comportements favorables à la santé, incluant l'alimentation saine et l'activité physique régulière
II/ Contexte et enjeux
La promotion des comportements favorables à la santé incluant l'alimentation saine et l'activité physique régulière vise principalement à lutter contre l'obésité et la dénutrition. C'est aussi un élément de lutte efficace contre les maladies cardiovasculaires, les cancers, d'autres maladies chroniques, dont les affections de longue durée à travers par exemple l'activité physique adaptée. L'obésité est une question de santé publique pour deux raisons majeures : sa fréquence et son coût. En France, chez l'adulte, la prévalence de l'obésité est estimée à 17% et l'excès de poids concerne près de la moitié de la population. Chez les enfants de 6 à 17 ans, la prévalence du surpoids est estimée à 17%, dont 4% d'obèses. Le coût social de la surcharge pondérale est très élevé. Il avoisine les 20 milliards d'euros (1% du Produit Intérieur Brut) sur l'année 2012, selon la Direction Générale du Trésor, qui note, en 2016, que les mesures pertinentes mises en place sont encore insuffisantes face aux risques sanitaires encourus. En France, en 2018, on estimerait à 2 millions le nombre d'individus souffrant de dénutrition, pathologie fréquente en milieu hospitalier (évaluée de 40 à 60 % selon les services) et en institutions (estimée à 27%) chez les personnes âgées. La prévalence de la dénutrition augmente avec l'âge. Elle contribue à la morbidité. Les résultats de l'étude Esteban mettent aussi en lumière des niveaux d'activité physique encore faibles et une sédentarité élevée chez les adultes et les enfants résidant en France métropolitaine en 2015, ainsi qu'une dégradation quasi-générale de ces indicateurs au cours des 10 dernières années. Les enjeux de santé publique relatifs à l'obésité et à la dénutrition sont nombreux et concernent la formation de l'ensemble des professionnels de santé ; ce sont principalement : - La promotion de la santé, d'une alimentation saine, d'une activité physique régulière et de la limitation de la sédentarité, et ce dès l'enfance ; - La prévention primaire de l'obésité, de la dénutrition et le dépistage de leurs signes précoces ; - La lutte contre la stigmatisation, partout ; - La sensibilisation de la population à la problématique de l'obésité et de la dénutrition ; - La nécessité d'une parole de référence forte sur ce sujet sociétal qu'est l'obésité ; - L'information et la formation des professionnels de santé ; - Le renforcement de la place et de la parole des patients ; - La prise en compte de la vulnérabilité sociale et la lutte contre les inégalités territoriales et sociales.

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019. Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Par ailleurs, les bénéfices de l'activité physique en prévention secondaire ou tertiaire chez les patients atteints de pathologies chroniques sont démontrés par de nombreuses études de bonne qualité, dont l'expertise collective de l'INSERM « Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques », publiée le 14 février 2019.

Enfin, à la suite de l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé, les médecins traitants peuvent prescrire à leurs patients, atteints d'une affection de longue durée, une activité physique adaptée à leur pathologie, à leurs capacités physiques et à leur risque médical.

En outre, la promotion de la santé fait l'objet actuellement d'un portage politique fort : au sein de la stratégie nationale de santé et du plan national de santé publique, elle apparaît comme un axe autonome.

Dans ce cadre, le service sanitaire engage, depuis la rentrée de septembre 2018, les étudiants en santé dans des actions de prévention : il est essentiel que les professionnels qu'ils rencontrent dans leurs lieux de stage soient formés aux mêmes fondamentaux de la prévention et de la promotion de la santé.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

Ce thème s'inscrit :

- dans plusieurs chapitres de la Stratégie Nationale de Santé 2018 – 2022 : I A Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière ; I C Développer une politique de repérage, de dépistage, et de prise en charge précoces des pathologies chroniques ; II A Accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables ou qui en sont éloignées ; IV B Réaffirmer le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et associer les citoyens à la gouvernance du système de santé ; V Améliorer le repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant – Développer dès le plus jeune âge l'éducation pour la santé et les compétences psychosociales.
- dans le Plan national de santé publique, aux différents âges de la vie, plan présenté par le Premier ministre au printemps 2018 ;
- dans le Programme national nutrition santé (PNNS4) ;
- dans la Stratégie nationale sport santé.

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

Les objectifs consistent en une amélioration des points suivants :

- Intégration de la dimension prévention de la santé dans la pratique des professionnels,
- Sensibilisation au concept de promotion de la santé,
- Acquisition d'un savoir-faire, relatif aux compétences psycho-sociales de l'utilisateur,
- Détection des environnements défavorables à la promotion de la santé de l'utilisateur,
- Repérage des facteurs de risque de pathologies en lien avec la nutrition,
- Facilitation des parcours de soins,
- Lutte contre les inégalités territoriales et sociales,
- Développement de l'éducation thérapeutique de proximité et de recours.

V/ Périmètre – Eléments de programme

L'amélioration des pratiques des professionnels de santé s'appuiera sur un large périmètre :

- Eléments contextuels,
- Principales causes de l'obésité et de la dénutrition,
- Repérage des événements de vie pouvant être associés à une prise ou une perte de poids,
- Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et de cancers,
- Intérêt de l'activité physique adaptée pour les patients atteints de maladies chroniques,
- Détection des situations spécifiques de vulnérabilité,
- Fondamentaux de la promotion de la santé,
- Travail sur les représentations de la santé et de ses déterminants individuels, socio-environnementaux et économiques,
- Bases de l'entretien motivationnel,
- Mise en situation dans des contextes spécifiques et analyses de la pratique,
- Importance d'une prise en charge adaptée et pluri professionnelle, confortant le rôle et la place des usagers, et renforçant l'intelligibilité des messages échangés,
- Connaissance des référentiels de bonnes pratiques.

Les sessions seront interdisciplinaires et interprofessionnelles pour créer une culture commune et une dynamique transversale. La problématique de l'obésité et de la dénutrition est sociétale ; elle nécessite d'être mieux comprise de l'ensemble des acteurs, au premier rang desquels les professionnels de santé, afin d'en déjouer les déterminants. Les patients atteints d'autres pathologies, comme les maladies cardiovasculaires, le cancer ou d'autres maladies chroniques voient se développer, pour leur plus grand bénéfice, des conseils pratiques pour renforcer une activité physique adaptée à leurs besoins.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 02

I/ Intitulé de l'orientation Promotion de la santé sexuelle
II/ Contexte et enjeux De nombreux indicateurs liés à la santé sexuelle sont peu satisfaisants et démontrent que les approches centrées sur l'individu et les pathologies ont atteint leurs limites d'efficacité (un tiers des grossesses reste non prévu et aboutit 6 fois sur 10 à une IVG, les IST sont en recrudescence et touchent plus spécifiquement les jeunes...) Pour améliorer la prise en charge des personnes dans le domaine de la sexualité, il est essentiel de fournir aux professionnels de santé en exercice et en formation, notamment ceux de premier recours, un socle commun de connaissances scientifiques, de compétences psycho-sociales et juridiques sur ces sujets, ainsi que sur les caractéristiques et les besoins spécifiques des populations les plus vulnérables ou les plus exposées. La santé sexuelle est une matière récente et inconnue des professionnels de santé qui regroupe plusieurs thématiques dans différentes matières : gynécologie obstétrique, urologie, vénérologie, infectiologie, gynécologie médicale, endocrinologie, psychiatrie et santé publique. Les référentiels actuels n'intègrent pas l'approche positive de la santé sexuelle ni les freins et leviers pour mobiliser les comportements sexuels des individus pour un bien être en santé sexuelle. L'approche inclusive de la santé sexuelle associant des disciplines telles que l'éducation, la psychologie, la médecine, la chirurgie, la santé publique, la sociologie et le droit est nécessaire, ainsi que l'approche transdisciplinaire permettant de comprendre les interventions chaque professionnel et leurs interactions. L'enjeu est également de les former à communiquer de façon efficace sur ces sujets, avec empathie et sans jugement.
III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant) La stratégie nationale de santé comporte notamment dans son axe 1 : « Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie » un objectif « Promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité ». Le plan national de santé publique « priorité prévention » et la feuille de route à trois ans de la stratégie nationale de santé sexuelle ont fait de la prévention et de la promotion dans le domaine de la santé sexuelle des enjeux majeurs dans une approche populationnelle tout au long de la vie. La stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, en particulier avec ses objectifs 1 « Promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité » ; 2 « Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales: prévention, dépistage, prise en charge » ; 3 Améliorer la santé reproductive. La stratégie nationale de santé sexuelle propose une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive, qui vise à garantir à chacun une vie sexuelle autonome, satisfaisante et sans danger, ainsi que le respect de ses droits en la matière, mais aussi à éliminer les épidémies d'IST et à éradiquer l'épidémie du sida d'ici 2030

La feuille de route santé sexuelle 2018-2020 inclue les actions de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle d'ici 2020. Dans **son premier axe** : Améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle elle a inscrit comme action **n°2 : Former les professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire.**

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des pratiques, des processus ou des résultats de soins

L'objectif est autant de permettre à ces professionnels de disposer d'un socle commun de connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques, que d'apprendre à communiquer de façon efficace, avec empathie et sans jugement sur les sujets liés à la sexualité, permettant ainsi d'améliorer la communication et d'adapter leurs conseils, leur diagnostic et la prise en charge des usagers.

Il s'agira également de :

- Améliorer la connaissance des professionnels de santé, notamment de 1er recours, sur les caractéristiques et les besoins spécifiques des populations cibles, notamment les cumuls d'addiction ou de violences, dont les violences sexistes et sexuelles, et sur les modalités de communication telles que la « brève communication » relative à la sexualité ;
- Former les professionnels sur les différents outils de la prévention diversifiée ;
- Lutter contre les inégalités sociales, les discriminations dans le champ de la santé sexuelle, les préjugés persistants et les incompréhensions liées à la diversité culturelle, sociale ou sexuelle et favoriser la parole de l'usager et l'échange dans la relation avec le professionnel qui l'accueille et le suit ;
- Faire évoluer les représentations des professionnels de santé vis à vis de la sexualité et des outils de la santé reproductive (contraceptions, IVG, prévention de la fertilité) ;
- Former aux pratiques d'accueil des populations vulnérables et sur la communication entre le professionnel et l'usager relative à la sexualité et aux différentes pratiques.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Périmètre : La santé sexuelle, la santé reproductive, les droits humains en lien avec la sexualité, l'éducation à la sexualité, la communication efficace en entretien,

Eléments du programme :

- Concepts de santé sexuelle et droits humains ;
- Approches de prévention combinant les dimensions socio comportementales et biomédicales, les dépistages adaptés à une personne, à un moment, à une situation, visant à réduire l'exposition aux IST et au VIH.
- méthodes de contraception dont les contraceptions masculines, les IVG ;
- Prévention diversifiée : les préservatifs, la prophylaxie pré exposition (PreP), le Traitement post exposition (TPE), le traitement comme prévention (TASP).
- Repérage, prise en charge de l'endométriose (repérer, démarche diagnostique et traitement médical)
- Repérage, prise en charge des violences faites aux femmes dont les mutilations sexuelles féminines (repérer, orienter, prise en charge sanitaire dont prise en charge réparatrice et psycho traumatique)
- La communication brève relative à la sexualité ;
- Le parcours interdisciplinaire de la santé sexuelle ;
- Les questions ayant trait à l'orientation sexuelle ;
- Les parcours de transition, l'identité de genre, les questions de santé sexuelle et les spécificités des personnes trans et intersexes ;
- Les questions de santé sexuelle concernant les populations les plus exposées : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes en situation de prostitution, les personnes en situation de grande précarité, les personnes migrantes et les personnes sous-main de justice ;
- Les pratiques émergentes mêlant sexe et consommations de produits psychoactifs (« chemsex »)

- L'usage d'internet par les jeunes et les influences sur la construction de la sexualité et les comportements sexuels ;
- Les questions de santé sexuelle concernant les personnes en situation de handicap psychique ou physique.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 03

I/ Intitulé de l'orientation
Promotion de la vaccination
II/ Contexte et enjeux
La France, comme de nombreux pays européens, fait face depuis plusieurs années, à une défiance et une hésitation des citoyens envers la vaccination. Les couvertures vaccinales contre des maladies infectieuses fréquentes comme la rougeole ou les infections invasives à méningocoque étaient en baisse et sont insuffisantes pour éviter l'apparition de foyers endémiques voire des épidémies d'ampleur nationale comme celle de la rougeole en 2010-11 Couverture des professionnels de santé insuffisante pour des pathologies hautement transmissibles : rougeole, coqueluche, grippe à l'origine de transmission nosocomiale de ces maladies. Le renforcement des compétences des professionnels de santé doit permettre : - D'accroître leur rôle en matière de promotion/réalisation de la vaccination des usagers du système de soins - D'accroître leur propre couverture vaccinale. - D'améliorer la couverture vaccinale et donc la santé de la population
III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
- Stratégie nationale de santé 2018-2022 : renforcer la protection vaccinale de la population - Plan priorité prévention - LMSS 2017: référence à la vaccination altruiste des professionnels de santé - Calendrier des vaccinations - Avis HCSP des 27 et 7 octobre 2016 relatif à la vaccination des professionnels de santé.
IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins
- Délivrer une information objective aux usagers qui permette de rassurer sur la vaccination et de mieux comprendre les enjeux de protection individuelle et collective ; - Agir sur les freins à la vaccination des professionnels de santé ; - Connaître et s'inscrire dans l'objectif de simplification du parcours vaccinal des usagers.

V/ Périmètre – Eléments de programme

- Renforcer les connaissances générales en vaccinologie (mécanisme d'action des vaccins, bénéfice en termes de protection individuelle et collective, couverture vaccinale effets indésirables, contre-indication) ;
- Connaître les dispositions réglementaires liées aux vaccinations (Obligations, recommandations, calendrier des vaccinations etc.) ;
- Connaître les principes de contrôle et de surveillance en matière de vaccination
- Connaître les grands acteurs institutionnels de la vaccination et leur rôle (Assurance maladie, ANSM, HAS, HCSP, santé Publique France etc..) ;
- Renforcer les connaissances sur l'enjeu de la vaccination des professionnels de santé (avis, intérêt de protection des personnes fragiles, organisation de prise en charge) ;
- Savoir communiquer en cas d'hésitation vaccinale ;
- Connaître les ressources et l'offre en vaccination mises à disposition du public et des professionnels (sites internet, sociétés savantes ; lieux de vaccination gratuite etc.) ;
- Connaître les nouvelles compétences des professionnels de santé en matière de vaccination et les perspectives (travaux HAS).

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 04

I/ Intitulé de l'orientation
Renforcement du dépistage organisé des cancers
II/ Contexte et enjeux
Trois programmes nationaux de dépistage organisés de cancers ont été mis en place en France : cancer du sein, cancer colorectal et cancer du col de l'utérus. La participation des personnes qui pourraient en bénéficier est jugée insuffisante. Les bénéfices et les risques de ces actions de prévention ne sont pas assez connus et diffusés par les professionnels de santé. Renforcer les compétences des professionnels de santé doit permettre : - D'accroître leur rôle en matière d'information des personnes cibles des programmes de dépistage pour leur permettre de faire le choix éclairé de réaliser ou non les dépistages ; - De mieux cibler les personnes qui doivent en bénéficier pour orienter les autres vers d'autres prises en charge.
III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
- Stratégie nationale de santé 2018-2022 - Plan cancer 2014-2019.
IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins et éléments de programmes
- Renforcer les connaissances sur les dépistages des cancers, organisés et individuels, selon le niveau de risque de chaque personne ; - Permettre aux soignants de délivrer une information claire et individualisée à chaque usager sur la modalité de dépistage qui lui est recommandée ; - Donner des éléments de communication relatifs aux controverses sur l'utilité et les risques des dépistages permettant le dialogue avec le patient tout en respectant son choix. -

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.
Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 05

I/	Intitulé de l'orientation
	Renforcement du repérage du risque-cardio vasculaire élevé et de diabète de type 2
II/	Contexte et enjeux
	Les données clefs des maladies cardio-neuro-vasculaires et du diabète de type 2 • Près de 4 millions de personnes sont atteintes de maladies cardio-neuro-vasculaires, plus de 3,3 millions de personnes sont traitées pharmacologiquement pour diabète (90% type 2), 12 millions de personnes pour hypertension artérielle. • Plus de 350 000 personnes hospitalisées par an pour maladie cardio-neuro-vasculaire aigüe • 140 000 morts par an • Plus de 15 millions de personnes concernées par une prise en charge • 30 milliards d'euros de dépenses (risque cardio-neuro-vasculaire et diabète) pour l'assurance-maladie • 80 % des maladies cardio-neuro-vasculaires accessibles à la prévention. • Un risque multifactoriel, fortement lié aux habitudes de vie. • Un fréquent cumul de risques • Une observance aux prescriptions médicamenteuses inférieure à 40%
III/	Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
	- Stratégie nationale de santé 2018-2022 - Plan « Priorité prévention », volets maladies non transmissibles et prévention de la perte d'autonomie - Stratégie nationale sport santé 2019-2024 - Programme national nutrition santé 4 2019-2023 Bibliographie • Outils validés d'évaluation du risque cardio-neurovasculaire et de diabète de type 2 ;

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.
Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- Décision médicale partagée : informations en bénéfices risques, incertitude, options préventives (cf fiche méthodologique HAS « Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnels de santé » mars 2018) ;
- Approche globale, centrée patient, éducation thérapeutique du patient (Fiche organisation des parcours HAS « démarche centrée sur le patient » - mai 2015) ;
- Ressources d'accompagnement à l'arrêt du tabagisme (cf tabac info service et recommandations HAS 2014 sur le sevrage tabagique) ;
- Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève alcool, cannabis, tabac chez l'adulte (cf. recommandations HAS 2014, mis à jour en 2019 au sujet de l'alcool) ;
- Prescription médicale de l'activité physique (recommandations HAS relatives à l'HTA, obésité, diabète – octobre 2018)
- Ressources d'accompagnement à la réduction de la consommation d'alcool (alcool info service)
- Nouvelles recommandations nutritionnelles (alimentation, activité physique et sédentarité) et ressources d'accompagnement (*mangerbouger.fr*)
- Ressources d'accompagnement à la perte de poids (guides HAS surpoids et obésité de l'adulte - septembre 2011)
- Fiches mémo HAS sur l'évaluation du risque cardiovasculaire, HTA, dyslipidémies (à date de publication)
- Guides du parcours de soins – HAS diabète de type 2

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins et éléments de programme

- Systématiser l'évaluation du risque cardio vasculaire dans une approche globale du risque: facteurs personnels et médicaux, habitudes de vie (tabac, activité physique, sédentarité, alimentation, alcool, stress, sommeil), facteurs cliniques (obésité, HTA, diabète, dyslipidémies) ;
- Améliorer les conditions de mesure de la pression artérielle et du suivi de l'HTA par la généralisation de mesures automatisées et répétées, en privilégiant l'automesure tensionnelle ;
- Renforcer la décision médicale partagée avec le patient sur les options préventives (modification des habitudes de vie, traitements médicamenteux) selon les risques, les contraintes et les préférences du patient ;
- Renforcer une prise en charge multidimensionnelle des personnes à risque élevé, avec accompagnement aux modifications d'habitudes de vie ;
- Intégrer la prescription médicale d'activité physique adaptée ;
- Renforcer les pratiques de repérage précoce et d'intervention brève auprès des patients sur les sujets « alcools, cannabis, tabac » et notamment pour l'alcool, au sujet des repères de consommation à moindre risque d'alcool ;
- Lutter contre l'inertie thérapeutique (non médicamenteuse, médicamenteuse) pour la prise en charge du risque vasculaire/cardio-métabolique chez les personnes avec risque élevé, urgences préventives, risques familiaux, et en prévention secondaire ;
- Contrôler les risques de poly médication, sur traitement, iatrogénie des patients multirisques ou vieillissants ;
- Prévenir les complications par les bonnes pratiques de suivi dans le parcours de soins.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 06

I/	Intitulé de l'orientation
	Prévention et prise en compte des pathologies imputables à l'environnement (saturnisme, mésothéliome, intoxication par le CO...) et des facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur la santé (pollution de l'air intérieur et extérieur, perturbateurs endocriniens, changements climatiques, champs électromagnétiques et électro sensibilité...)
II/	Contexte et enjeux
	Les médecins généralistes sont de plus en plus confrontés aux problèmes de santé environnementale. Une enquête menée par l'INPES en 2010 auprès de 752 médecins a montré que, bien que non formés dans ce domaine, les médecins généralistes accordent un crédit important à la santé environnementale : 93 % sont d'accord avec le fait que le médecin généraliste a un rôle important à jouer dans l'information de ses patients et 58 % déclarent souvent donner des conseils de prévention. Par ailleurs, près d'un médecin sur cinq dit être souvent interrogé sur les risques liés à l'utilisation de substances chimiques en milieu professionnel (21 %) et la téléphonie mobile (19 %). Par ailleurs, ces deux sujets partagent un point commun, à savoir l'existence de personnes qui se reconnaissent électro-hypersensibles (EHS) ou chimio-hypersensibles (ensemble de symptômes diffus pour lesquels à ce jour le lien de causalité avec l'exposition aux ondes ou aux substances chimiques n'est démontré), dont la souffrance ne peut être ignorée et qui sont souvent en errance médicale. Ces Intolérances Environnementales Idiopathiques sont reconnues par l'OMS et ont été définies lors d'un atelier convoqué par le Programme international sur la sécurité des substances chimiques (IPCS) de l'OMS à Berlin en 1996. <i>« l'IEI est un descripteur n'impliquant aucune étiologie chimique ou aucune sensibilité de type immunologique ou électromagnétique. Ce terme regroupe un certain nombre de troubles ayant en commun des symptômes non spécifiques similaires, qui restent non expliqués sur le plan médical et dont les effets sont préjudiciables pour la santé des personnes ».</i> Parmi elles, l'électro hyper sensibilité (EHS) et les sensibilités chimiques multiples (SCM - troubles associés à des expositions environnementales de bas niveau à des produits chimiques). Ces deux sujets de préoccupation en santé-environnementale [exposition aux substances chimiques (et notamment PE) et exposition aux champs électromagnétiques] font l'objet de la présente fiche. S'agissant de l'exposition aux substances chimiques et PE : Les substances chimiques, et surtout les perturbateurs endocriniens, se retrouvent dans de nombreux objets et produits employés dans les activités courantes (produits ménagers, détergents, produits de traitement des cultures, cosmétiques, alimentation etc.). Elles sont largement présentes dans l'environnement du fait d'une contamination de différents milieux. Des personnes se déclarent intolérantes aux substances chimiques, que ce soit en milieu professionnel ou environnemental (syndrome de sensibilités chimiques multiples (SCM). Par ailleurs, certains d'entre elles, les perturbateurs endocriniens sont suspectés d'être impliqués dans le développement de nombreuses pathologies chez l'homme. S'agissant de l'exposition aux CEM et de l'EHS :

Les CEM de radiofréquences sont utilisées pour de nombreux usages (téléphonie, ...) auxquels des fréquences particulières ont été accordées afin d'assurer leur fonctionnement ; le développement exponentiel à venir des nouveaux objets connectés et le déploiement prochain de la 5G modifient notre environnement électromagnétique, à l'origine de nombreuses interrogations.

Depuis le début des années 1980, la littérature scientifique rapporte de façon continue le cas de personnes se plaignant de troubles fonctionnels divers (troubles cutanés attribués à une exposition aux écrans cathodiques, puis troubles plus variés attribués à des expositions aux champs émis par les appareils électroménagers et les installations électriques) qu'elles attribuent à une exposition à des champs électromagnétiques. Ce « tableau clinique » a reçu plusieurs appellations successives, traduisant une évolution des concepts comme on en observe dans l'histoire de la médecine.

Afin de dresser un état des connaissances sur ce sujet, l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a rendu public le 13 mars 2017 son avis sur **l'hypersensibilité électromagnétique (EHS)** et son rapport, analysant plus de 350 références bibliographiques issues de la littérature scientifique. Sur cette base, l'Anses estime que la prévalence moyenne des personnes se déclarant EHS se trouve autour de 5 %, ces personnes se trouvant dans un **état de souffrance**.

Sur la question de la causalité, l'Anses conclue que es études de provocation analysées (une quarantaine) n'ont pas permis de mettre en évidence, de manière fiable et reproductible, l'apparition de symptômes ou d'anomalies biologiques ou physiologiques spécifiques à l'EHS pendant ou après une exposition (aux basses fréquences ou aux radiofréquences), ce qui suggère deux hypothèses :

- soit les symptômes ressentis par les personnes se déclarant EHS ne seraient pas dus aux expositions aux champs électromagnétiques ;
- soit l'absence de résultat serait due aux limites méthodologiques des études de provocation

(sélection des sujets, taille des échantillons, nature des expositions, etc.)

Par ailleurs, les résultats de plusieurs études de provocation ont conduit leurs auteurs à proposer l'hypothèse d'un rôle de l'effet nocebo dans l'apparition et / ou la persistance de l'EHS.

Enfin, les témoignages rapportés par les personnes électro-hypersensibles et par plusieurs médecins auditionnés par l'Anses décrivent **un parcours de soins erratique**. L'agence note que **l'absence de consensus médical** sur les pratiques de soin adaptées aux besoins exprimés par les personnes électro-hypersensibles **constitue un écueil dans la relation médecin-patient** ; cette relation étant particulièrement déroutante pour le praticien lorsque le patient consulte, alors qu'il a déjà établi son propre diagnostic et attend qu'il soit confirmé par le médecin.

Face à ces constats (information insuffisante des professionnels de santé – importance de la relation de confiance entre le médecin et les personnes se déclarant EHS), il est justifié de renforcer la formation des professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge et de limiter le cas échéant un parcours de soins erratique, pour les personnes se déclarant EHS.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

- **Stratégie nationale de santé** : réduire l'exposition de la population aux pollutions extérieures et aux substances nocives pour la santé
- **Plan national prévention santé** : faciliter l'adoption de mode de vie et la création d'environnements favorables à la santé
- **Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens** : renforcer la formation continue des professionnels de santé sur les perturbateurs endocriniens et en particulier, des professionnels de santé, sur les risques liés aux perturbateurs endocriniens afin d'informer et de sensibiliser les personnes les plus vulnérables à ces expositions afin de les réduire.

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- **Mieux informer les patients** sur certains risques liés à une exposition environnementale:

- conseiller les patients concernant l'utilisation de produits chimiques dans leurs quotidiens afin de réduire leur exposition ;
- répondre aux questionnements des patients concernant les effets sanitaires des champs électromagnétiques (antennes relai, téléphone mobile, écrans, compteurs Linky...) ;
- **Améliorer le dialogue avec les patients**, notamment ceux indiquant être électro-hypersensibles (voire chimio hypersensibles), **optimiser leur prise en charge** et **limiter l'errance médicale** ;
- Eviter le recours à des conseils ou la rédaction de certificats médicaux inadaptés.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Les éléments de programme porteront sur :

1. **des connaissances scientifiques**, principalement
 - sur la base des rapports scientifiques de l'Anses sur l'EHS et sur l'exposition aux champs électromagnétiques ;
 - sur la définition d'un perturbateur endocrinien, le mode d'action de ces substances et la complexité liée à leur définition, de la façon de les identifier ;
2. **des données sur l'exposition de la population aux CEM ou aux PE et leurs effets sanitaires** avérés et suspectés ;
3. des notions sur les **réglementations existantes**, afin de comprendre comment ces mesures concourent à la protection des populations ;
4. des **recommandations en termes de prévention** qui pourront être données aux patients;
5. des éléments pour **guider les médecins dans la prise en charge des patients se déclarant EHS** (ou chimio-hypersensibles) ;
6. des éléments de **connaissance sur les pathologies suspectées d'être associées à une exposition aux perturbateurs endocriniens** (ex puberté précoce...).

II. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des soins

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.
Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 07

I/	Intitulé de l'orientation
	Maitrise des risques associés aux actes et aux parcours de soins
II/	Contexte et enjeux
	Historiquement l'étude menée en 1999 par l'Académie de médecine américaine (rapport « To Err is human: building a safer health system ») estimait le nombre de décès dus à des événements indésirables associés aux soins (EIAS) à l'hôpital comme étant la 8^{ème} cause de mortalité aux USA, c'est-à-dire avant la mortalité routière et avant celle liée au cancer du sein. Ces chiffres ont depuis été revus régulièrement à la hausse, caractérisant un enjeu de santé publique. En France les deux enquêtes ENEIS, en 2004 puis en 2009, ont montré la survenue d'un événement indésirable grave (EIG) tous les 5 jours dans une unité de 30 lits, et dont 40% seraient évitables. Une enquête menée par l'IRDES en 2011 estime à 700 millions d'euros pour la seule année 2007 le coût des EIG en France ; un rapport de l'OCDE de 2017 estime que 15 % des dépenses de santé et des activités des établissements de santé sont liées au traitement et à la prise en charge des EIAS. Les données issues des démarches d'accréditation des spécialités à risque et les analyses des EIAS menées par la HAS montrent que 27 % des causes profondes des EIAS relèvent de facteurs humains et plus particulièrement de problématiques d'équipe. Il s'agit donc de remédier à ces facteurs humains dans le champ des établissements de santé mais aussi des soins primaires, dont la place est aujourd'hui mise en avant comme composante de l'offre de soins. La littérature récente propose différentes approches innovantes (travail sur les équipes, utilisation de la simulation...) qui complètent les méthodes classiques de DPC pour améliorer la qualité et de la gestion des risques.
III/	Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé
	Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
	La Stratégie Nationale de santé 2018-2022 met l'accent (axe 3) sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en associant les usagers, sur la pertinence des prescriptions, examens et hospitalisations, sur le bon usage des médicaments. Elle propose de plus l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Le 4^{ème} axe mentionne l'innovation dans les organisations et l'innovation numérique, il réaffirme la place des usagers comme acteurs de leurs parcours. Les axes 1 et 2 insistent de plus sur l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et des pathologies chroniques. Enfin les soins primaires délivrés par les acteurs locaux sont mentionnés dans les axes 2 et 3. <i>Bibliographie : monographies HAS</i>

- [2012, mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé - 2017, gestion des risques en équipe](#)
- [2019, simulation en santé et gestion des risques](#)
- [2019, rencontres sécurité](#)

La visite de risque appliquée à la prévention du risque infectieux en milieu de soins GREPH –CPIAS Oct 2018

Programmes nationaux pour l'amélioration de la sécurité des patients (PNSP 2013-2017, PROPIAS)

Et

Chantier 4 « qualité et pertinence » de la loi Ma Santé 2022 (LOI RELATIVE À L'ORGANISATION ET A LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE OTSS)

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

La HAS rappelle que dans un contexte où les prises en charge se complexifient la capacité des équipes à travailler ensemble efficacement devient cruciale. Les défaillances du fonctionnement en équipe impactent l'organisation, le contrôle mutuel, la coordination ou la communication au sein du collectif de travail. Les objectifs de transformations concernent :

- La promotion d'une vision systémique de traitement des risques pour l'équipe ;
- le renforcement de sa capacité à réagir aux situations imprévues ;
- le développement d'une réflexion collective sur les expériences positives ou négatives et la déclaration et la gestion des EIAS ;
- la promotion d'une démarche ascendante partant des équipes et du patient ; - la prise en compte des compétences non techniques de l'équipe.

Ces approches doivent également concerner les équipes de soins primaires ou spécialisées en ville.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Gestion des risques en équipe :

- **S'approprier les différentes approches possibles** : La première s'apparente aux méthodes de gestion des risques dites **a priori** où la simulation est utilisée de manière préventive, soit pour former les professionnels de santé et réduire leur risque d'erreurs potentielles, soit pour identifier le risque d'erreurs dans des situations simulées. La deuxième approche est basée sur l'utilisation du retour d'expérience, dite méthode de gestion des risques **a posteriori** (pour apprendre de ses erreurs). Il existe également une approche plus récente, importante pour la sécurité, ciblée sur **la communication avec le patient**, en particulier dans l'annonce des événements indésirables.
- Mettre en place une **démarche pluri-professionnelle** grâce à une organisation réunissant tous les acteurs (ou leurs représentants professionnels) concernés par le mode d'exercice, et adaptée au secteur d'activité (groupe projet, groupe d'analyse de pratiques, staff, équipes de soins, etc.).
- **Renforcer et améliorer le travail en équipe** en ciblant les facteurs de performance non techniques de l'équipe (coordination, communication, gestion du stress, etc.). Par exemple, par des formations spécifiques au travail en équipe, aux facteurs humains, par des séances de simulation sur ce thème, ou encore par l'appropriation d'outils de communication interprofessionnels, etc. ;
- Repérer, **identifier** les risques d'événements indésirables dans le processus de soins.
- **Analyser** ces risques : c'est à dire évaluer les risques en termes de gravité et de fréquence et déterminer leurs causes et leurs conséquences. Puis les hiérarchiser afin de les prioriser.

- **Traiter** les risques jugés non acceptables, c'est à dire imaginer les solutions, le plus souvent sous formes de **barrières de sécurité** (de prévention et de protection), susceptibles d'empêcher la survenue des événements indésirables redoutés ou à défaut d'en limiter leurs conséquences.
- Assurer le **suivi** et l'évaluation de la démarche dont notamment les risques résiduels et mettre en place un **retour d'expérience**, c'est-à-dire un partage entre professionnels des enseignements retirés de cette démarche.

Toutes les méthodes élaborées par la HAS peuvent être déployées

Qu'elle que soit la méthode utilisée, il est rappelé l'intérêt tout particulier de l'outil simulation
L'utilisation de la simulation en santé pour la gestion des risques est très pertinente :

- Simulation et apprentissage d'un geste technique ou d'une procédure (*procedure training*)
- Test en simulation d'un environnement de travail
- Travail en équipe et simulation
- Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM) simulée
- Chambre des erreurs
- Analyse de scénario clinique d'EIAS simulé
- Simulation d'une annonce d'un dommage associé aux soins
- Formation en simulation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique
- Simulation et situation de crise
- Simulation et gestion des risques en pratique « de ville »

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 08

I/ Intitulé de l'orientation
Signalement et gestion des évènements sanitaires indésirables
II/ Contexte et enjeux
La réforme des vigilances sanitaires, engagée par le ministère dans le cadre de la stratégie nationale de santé, a pour enjeux de renforcer la protection de la population contre les menaces sanitaires, en améliorant le signalement et le traitement des événements indésirables, et d'améliorer le service rendu aux professionnels de santé et aux usagers. La culture du signalement et la conscience de son intérêt pour la sécurité sanitaire sont encore insuffisamment développées en France. La plupart des systèmes de surveillances et vigilances sanitaires reposent sur des obligations de signalements par les professionnels de santé. Cependant, les travaux réalisés dans ce domaine montrent que, malgré cette obligation de déclarer, il existe une sous-notification importante et persistante de la part des professionnels de santé. Un certain nombre de freins peuvent expliquer cette sous notification, en particulier : des barrières culturelles, une méconnaissance des systèmes de déclaration, une crainte de sanctions et le défaut de retour d'information vers les déclarants. Face à ce constat, le ministère met en œuvre une stratégie de promotion du signalement qui s'articule autour de trois axes de travail : 1. Donner du sens au signalement 2. Simplifier et faciliter le signalement 3. Valoriser les professionnels de santé dans leur rôle en santé publique
III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
- Stratégie nationale de santé 2018-2022 : adapter le système de veille et de vigilance aux « signaux faibles » ou aux risques émergents et renforcer la résilience du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles - Article 160 de la LMSS : article L.4001-1 du code de la santé publique

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- Permettre aux professionnels de santé de comprendre et jouer pleinement leur rôle en matière de sécurité sanitaire *via* la démarche de signalement :
 - o sensibiliser les professionnels de santé sur leur rôle en matière de sécurité sanitaire,
 - o expliquer l'importance de la démarche du signalement (pourquoi signaler, quoi et comment signaler) ;
- Inscrire le signalement comme un vecteur de qualité des soins :
 - o acculturer les professionnels de santé à la démarche « signaler pour progresser » (culture positive de l'erreur) dans le cadre d'une collaboration pluri-professionnelle

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Apports théoriques :

- Présentation des missions publiques des professionnels de santé
- Présentation des différents systèmes de vigilances et de surveillance et des typologies d'événements sanitaires :
 - o Description des systèmes de déclaration : finalités, acteurs, circuits du niveau local ou niveau international, modalités de traitement et de gestion
 - o Présentation du portail de signalement des événements sanitaires indésirables
- Modalités de gestion du signalement par le professionnel de santé
 - o Initiation à la gestion des risques : pourquoi et comment réaliser un retour d'expérience, méthodes de retour d'expérience
 - o Rôle des ARS, des structures régionales de vigilances et d'appui et des correspondants locaux de vigilances auprès des professionnels de santé (appui à la gestion, expertise, conseil, formation)
 - o Mesures potentielles pouvant être prises par le professionnel (mesures préventives ou correctives, relations avec le ou les patients concernés, relations pluri-professionnelles, etc.)

Apports pratiques :

- Cas pratiques (cas cliniques, simulation en santé, EPP, etc) concernant les différentes typologies de signalement : évaluation de la situation, identification de la typologie de l'événement sanitaire indésirable, déclaration des cas et gestion et suites à donner
- Cas de retours d'expérience

Connaissances indispensables que la formation doit apporter :

- Permettre l'acculturation des professionnels de santé à la démarche de signalement ☐
Connaître le périmètre des événements sanitaires pouvant faire l'objet d'un signalement, les modalités de déclaration suivant le type d'événement, y compris les obligations réglementaires et les modalités de gestion par les professionnels de santé et les autorités compétentes
- Savoir caractériser /identifier les EIGS et autres événements sanitaires indésirables ☐
Acquérir des notions en matière de gestion des risques (retour d'expérience, ...)

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 09

I/ Intitulé de l'orientation

Bon usage des médicaments

II/ Contexte et enjeux

Le bon usage des médicaments représente un enjeu de santé publique majeur.

Les accidents liés à un mauvais usage du médicament occasionnent chaque année plus de 10 000 décès, dont 7 500 chez les plus de 65 ans. Ils sont la cause de plus de 130 000 hospitalisations et près de 1,3 millions de journées d'hospitalisations (1). Alors que **dans 45 à 70 % des cas ces accidents seraient évitables (2).**

Au sein de la population, les **personnes âgées** sont tout particulièrement vulnérables : 30% des hospitalisations, au-delà de 80 ans, sont liées à un mauvais usage des médicaments. La polymédication, liée à la cohabitation, souvent, de plusieurs pathologies, augmente les risques d'interactions médicamenteuses (3). L'altération des fonctions rénale ou hépatique augmente les risques de surdosage. La défaillance des fonctions cognitives expose aux erreurs de prises médicamenteuses.

Les causes des accidents d'origine médicamenteuse sont multiples. Causes liées à l'âge du patient :

- La modification des paramètres biologiques (insuffisance rénale, alimentation...)
- La polypathologie
- Les difficultés d'administration (difficultés d'absorption, oublis, erreurs...)
- Les facteurs sociaux et environnementaux (isolement, deuil...)

Causes liées aux médicaments :

- Les effets indésirables
- Les interactions médicamenteuses en relation avec la polymédication
- Les interactions liées à l'alimentation

Causes liées à la prescription médicale :

- La multiplication des intervenants : généralistes et spécialistes
- Les prescriptions non appropriées : prescriptions excessives ou insuffisance de traitement.

Le bon usage du médicament est l'affaire de tous.

Médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmier(e)s, kinésithérapeutes... : le bon usage est l'affaire de tous les acteurs qui prescrivent les médicaments, les dispensent ou accompagnent les patients.

Un dialogue de confiance entre le patient et les professionnels de santé est clé pour avertir, conseiller et détecter les signes d'alerte devant faire évoquer un accident médicamenteux.

Le dialogue et la collaboration entre professionnels de premiers recours, ainsi qu'entre l'hôpital et la ville au décours d'une hospitalisation, sont également des facteurs clé dans le bon usage et la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

1-Rapport Charges et produits pour l'année 2018 de l'Assurance maladie

2-Rapport sur la surveillance et le bon usage des médicaments en France. B Bégaud et D Costagliola, pour le Ministère des affaires sociales et de la santé. Septembre 2013. La documentation française 3-Etude Open Health, menée avec France Assos santé du 01/09/2016 au 30/11/2016, auprès de 154.304 personnes, âgées de 65 et plus, dans 2.670 officines établies en milieux urbains et ruraux

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse est une priorité affichée depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Elle figure en bonne place dans le Programme National pour La Sécurité des Patients (2013-2017)

Elle s'élargit à la notion de « bon usage du médicament » et s'impose comme un thème majeur à travers la Stratégie Nationale de Santé (2018-2022) qui constitue le cadre politique de la Santé en France et comporte 4 axes dont, au sein de l'axe 3 B :

- « Développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en y associant les usagers »
- « Améliorer la pertinence des prescriptions, des actes, des examens et des hospitalisations » visant à mettre au premier plan l'intérêt du patient et contribuer à renforcer l'efficacité du système de santé et en particulier « **Promouvoir le bon usage des produits de santé en établissements et en ville, et notamment lutter contre la polymédication et la iatrogénie, notamment chez la personne âgée** »

Enfin Ma Santé 2022 fait de la qualité et de la pertinence des soins, un des cinq chantiers prioritaires de la stratégie de transformation de notre système de santé

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

Objectifs

- Permettre aux professionnels de santé d'appréhender l'impact médical et économique du mauvais usage du médicament
- Faciliter, pour chaque profession, l'appropriation des outils existants qui permettent un bon usage du médicament, le repérage des situations à risque, l'alerte et la révision des pratiques
- Développer les prises en charge interdisciplinaires et inter professionnelles, en particulier dans le lien hôpital-ville et le lien entre les professionnels de 1^{er} recours

Résultats attendus en termes de transformations des pratiques

- Utilisation des outils existants/ élaboration de nouveaux adaptés aux situations particulières (grilles d'analyse des pratiques, logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation, bilans partagés de médications, ROSP...)

- Formalisation d'un dialogue autour du patient et de ses médicaments entre professionnels de santé
- Mise en place de process de communication et de collaboration entre professionnels de santé (messagerie sécurisée, DMP...)

Résultats attendus en termes de santé publique

- Diminution du nombre de médicaments sur les ordonnances des personnes âgées
- Diminution des hospitalisations
- Diminution de la mortalité

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Publics ciblés : les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice

Eléments de programme :

- Réflexion sur le bon/ le mauvais usage du médicament et sur ses causes
- Données chiffrées sur l'impact médical et économique du mauvais usage du médicament
- Découverte et appropriation des outils existants
- Echanges avec les autres professionnels, mise au point de modalités de partage des informations et de collaboration
- Mise en place d'indicateurs de suivi

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 10

I/ Intitulé de l'orientation

Juste prescription des antibiotiques et mesures de prévention des infections, y compris pour les infections graves (sepsis) pour maîtriser l'antibiorésistance

II/ Contexte et enjeux

Le développement de résistances aux antibiotiques est un problème majeur de santé publique et est directement lié à la surconsommation et au mésusage des antibiotiques, ainsi qu'à des pratiques de prévention des infections suboptimales. On dénombre chaque année en France près de 125 000 infections à bactéries résistantes à plusieurs familles d'antibiotiques et 5 500 décès associés à une infection à bactéries multirésistantes. Des projections prévoient jusqu'à 10 millions de décès par an liés à l'antibiorésistance dans le monde d'ici à 2050. Le sepsis, qui est la forme la plus grave des infections est responsable d'un nombre important de décès (6 millions chaque année selon l'OMS à l'échelle mondiale) et de séquelles graves.

Paradoxalement, face à ce constat alarmant, les prescriptions d'antibiotiques ne baissent que très peu et insuffisamment. En 2018, la France est le 4^{ème} pays européen le plus consommateur d'antibiotiques dans le secteur de ville d'après les données du réseau européen ESAC-NET et se situe environ 20% au-dessus de la moyenne européenne. Environ 80% des prescriptions, en France, proviennent de la médecine de ville. On estime que 30% à 50% des prescriptions sont inutiles ou inappropriées.

Le DPC des professionnels de santé est un levier majeur pour la maîtrise de la résistance aux antibiotiques. Des compétences doivent être développées en matière de prévention des maladies infectieuses, de contrôle de la transmission mais aussi de pertinence des prescriptions, que ce soit pour les infections communautaires ou liées aux soins, ainsi que pour les infections graves (sepsis) ou non.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

- Ce thème s'inscrit dans les actions de la « Feuille de route interministérielle pour maîtriser l'antibiorésistance », identifiée comme une priorité de santé publique (action n°4 : « créer et prioriser les programmes de formation continue dédiés au bon usage des antibiotiques en santé humaine »).
- Il s'inscrit dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022 (chapitre I.C « Préserver l'efficacité des antibiotiques »).
- Le thème de l'antibiorésistance figure également dans le plan Priorité Prévention, dans le cadre d'actions s'inscrivant dans l'objectif « Pérenniser l'efficacité des antibiotiques » :

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019. Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- Assurer l'optimisation de l'utilisation des traitements antibiotiques par le ciblage des prescriptions - Promotion de l'utilisation des TROD, et des autotests, distribution et mise à disposition large des TROD. Dans le cadre de cette action, les pharmaciens d'officine peuvent désormais compléter l'action du médecin pour promouvoir le bon usage des antibiotiques par l'utilisation des TROD angine (avenant conventionnel n°8).
- Informer sur les risques associés aux traitements antibiotiques indument prolongés et limiter leur durée au strict nécessaire.
- La HAS a produit des recommandations de traitement pour les infections les plus courantes, auxquelles sont associées 80% des prescriptions (lien).
- L'amélioration de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge clinique du sepsis a fait l'objet de la soixante-dixième Assemblée mondiale de la santé du 29 mai 2017, document sur lequel s'appuie le rapport « Sepsis-Tous unis contre un fléau méconnu » remis au Directeur général de la santé.

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

Objectif global : améliorer la pertinence des prescriptions d'antibiotiques, en réduisant les prescriptions inutiles et inappropriées, et promouvoir les mesures de prévention des infections et de contrôle de la transmission croisée.

Sous objectifs :

- Pour les prescripteurs : améliorer la pertinence des prescriptions d'antibiotiques, notamment par l'utilisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) ;
- Pour les pharmaciens d'officine : améliorer la pertinence des prescriptions d'antibiotiques, notamment par l'utilisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) pour l'angine ;
- Pour l'ensemble des professionnels : transmettre la connaissance des risques associés à la résistance des bactéries aux antibiotiques ainsi que des moyens de sa prévention ;
- Pour l'ensemble des professionnels : prévenir les infections, et reconnaître notamment le sepsis comme une affection évitable.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

L'action de DPC doit permettre aux participants de comprendre et, le cas échéant, utiliser :

- L'épidémiologie actuelle de la résistance et les tendances évolutives ;
- L'importance et les mécanismes associés à l'émergence (sélection), la diffusion (transmission), de la résistance aux antibactériens, en prenant en compte la notion « One Health » intégrant la santé humaine, animale et l'environnement ;
- Le risque lié à l'exposition aux antibiotiques et son impact en santé publique, les moyens de prévention (hygiène, vaccination) et les relations entre résistance et infections associées aux soins ;
- Les recommandations pour la prise en charge des infections (au moins les plus courantes), c'est-à-dire une démarche diagnostique optimale et le bon usage des antibiotiques (pertinence des prescriptions d'antibiotiques, dont le choix de la molécule, de la durée de traitement, etc.) ;
- La place des TROD dans la prise en charge des infections, et notamment : les dispositifs validés par l'ANSM, la spécificité et la sensibilité de chaque TROD selon l'âge et le terrain, les contre-indications et les effets indésirables, la procédure de notification des effets indésirables au système national de réactovigilance, le circuit des déchets, l'information du patient, la traçabilité et le suivi, les conditions de réalisation des TROD en officine le cas échéant (locaux et conditions d'accueil du patient et de réalisation du test, critères d'éligibilité et de non éligibilité à la réalisation du test avec orientations vers le médecin si nécessaire, conduite à

tenir en fonction du résultat notamment la communication des résultats au patient et au prescripteur) ;

- Les outils d'aide à la prescription et à la décision ;
- Les moyens de communiquer avec le patient sur ce thème (prises en charges principalement symptomatiques, évolutions vers une guérison spontanée la plupart du temps avec diminution lente et progressive des symptômes, signes cliniques à surveiller qui pourraient nécessiter une prise en charge médicale supplémentaire).

Les éléments de programme s'appuieront sur les recommandations des sociétés savantes et des groupes d'experts.

Les actions pourront être réalisées de manière présentielle ou non présentielle.

Toutefois, si l'action porte sur l'acquisition de compétences en matière de réalisation de gestes techniques, tels les TROD, le format de l'action devra nécessairement compter une partie présentielle avec mise en pratique.

L'action pourra être réalisée en formation continue, en évaluation des pratiques professionnelles ou en gestion des risques.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 11

I/ Intitulé de l'orientation
Bon usage des dispositifs médicaux
II/ Contexte et enjeux
Les dispositifs médicaux sont incontournables pour la prise en charge des patients. Ils ont des caractéristiques fortes: diversité de produits, complexité de plus en plus importante, position à la croisée de plusieurs secteurs (médicaux, électroniques, mécaniques, informatiques...) modalités de prise en charge diverses, et innovation permanente. Ils représentent un marché de 28 Milliards d'euro en France en 2017. Leur nombre, leur développement, et leur champ d'application est croissant. Les événements indésirables liés aux dispositifs médicaux peuvent être graves notamment ceux liés aux dispositifs médicaux implantables. Ainsi, la traçabilité des dispositifs médicaux implantables doit être assurée afin de pouvoir mettre en place des mesures de réduction et d'élimination des risques liés à ces DMI. La bonne utilisation des dispositifs médicaux et la connaissance de leur réglementation, sont donc impératives pour une prise en charge optimale des patients, et pour garantir leur efficacité et leur sécurité. Leur encadrement législatif et réglementaire ainsi que leurs modes d'utilisation dans un contexte d'opérateur dépendant rendent la formation des professionnels de santé utilisateurs à la fois crucial et spécifique.
III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
Mesure 3.5.g Du CSISS 2018 – Renforcer les connaissances relatives au dispositif médical (DM) dans le cadre de la formation continue des professionnels de santé
IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins et éléments de programme
Favoriser la connaissance et le bon usage des Dispositifs Médicaux, pour concourir à leur utilisation sécurisée, tracée, appropriée pour le patient et efficiente pour la collectivité, à l'hôpital comme à la ville : • Appréhender de façon globale l'apport des DM, et notamment des DM innovants, dans la prise en charge des patients (ex maladie chroniques diabète, insuffisance coronaire, AVC, cancers...)

- Prendre en compte l'apport des dispositifs médicaux connectés dans le parcours de soins des patients, et connaître et appliquer les exigences relatives à la sécurisation des données de santé

- Sécuriser l'utilisation des DMI :
 1. Garantir le maintien de la stérilité des DM stériles à l'hôpital comme en ville tout au long de leur circuit et notamment : transport, stockage, utilisation afin de réduire les infections associées aux soins.
 2. Assurer la traçabilité des dispositifs médicaux implantables, et le respect des dispositions législatives et réglementaires à l'hôpital comme en ville, dans l'objectif de pouvoir mettre en œuvre de façon optimale les mesures de sécurités sanitaires nécessaires

- Améliorer l'information délivrée aux patients sur les dispositifs médicaux et en particulier sur les dispositifs médicaux implantables : connaître l'ensemble des documents relatifs aux DMI et destinés aux patients.
 - Améliorer le suivi des patients après implantation de Dispositifs Médicaux Implantables.
 - Améliorer la traçabilité des informations relatives aux DM devant figurer dans le DMP
 - Renforcer la matériovigilance et favoriser les déclarations par les professionnels de santé.
 - Favoriser les mesures de réduction et d'élimination des risques liés à ces DMI (rappel de lots, identification des patients exposés)

Professionnels de santé

ciblés médecins,
pharmaciens, sages-femmes,
kinésithérapeutes
Infirmier(es))
Chirurgiens-Dentistes

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 12

I/ Intitulé de l'orientation
Juste prescription des examens complémentaires
II/ Contexte et enjeux
Un soin ou un examen est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient et conformément aux données de la science, aux recommandations de la HAS et des sociétés savantes. La pertinence est un enjeu stratégique qui représente une dimension à part entière de la qualité et de la sécurité des soins. Elle permet d'éviter les actes et examens inutiles, voire délétères pour le patient, et les dépenses injustifiées pour la collectivité. A ce titre, elle contribue à l'efficacité des dépenses de santé et à la soutenabilité de notre système de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles et la mise en place d'une amélioration continue de ces dernières au regard de l'évolution de l'état de l'art constituent deux facteurs clefs de l'amélioration de la pertinence des actes. Depuis juin 2011, un programme de travail est mené au niveau national afin de construire les dynamiques nationales, régionales et locales d'animation de la démarche et de doter les institutions et les professionnels de santé d'outils de diagnostic et d'amélioration des pratiques professionnelles, en s'appuyant notamment sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et sur des indicateurs de ciblage développés par la CNAM. Depuis le 1^{er} février 2013, la pertinence des soins fait partie de l'une des dix priorités de gestion des risques devant contribuer au respect de l'ONDAM. La loi de financement de la Sécurité Sociale 2015 met en œuvre deux nouveaux dispositifs pour l'amélioration de la pertinence des soins: - Le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS), - l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS). Le PAPRAPS définit la stratégie régionale en matière d'amélioration de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions. L'IRAPS, instance largement ouverte aux professionnels de santé, concourt quant à elle à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche. Outre les outils précédemment décrits, la démarche d'amélioration de la pertinence des soins s'appuie, principalement, sur la pédagogie (entretiens confraternels avec les délégués de l'Assurance Maladie, formation continue par le biais du DPC) et la coercition (Mise Sous Autorisation Préalable, contractualisation) mais rien n'interdit aux ARS d'accompagner les établissements et les professionnels,

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.
Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

par le biais du FIR, en vue de les aider à réaliser les actions qui le nécessiteraient (par exemple, financement d'un registre ou de systèmes d'information).

III/ Stratégie nationale de santé 2018-2022

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, qui constitue le cadre politique de la Santé en France, comporte 4 axes dont l'axe 3 est « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé » visant à mettre au premier plan l'intérêt du patient et contribuer à renforcer l'efficacité du système de santé.

Ma Santé 2022 fait de la qualité et de la pertinence des soins, un des cinq chantiers prioritaires de la stratégie de transformation de notre système de santé.

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- La notion d'amélioration de la pertinence des examens et des actes doit être comprise au sens large, menée dans le cadre d'un travail en équipe médicale et paramédicale ; pourraient même y être associées les équipes de Direction.
- En effet, les personnels paramédicaux doivent également, tout comme les professions médicales, rechercher le juste soin dans les examens et actes relevant de leurs compétences, et les personnels de Direction doivent être sensibilisés à ce concept afin de ne pas contribuer, dans leur fonction de gestionnaire à une inflation d'examens.
- Intégrer dans ces formations, les représentants des usagers, voire des patients car en termes de pertinence des actes, le choix du patient, la décision partagée et l'attente du patient en termes d'informations sont des éléments fondamentaux à prendre en compte.
- Diffuser la culture de l'amélioration de la pertinence des soins afin que l'approche pertinence soit partagée par l'ensemble des professionnels médecins et non médecins.
- Sensibiliser les professionnels de santé concernés sur les actions qui relèvent de leurs compétences pour assurer l'amélioration de la pertinence des prescriptions.
- Analyser, en équipe, les pratiques existantes en utilisant les méthodes et outils mobilisables (notamment à partir des travaux de la HAS) pour une prise de décision adaptée aux besoins de soins du patient.
- Instaurer au sein d'une unité de soins, une méthode partagée et des pratiques collaboratives visant à améliorer la pertinence des actes.
- Etre en capacité de réaliser une revue de pertinence des prescriptions en tant que méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques (selon les recommandations de la HAS).
- Donner aux professionnels les outils leur permettant une auto-évaluation « pertinence des actes et examens de biologie » au sein de leur établissement.
- Rendre les professionnels capables d'élaborer un plan d'actions en vue de l'amélioration de la pertinence de leur prescription.
- Définir des indicateurs d'évaluation de la démarche.
- Rendre capables les professionnels de santé d'élaborer un programme de pertinence sur un ou plusieurs des actes / examens arrêtés, d'en analyser les résultats obtenus, de définir des actions d'amélioration des pratiques.
- Définir des indicateurs d'évaluation de la démarche ;
- Former l'ensemble des participants à la notion d'évaluation de résultats obtenus pour les patients.
- Les sensibiliser à une évolution du financement plus axé sur la qualité que sur la quantité avec une évaluation par les patients.

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.
Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

VI/ Périmètre – Eléments de programme
Publics ciblés : les professionnels de santé (médecins ou non médecins) quel que soit leur lieu d'exercice : sanitaire, médico-social, social, HAD ou domicile, du public ou du privé. Savoir- faire Le programme s'articulerait autour de 4 axes : A/ Présentation générale de l'amélioration de la pertinence des soins 1. La pertinence : définition, rappel des autres axes (pertinence des prescriptions ; pertinence des modes de prise en charge ; pertinence des parcours) ; 2. Rappel du contexte législatif, rappel du contenu de la Stratégie Nationale de Santé et de Ma santé 2022 sur le sujet, point sur le plan ONDAM ; 3. Identifier en équipe, les enjeux stratégiques nationaux, régionaux, locaux de l'amélioration de la pertinence des examens ; 4. Donner un exemple de diagnostic stratégique régional effectué par l'ARS de la Région considérée et donner un exemple de PAPRAPS ; 5. Présenter la composition de l'IRAPS de la région considérée ainsi que ses missions et ses actions durant l'année écoulée ; 6. Faire connaître les modalités de ciblage des établissements atypiques (référentiels de bonnes pratiques de la HAS, indicateurs d'activité, indicateurs de comparaison des pratiques de la CNAM) ; 7. Présenter les outils d'accompagnement, de coercition, voire de sanction dans le cadre de l'amélioration de la pertinence des actes. B/ Analyse de variations des pratiques en équipe par étude de cas (dossiers de cas réels anonymisés apportés par les équipes) 1. Rappeler les modalités de réalisation d'une revue de pertinence des soins (HAS – DPC – novembre 2017) ; 2. Faire, en équipe pluriprofessionnelle, une analyse des pratiques en matière de pertinence des examens à partir de cas concrets ; appliquer des pratiques collaboratives ; 3. Comprendre les causes d'écarts des pratiques ; 4. Trouver, en équipe pluriprofessionnelle des pistes d'amélioration des pratiques. C/ Elaboration et mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la pertinence des examens en équipe (<i>l'objectif est que chaque équipe constituée de professionnels de santé, de membres d'équipe de direction, et de représentant des usagers - issus de l'IRAPS par exemple -, participant à la formation, prépare un programme adapté à sa structure d'exercice et à la spécialité considérée</i>) 1. Construction du programme : état des lieux, attentes, plans d'actions, risques ; 2. Prérequis identifiés pour réussir : information, outils, indicateurs (<i>il est possible que l'on se situe, à ce niveau, au-delà de la seule structure, mais au sein d'un GHT ou d'un territoire de Santé</i>) ; 3. Mise en œuvre et suivi : choix ciblés sur certains actes / examens, analyse des écarts de pratiques, évaluation régulière des effets ; 4. Au-delà de ce suivi clinique : évaluation globale du programme : en terme d'efficience (éventuellement que peut permettre le gain d'efficience ?), mais aussi en terme de satisfaction du patient, des membres de l'équipe médicale et paramédicale et de l'équipe de Direction. Savoir-être : 1. Développement des capacités et réflexion sur la pratique et l'analyse des comportements professionnels en intégrant de manière constante une réflexion éthique

2. Contribution effective à la dynamique de bientraitance au sein de l'établissement
3. Repères pour la mise en œuvre des actions d'amélioration : notamment les guides et documents de la HAS, des sociétés savantes
4. Respect des recommandations de bonnes pratiques

Acquisition à visée opérationnelle des bases théoriques sur la pertinence des parcours

Intégration de pratiques collaboratives pour améliorer la pertinence des prescriptions d'examens de biologie.

Analyse critique des pratiques professionnelles.

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.
Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 13

I/ Intitulé de l'orientation
Évaluation et amélioration de la pertinence des actes (dont les 10 actes prioritaires HAS/IRDES : ablation des amygdales, chirurgie de l'appendicite, césarienne, chirurgie de l'obésité, chirurgie de la prostate, chirurgie du syndrome du canal carpien, ablation de la vésicule biliaire, ablation de l'utérus, prothèse total du genou, ablation de la thyroïde)

II/ Contexte et enjeux
Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient et conformément aux données de la science, aux recommandations de la HAS et des sociétés savantes. La pertinence est un enjeu stratégique qui représente une dimension à part entière de la qualité et de la sécurité des soins. Elle permet d'éviter les actes inutiles, voire délétères pour le patient, et les dépenses injustifiées pour la collectivité. A ce titre, elle contribue à l'efficience des dépenses de santé et à la soutenabilité de notre système de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles et la mise en place d'une amélioration continue de ces dernières au regard de l'évolution de l'état de l'art constituent deux facteurs clefs de l'amélioration de la pertinence des actes. Depuis juin 2011, un programme de travail est mené au niveau national afin de construire les dynamiques nationale, régionales et locales d'animation de la démarche et de doter les institutions et les professionnels de santé d'outils de diagnostic et d'amélioration des pratiques professionnelles, en s'appuyant notamment sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et sur des indicateurs de ciblage développés par la CNAM. 33 thématiques identifiées par l'ATIH sur des critères de volume et d'évolution dynamique de l'activité font l'objet d'un suivi annuel, en termes de taux de recours standardisé et de coefficient de variation régionale. Parmi ces 33 thématiques, 10 actes chirurgicaux sont des priorités nationales telles les césariennes, le syndrome du canal carpien, les appendicectomies... https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/pertinence-des-soins-10584/pertinence En 2013, le Ministère de la Santé publie un guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins. Depuis le 1^{er} février 2013, la pertinence des soins fait partie de l'une des dix priorités de gestion des risques devant contribuer au respect de l'ONDAM.

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.
Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

La loi de financement de la Sécurité Sociale 2015 met en œuvre deux nouveaux dispositifs pour l'amélioration de la pertinence des soins:

- Le **Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS)**,
- l'**Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS)**.

Le **PAPRAPS** définit la stratégie régionale en matière d'amélioration de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions.

L'**IRAPS**, instance largement ouverte aux professionnels de santé, concourt quant à elle à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

En novembre 2016 est publié un outil de dialogue avec les professionnels de santé : l'**Atlas des variations des pratiques médicales**. Ce document analyse, par département, les taux de recours à 10 gestes chirurgicaux et les compare à un taux national moyen. Il a permis de mettre en évidence l'existence de variations régionales de taux de recours sur dix actes.

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.pdf>

Le 20 avril 2017 a lieu la publication du **décret relatif au Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES)**, suivie de l'instruction interministérielle relatif à la mise en œuvre de ce contrat en date du 26 juillet ; il comporte un volet pertinence

Outre les outils législatifs précédemment décrits, la démarche d'amélioration de la pertinence des soins s'appuie, principalement, sur la pédagogie (entretiens confraternels avec les délégués de l'Assurance Maladie, formation continue par le biais du DPC) et la coercition (Mise Sous Autorisation Préalable, contractualisation) mais rien n'interdit aux ARS d'accompagner les établissements et les professionnels, par le biais du FIR, en vue de les aider à réaliser les actions qui le nécessiteraient (par exemple, financement d'un registre ou de systèmes d'information).

II/ Indexation à la Stratégie nationale de santé 2018-2022

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, qui constitue le cadre politique de la Santé en France, comporte 4 axes dont l'**axe 3 est** « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé » visant à mettre au premier plan l'intérêt du patient et contribuer à renforcer l'efficience du système de santé .

Ma Santé 2022 fait de la qualité et de la pertinence des soins, un des cinq chantiers prioritaires de la stratégie de transformation de notre système de santé

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

La notion d'amélioration de la pertinence des actes doit être comprise au sens large, menée dans le cadre d'un travail en équipe médicale et paramédicale ; pourraient même y être associées les équipes de Direction. En effet, les personnels paramédicaux doivent également, tout comme les professions médicales, rechercher le juste soin dans les actes relevant de leurs compétences, et les personnels de Direction doivent être sensibilisés à ce concept afin de ne pas contribuer, dans leur fonction de gestionnaire à une inflation d'actes.

- Diffuser la culture de l'amélioration de la pertinence des soins afin que l'approche pertinence soit partagée par l'ensemble des professionnels médecins et non médecins.
- Sensibiliser les professionnels de santé concernés sur les actions qui relèvent de leurs compétences pour assurer l'amélioration de la pertinence de certains actes.

- Analyser, en équipe, les pratiques existantes en utilisant les méthodes et outils mobilisables (notamment à partir des travaux de la HAS) pour une prise de décision adaptée aux besoins de soins du patient.
- Intégrer les représentants des usagers, voire des patients car en termes de pertinence des actes, le choix du patient, la décision partagée et l'attente du patient en termes d'informations sont des éléments fondamentaux à prendre en compte.
- Instaurer au sein d'une unité de soins, une méthode partagée et des pratiques collaboratives visant à améliorer la pertinence des actes.
- Etre en capacité de réaliser une revue de pertinence des actes en tant que méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques (selon les recommandations de la HAS).
- Donner aux professionnels les outils leur permettant une auto-évaluation « pertinence des actes » au sein de leur établissement.
- Rendre les professionnels capables d'élaborer un plan d'actions en vue de l'amélioration de la pertinence d'un ou plusieurs actes.
- Définir des indicateurs d'évaluation de la démarche.
- Rendre capables les professionnels de santé
 - d'élaborer un programme de pertinence sur un ou plusieurs des actes arrêtés,
 - d'en analyser les résultats obtenus,
 - de définir des actions d'amélioration des pratiques.
- Définir des indicateurs d'évaluation de la démarche ;
- Former l'ensemble des participants à la notion d'évaluation de résultats obtenus pour les patients.
- Les sensibiliser à une évolution du financement plus axé sur la qualité que sur la quantité avec une évaluation par les patients.

V/ Périmètre – Eléments de programme

Publics ciblés : les professionnels de santé (médecins ou non médecins) quel que soit leur lieu d'exercice : sanitaire, médico-social, social, HAD ou domicile, du public ou du privé.

Savoir-faire

Le programme s'articulerait autour de 4 axes :

A/ Présentation générale de l'amélioration de la pertinence des soins

1. La pertinence des actes : définition, rappel des autres axes (pertinence des prescriptions ; pertinence des modes de prise en charge ; pertinence des parcours) ;
2. Rappel du contexte législatif, rappel du contenu de la Stratégie Nationale de Santé et de Ma santé 2022 sur le sujet, point sur le plan ONDAM ? ;
3. Identifier en équipe, les enjeux stratégiques nationaux, régionaux, locaux de l'amélioration de la pertinence des actes ;
4. Donner un exemple de diagnostic stratégique régional effectué par l'ARS de la Région considérée et donner un exemple de PAPRAPS ;
5. Présenter la composition de l'IRAPS de la région considérée ainsi que ses missions et ses actions durant l'année écoulée ;
6. Présenter l'ATLAS des variations de pratiques ; donner la définition des taux de recours standardisés et du coefficient de variation. Interroger les participants sur les interrogations que cet Atlas suscite ;
7. Faire connaître les modalités de ciblage des établissements atypiques (référentiels de bonnes pratiques de la HAS, indicateurs d'activité de l'ATIH, indicateurs de comparaison des pratiques de la CNAM ;
8. Présenter les outils d'accompagnement, de coercition, voire de sanction dans le cadre de l'amélioration de la pertinence des actes.

B/ Analyse de pratiques en équipe par étude de cas (dossiers de cas réels anonymisés apportés par les équipes)

1. Rappeler les modalités de réalisation d'une revue de pertinence des soins (HAS – DPC – novembre 2017) ;
2. Faire, en équipe pluriprofessionnelle, une analyse des pratiques en matière de pertinence des actes à partir de cas concrets ; appliquer des pratiques collaboratives ;
3. Comprendre les causes d'écarts des pratiques ;
4. Trouver, en équipe pluriprofessionnelle des pistes d'amélioration des pratiques.

C/ variations de pratiques dans les spécialités

1. Exemples de thématiques avec des référentiels : parmi les 10 thématiques de l'ATLAS, présenter un profil établissement sur les césariennes ou les amygdalectomies ;
2. Présenter l'expérimentation césarienne programmée à terme ;
3. Exercice de recherche des facteurs explicatifs avec les participants (variations de pratiques médicales ?) ;
4. Présenter d'autres Atlas (Etats Unis, Royaume Unis, Australie).

D/ Elaboration et mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la pertinence des actes en équipe *(l'objectif est que chaque équipe constituée de professionnels de santé, de membres d'équipe de direction, et de représentant des usagers - issus de l'IRAPS par exemple -, participant à la formation, prépare un programme adapté à sa structure d'exercice et à la spécialité considérée)*

1. Construction du programme : état des lieux, attentes, plans d'actions, risques ;
2. Pré-requis identifiés pour réussir : information, outils, indicateurs *(il est possible que l'on se situe, à ce niveau, au-delà de la seule structure, mais au sein d'un GHT ou d'un territoire de Santé) ;*
3. Mise en œuvre et suivi : choix ciblés sur certains actes, analyse des écarts de pratiques, évaluation régulière des effets ;
4. Au-delà de ce suivi clinique : évaluation globale du programme : en terme d'efficacité (éventuellement que peut permettre le gain d'efficacité ?), mais aussi en terme de satisfaction du patient, des membres de l'équipe médicale et paramédicale et de l'équipe de Direction.

Savoir-être :

- Développement des capacités et réflexion sur la pratique et l'analyse des comportements professionnels en intégrant de manière constante une réflexion éthique
- Contribution effective à la dynamique de bientraitance au sein de l'établissement
- Repères pour la mise en œuvre des actions d'amélioration : notamment les guides et documents de la HAS, des sociétés savantes
- Respect des recommandations de bonnes pratiques

Moyens / méthodes pédagogiques : les programmes devront comporter une partie évaluation des pratiques professionnelles. L'action de DPC purement cognitive de formation continue est donc exclue.

Acquisition à visée opérationnelle des bases théoriques sur la pertinence des parcours
Intégration de pratiques collaboratives pour améliorer la pertinence des actes médicaux.
Analyse critique des pratiques professionnelles.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 14

I/ Intitulé de l'orientation
Évaluation et amélioration de la pertinence des parcours (dont les parcours pertinence HAS : BPCO, IRC, IC, Maladies coronariennes stables, Obésité, Diabète, AVC, Parkinson)

II/ Contexte et enjeux
Définition : le parcours de soins peut se définir comme l'ensemble des étapes relatives aux actions de soins réalisées autour d'un patient lors de sa maladie. Dans une pathologie chronique ces étapes se réalisent dans le temps, dans différents endroits, avec l'intervention de différents professionnels. La pertinence des parcours pose la question à la fois de l'opportunité de la prise en charge, de la pertinence, de la fluidité et de la coordination des soins. La pertinence des parcours de santé doit s'appréhender dans une vision globale comportant : Prévention, Dépistage, Soins, Education thérapeutique, Rééducation. Le positionnement des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a donc toute sa place dans l'analyse du parcours des patients. Il en est de même pour l'HAD. Rappels sur le contexte général de l'amélioration de la pertinence des soins : La pertinence est un enjeu stratégique qui représente une dimension à part entière de la qualité et de la sécurité des soins. Elle permet d'éviter les actes inutiles, voire délétères pour le patient, et les dépenses injustifiées pour la collectivité. A ce titre, elle contribue à l'efficacité des dépenses de santé et à la soutenabilité de notre système de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles et la mise en place d'une amélioration continue de ces dernières au regard de l'évolution de l'état de l'art constituent deux facteurs clefs de l'amélioration de la pertinence des actes. Depuis juin 2011, un programme de travail est mené au niveau national afin de construire les dynamiques nationale, régionales et locales d'animation de la démarche et de doter les institutions et les professionnels de santé d'outils de diagnostic et d'amélioration des pratiques professionnelles, en s'appuyant notamment sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et sur des indicateurs développés par la CNAM ; En 2013, le Ministère de la Santé publie un guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins. La loi de financement de la Sécurité Sociale 2015 met en œuvre deux nouveaux dispositifs pour l'amélioration de la pertinence des soins: - Le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS),

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.
Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- **L'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS)**

Le PAPRAPS définit la stratégie régionale en matière d'amélioration de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions.

L'IRAPS, instance largement ouverte aux professionnels de santé, concourt quant à elle à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

Il ressort de la Stratégie de transformation de notre système de santé (Ma Santé 2022), une volonté d'amélioration continue de la qualité et de la pertinence sur 8 parcours de soins présentant le plus d'enjeux en santé publique, selon les modalités suivantes :

- **Amélioration continue de la qualité par le recueil d'indicateurs qualité – pertinence:**
 - **Des indicateurs relatifs à l'expérience et à la satisfaction des patients** pour l'ensemble des prises en charge
 - **Des indicateurs cliniques de qualité fondés sur les résultats** sur les 8 parcours présentant le plus d'enjeux en santé publique
 - **Les résultats des évaluations de la qualité et de la pertinence des soins sont portés à la connaissance** du public, des professionnels et des décideurs,
- **Amélioration continue des processus clés (processus métier ou organisationnels) :**
 - **Améliorer la qualité et la pertinence des parcours par l'élaboration de guides/référentiels de parcours** répondant à l'exigence de pertinence (HAS)
 - **Mesurer systématiquement des indicateurs de qualité et de pertinence des parcours** sur les 8 parcours présentant le plus d'enjeux en santé publique
 - **Développer et inciter aux exercices coordonnés de professionnels de santé** : impact sur les organisations et recours au numérique;
 - **Faire des discussions éclairées entre patients et médecins un point central** permettant la bonne compréhension des soins potentiellement nécessaires et tenir impérativement compte des choix des patients
- **Gestion des risques:**
 - **Développement des indicateurs de vigilance et d'alerte** portant notamment sur la déclaration des événements indésirables ou la pertinence du recours aux médicaments innovants (données en vie réelle)

Le chantier « inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques » est co-piloté par la Haute autorité en santé (HAS), la Caisse nationale d'assurance maladie et les représentants des usagers à travers France Assos Santé.

Dans le cadre de ce chantier, la HAS produit progressivement des outils pour structurer et évaluer les parcours, en particulier, ceux relatifs aux maladies chroniques :

- Maladie de Parkinson
- Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- Insuffisance rénale chronique
- Diabète
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Obésité
- Maladie coronarienne stable
- Insuffisance cardiaque

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence.pdf

Les outils proposés par la HAS sont destinés à faciliter la mise en œuvre et l'organisation des parcours de santé. Ils s'adressent à tous les professionnels de santé qui souhaitent s'organiser pour améliorer leur pratique et aux institutions qui ont la charge d'accompagner ces professionnels et la responsabilité d'organiser les parcours.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1647022/fr/mettre-en-oeuvre-les-parcours

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

Stratégie nationale de santé 2018-2022

- **Axe III** « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé »
- Développer une culture de la qualité et de la pertinence
- Développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en y associant les usagers

Les parcours de soins expérimentés :

- Des initiatives sont portées par le Ministère (Plan de Santé Publique, ALZHEIMER, AVC, Obésité, périnatalité...) • D'autres sont portées par l'Assurance Malade (Programme SOPHIA, Programme PRADO). L'AM a identifié les différentes étapes du processus de soins pour lesquelles des optimisations semblent possibles tant en termes de qualité qu'en termes de coûts.
- D'autres par la CNSA (MAÏA) ;
- D'autres par l'INCA et par l'ANAP.

Les outils organisationnels développés :

PRS, GHT, filières, CPTS, PTA, Télémédecine, grille d'admission pour le SSR (Le positionnement des soins de suite et de réadaptation (SSR) dans le parcours des patients a également fait l'objet d'outils d'évaluation, avec notamment l'élaboration d'une grille de pertinence de type AEP pour l'admission des patients en SSR. Cet outil vise à contribuer à une prise en charge plus rapide par la structure SSR, mais également à éviter le séjour en SSR de patients ne relevant pas de cette modalité de prise en charge. Il s'agit d'améliorer la pertinence des soins et des parcours de soins par une optimisation de l'adéquation des soins aux besoins des patients.). Il en est de même pour l'HAD.

Les incitations financières mises en place en sus de la T2A :

- MIG ;
- ROSP (Rémunération sur objectif de santé publique) ;
- IFAQ (Incitation financière à la Qualité)

Des expérimentations spécifiques :

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ; Insuffisance rénale Chronique

Déploiement de deux nouveaux indicateurs d'amélioration de la pertinence des parcours Deux nouveaux indicateurs ont été déployés évaluant les réhospitalisations à 30 jours (RH30) dans les pathologies chroniques et les hospitalisations potentiellement évitables (HPE). Ces indicateurs vont intégrer très prochainement le dispositif de diagnostic régional des enjeux de l'amélioration de la pertinence des soins.

De nouveaux modèles de financement :

- Expérimentation du financement à l'épisode de soins (PTG – PTH – Colectomie);
- Equivalent des bundled paiement;

- Expérimentation d'un financement incitatif à une prise en charge partagée (IPEP) fondé sur la qualité et la maîtrise des dépenses;
- Paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS) dont l'objectif est de mettre en œuvre un paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, pour une équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle en charge du suivi en Ville de certains patients (patients diabétiques – patients âgés – patientèle totale)

Bibliographie :

- Maladie de Parkinson
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505203/fr/maladie-de-parkinson-parcours-de-soins
- Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505286/fr/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco-parcours-de-soins
- Insuffisance rénale chronique
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1506285/fr/maladie-renale-chronique-de-l-adulte-parcours-de-soins
- Diabète
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1735095/fr/diabete-de-type-2-de-l-adulte-parcours-de-soins
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505260/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc-parcours-de-soins
- Obésité,
- Maladie coronarienne stable,
- Insuffisance cardiaque

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins et éléments de programme

Objectifs : Améliorer la pertinence des parcours de santé répond à un double objectif : améliorer la prise en charge du patient d'une part, et sa qualité de vie d'autre part notamment par l'identification des zones de rupture dans le parcours de soins du patient, et par la mise en œuvre d'actions auprès des professionnels de santé et des patients pour améliorer la communication entre ces acteurs et la coordination entre les professionnels de santé.

Périmètre : Le périmètre de l'orientation nationale prioritaire de DPC « évaluation et amélioration de la pertinence des parcours » porte notamment sur les huit pathologies chroniques pour lesquelles la HAS développe des indicateurs évaluant les processus et portant également sur les résultats et le point de vue du patient. Au-delà des 8 pathologies pour lesquelles la HAS a développé des indicateurs, d'autres pathologies peuvent également entrer dans le périmètre. Les programmes devront alors s'appuyer sur les recommandations et les références scientifiques existantes.

Publics ciblés : les professionnels de santé (médecins et non médecins : infirmières, aides-soignantes, Kiné...) quel que soit leur lieu d'exercice public, privé, du sanitaire, du médico-social et du social, d'un même territoire de santé. Champ du MCO, du PSY, du SSR et de l'HAD.

Eléments de programme :

Les actions de DPC devront porter sur au moins 2 des 5 étapes clés sur lesquelles se fonde le parcours de soins : Prévention / Dépistage / Diagnostic / Stratégie thérapeutique / Suivi

Les programmes devront nécessairement aborder la coordination entre professionnels ; l'action de DPC devra développer l'approche pluriprofessionnelle de la prise en charge puisque le parcours de soins doit permettre de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués.

Ainsi pour l'action de DPC :

- **monoprofessionnelle**, le programme traitera du rôle du professionnel de santé dans le parcours de soins tout en précisant celui des autres professions intégrés dans chaque étape du parcours ;

- **pluriprofessionnelle**, le programme traitera de la coordination entre professionnels de santé, sachant que la nécessité d'une coordination de qualité augmente avec le nombre des professionnels concernés qui varie selon la complexité de la situation et la poly-pathologie.

Savoir-faire :

- Décrire un parcours de soins parmi les huit parcours retenus ou les pathologies pour lesquelles des références scientifiques ou recommandations ont été publiées ;
- A partir de ce parcours optimal, définir les écarts par rapport au parcours réel tel que réalisé dans la structure considérée ;
- Identifier les ruptures de parcours à partir de l'exemple concret fourni par l'équipe ;
- Définir les conséquences des ruptures de parcours : iatrogénie, mauvaise coordination, mauvaise adhésion du patient à son traitement, réhospitalisation, mauvaise gestion des fonds publics, insatisfaction du patient et des professionnels, diminution de l'accessibilité ;
- Connaître les référentiels de parcours (élaborés par la HAS notamment;)
- Connaître les indicateurs de pertinence des parcours notamment RH30 et HPE et les utiliser dans la structure considérée ;
- Connaître les outils organisationnels et les utiliser pour la reconstruction d'un parcours optimal ;
- Connaître les indicateurs de satisfaction et de résultats des patients
- Evaluer l'impact en terme de satisfaction du patient, des professionnels de santé, de santé publique et d'efficacité de la pertinence d'un parcours de soins ;
- Définir un plan d'actions d'amélioration des parcours de soins
- Développer une culture de la pertinence des parcours au sein des équipes à partir d'exemples concrets centrés sur la prise en charge d'une des huit pathologies chroniques identifiées.
- Rendre capable les professionnels de santé
 - de mettre en place des indicateurs de qualité des parcours à l'aide des outils proposés par la HAS
 - d'en analyser les résultats obtenus grâce à ses indicateurs
 - de définir des actions d'amélioration des pratiques
 - de mesurer la satisfaction du patient au décours d'une prise en charge
 - de mesurer le résultat obtenu pour le patient

Savoir –Être :

- Développement des capacités et réflexion sur la pratique et l'analyse des comportements professionnels en intégrant de manière constante une réflexion éthique
- Contribution effective à la dynamique de bientraitance au sein de l'établissement
- Repères pour la mise en œuvre des actions d'amélioration : notamment les guides et documents de la HAS, des sociétés savantes
- Respect des recommandations de bonnes pratiques

Moyens / méthodes pédagogiques : les programmes devront comporter une partie évaluation des pratiques professionnelles. L'action de DPC purement cognitive de formation continue est donc exclue. Acquisition à visée opérationnelle des bases théoriques sur la pertinence des parcours
Intégration de pratiques collaboratives pour améliorer la pertinence de certaines prescriptions, actes médicaux et parcours de soins.
Analyse critique des pratiques professionnelles.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 15

I/ Intitulé de l'orientation
Pertinence du recours à l'innovation numérique en santé (intelligence artificielle, big data, internet des objets)
II/ Contexte et enjeux
La transformation numérique constitue l'un des chantiers prioritaires de la stratégie de transformation du système de santé. L'usage d'outils numériques pertinents peut aider à libérer du temps médical, améliorer la pertinence et la qualité des soins et contribuer à la maîtrise durable des dépenses de santé. L'intelligence artificielle, tout particulièrement, ouvre des perspectives prometteuses. Elle décuple l'efficacité des outils numériques. Elle tire parti des données de diverses natures massivement générées dans le cadre de la recherche, des soins, et par les objets ou dispositifs médicaux connectés. Elle stimule ainsi l'innovation en santé, dans les champs de la recherche médicale, mais également dans les champs diagnostiques et thérapeutiques. Dans le domaine de la santé, l'intelligence artificielle doit d'abord être mise à contribution pour améliorer la capacité des médecins et équipes soignantes à mieux comprendre, diagnostiquer et soigner. Les progrès attendus doivent profiter à tous. Le développement de l'intelligence artificielle, dans les prochaines années, transformera les pratiques des professionnels de santé, l'organisation des soins, les fonctions supports des soins. Il soulève de nombreux enjeux éthiques. Les professionnels de santé seront partis prenantes de cette transformation et devront être en mesure de peser sur ses grandes orientations, au bénéfice des patients, en intégrant des considérations éthiques et déontologiques. Il est donc essentiel qu'ils disposent d'une compréhension globale de cette dynamique et en maîtrisent les grands concepts et aspects associés.
III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
- Stratégie nationale de santé 2018-2022, Accélérer l'innovation numérique en santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf (p. 67) - Donner un sens à l'intelligence artificielle, rapport de la mission Villani (2018), Focus : la santé à l'heure de l'IA (p.194-204), https://www.aiforhumanity.fr/pdfs/9782111457089_Rapport_Villani_accessible.pdf - Health Data Hub : https://www.health-data-hub.fr/

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- Rapport de préfiguration du Health Data Hub (2018), <https://solidariteessante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-health-datahub-mission-de-prefiguration>
- Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle, livre blanc du conseil national de l'ordre des médecins (2018), https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/cnomdata_algorithmes_ia.pdf
- Intelligence artificielle et robotisation – ressources proposées dans le cadre des Etats généraux de la bioéthique (2018), <https://etatsgenerauxdelabioethique.fr/pages/intelligence-artificielle-et-robotisation>
- Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future, Topol Review (2019), <https://topol.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/HEE-Topol-Review-2019.pdf>
- High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence, Topol EJ, 2019, Nat Med. 2019 Jan;25(1):44-56

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

Etre en mesure de participer à la conception, de choisir ou d'utiliser à bon escient des outils reposant sur l'IA, dans les domaines suivants :

- orientation et amélioration des parcours, aide au diagnostic et à la décision, suivi des patients
- meilleure personnalisation de la prise en charge des patients
- automatisation de tâches répétitives sans grande valeur ajoutée
- recherche de gains de productivité dans les fonctions supports
- ...

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Axes proposés (à pondérer en fonction des publics concernés) :

- Concepts généraux : data science, IA, big data, internet des objets
- Fondamentaux de machine learning et deep learning
- Infrastructures et frameworks de machine learning
- Qualité des données sources
- Health Data Hub, grandes bases de données cliniques, entrepôts hospitaliers, gouvernances locales et nationales des données
- Dispositifs médicaux interconnectés
- Principaux cas d'usage potentiels en secteur hospitalier ou ambulatoire
- Intégration de ces nouveaux outils dans les systèmes d'information cliniques existants
- Impact de l'IA sur les métiers, les activités, les qualifications, les relations patients-professionnels - Ecosystème de l'IA en santé, nouveaux entrants
- Régulation et certification de l'innovation en santé à l'heure de l'IA
- Usages éthiques et déontologiques de l'IA en santé

III. Renforcer la réflexion éthique en santé et la place des usagers dans leur prise en charge

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.
Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 16

I/ Intitulé de l'orientation

Prise en compte des principes éthiques dans les pratiques professionnelles

II/ Contexte et enjeux

Dans le champ de la santé, les progrès scientifiques, les innovations technologiques et les transformations de notre société génèrent désormais des situations de plus en plus complexes et incertaines d'un point de vue éthique. Les acteurs de santé sont en effet confrontés dans leur quotidien à des interrogations quant au sens et au bien-fondé de leurs actions, sans nécessairement que la dimension éthique de ce questionnement émerge en tant que telle. De fait, l'incertitude consubstantielle aux pratiques contemporaines du soin engage la pertinence éthique des choix thérapeutiques.

Il importe alors, au-delà du recours aux instances éthiques traditionnelles, que les acteurs de soin, tous secteurs et champs confondus, soient en capacité d'inscrire au cœur même de leurs pratiques une dimension réflexive leur permettant d'appréhender la complexité des enjeux des situations dont ils ont la responsabilité. La diffusion d'une culture de l'éthique chez les professionnels de santé est un enjeu majeur qui s'inscrit dans une démarche continue des pratiques professionnelles au bénéfice des usagers du système de santé. Elle participe plus globalement d'une culture de la pertinence et de la qualité des soins. Une action de formation pluri professionnelle et interdisciplinaire à la réflexion éthique dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) constitue une opportunité pour permettre aux soignants de donner du sens à leur pratique et appréhender en toute responsabilité les dimensions de la complexité et de l'incertitude des situations que notre système de santé a tendance à générer. Elle s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et contribue à adapter le système de santé aux nouveaux enjeux des situations de vulnérabilité. La réalisation de cette action pourra être réalisée en lien avec les espaces de réflexion éthique régionaux, créés par la loi du 6 août 2004, dont l'une des missions consiste à contribuer au développement de la réflexion éthique auprès des professionnels.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé
Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

➤ **Stratégie nationale de santé 2018-2022**

- **Axe III** « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé »

B. Développer une culture de la qualité et de la pertinence

- Développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en y associant les usagers

C. Prendre soin de ceux qui soignent

- Adapter la formation initiale des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux
- Faire progresser les compétences tout au long de la vie professionnelle

➤ **Programme soins palliatifs 2015-2018**

AXE 1 Informer le patient, lui permettre d'être au centre des décisions qui le concernent-

Mesure 4 : Renforcer la démocratie en santé sur la question des soins palliatifs et de la fin de vie - Action

3-2 : Développement des travaux d'observation des pratiques et poursuite des débats publics ou événements relatifs aux soins palliatifs et à la fin de vie organisés par les espaces de réflexion éthique régionaux et interrégionaux (ERERI) et par les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) : retour d'expériences autour des pratiques professionnelles

➤ **Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2018**- Enjeu 9 : Faire des droits de la personne et de la réflexion éthique un levier de la conduite du changement

➤ **Plan cancer 2014-2019** – Objectif 14 : faire vivre la démocratie sanitaire - Action 14.5 : Apporter une formation spécifique aux représentants des usagers et à leurs interlocuteurs professionnels (administrateurs ou professionnels de santé et de la recherche) dans un objectif de co-construction des politiques et des actions de lutte contre les cancers. Cette formation, devra aborder les grands enjeux de la cancérologie aujourd'hui et pour les années à venir, comme l'évolution des prises en charge, la recherche clinique et ses modalités, les notions de bénéfices et de risques liés au dépistage, et les questions éthiques liées.

Dispositions législatives :

Article L. 6111-1 du code de la santé publique : les établissements de santé « mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. »

Avis/guides/rapports :

Avis n°84 sur la formation à l'éthique médicale du Comité National Consultatif d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé – 2004

<http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis084.pdf>

Rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées de la Commission Ethique et Professions de Santé – 2003

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000226.pdf>

Guide méthodologique de la Haute Autorité de Santé sur l'évaluation des aspects éthiques à la HAS – 2013

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013_05/evaluation_des_aspects_ethiques_a_la_has.pdf

1-août-19

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- Inscrire dans le champ de responsabilité des acteurs de santé une considération pour la dimension éthique et le questionnement critique du sens de leurs pratiques.
- Rendre capable d'identifier les situations complexes d'un point de vue éthique.
- Permettre aux acteurs de santé d'appréhender la complexité et l'incertitude éthiques perçues dans les situations cliniques
- Former chaque acteur de santé à la construction d'une réflexion éthique argumentée individuelle puis à la mise en œuvre d'un processus méthodique de concertation et de délibération interdisciplinaires.
- Intégrer les pratiques réflexives et délibératives dans les compétences et les pratiques décisionnelles des acteurs de santé.
- Inciter à la prévention des situations complexes par l'anticipation des difficultés et une approche critique des logiques de l'action qui les génèrent.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

- Publics ciblés : les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice
- Acquisition à visée opérationnelle des bases théoriques à partir de la définition de l'éthique, ses différents concepts, ses fondements et les valeurs du soin
- Intégration et positionnement du registre de l'éthique parmi les autres registres de normativité applicables aux pratiques des acteurs de santé (droit, déontologie, bonnes pratiques etc.)
- Analyse critique des pratiques professionnelles, enjeux de la pratique éthique et responsabilités, exercice du doute et du questionnement.
- Apprentissage du questionnement éthique pluridisciplinaire : méthodologie, thématiques, suivi
- Mise en place d'une démarche de réflexion éthique opérationnelle
- Coordination et communication entre les différents acteurs du questionnement éthique.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 17

I/ Intitulé de l'orientation

Promotion de la bientraitance dans la pratique du soin

II/ Contexte et enjeux

La démarche de bientraitance s'inscrit dans le cadre général de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies ou accompagnées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que dans les établissements de santé (dont certains gèrent des structures médico-sociales). Cette démarche intègre le respect des droits des usagers les plus vulnérables, dont l'effectivité constitue un des enjeux du développement de la démocratie sanitaire (qui intègre le secteur médico-social).

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

Cette exigence est également inscrite dans la nouvelle stratégie nationale de prévention de la maltraitance et de développement de la bientraitance dans le secteur social et médico-social, annoncée en 2018 par la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn. Pour sa mise en œuvre, un plan d'action pluriannuel (2019-2022) sera lancé au second semestre 2019. Il s'appuiera notamment sur les propositions du rapport présenté par Denis Piveteau, président de la Commission permanente « pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance » (mise en place par le Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge et le Conseil national consultatif des personnes handicapées), et remis aux ministres A. Buzyn et S. Cluzel le 24 janvier 2019. L'élaboration de ce plan d'action s'appuiera également sur les conclusions du rapport remis le 28 mars 2019 par Dominique Libault, suite à la concertation nationale « grand âge et autonomie », ainsi que sur les travaux relatifs à la qualité de vie au travail (QVT) engagés en 2018.

Enfin, le programme de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS), chargée des missions de l'ANESM depuis avril 2018, prévoit la révision des critères d'évaluation de la qualité dans le secteur médico-social et la mise en place de questionnaires de satisfaction par les résidents des établissements médico-sociaux.

Bibliographie :

Les documents de référence, parmi lesquels :

- Recommandations de l'ANESM, dont la toute première (sept. 2008) portait sur « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »
- Circulaire n° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des

personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

- Critère 10 a du manuel de certification V2010 révisé 2011 de la Haute Autorité de Santé
- Guide FOREAP-HAS « Promotion de la Bienveillance »
- Le rapport sur la qualité de vie au travail (FHF – juin 2018)
- Le rapport de la Commission « pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bienveillance » - « Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bienveillance dans l'aide à l'autonomie » (accessible sur le site du HCFEA : http://www.hcfea.fr/IMG/pdf/Note_d_orientation_Commission_pour_la_promotion_de_la_bienveillance_et_la_lutte_contre_la_maltraitance-2.pdf)

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

L'objectif est d'accompagner les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que les professionnels de santé dans le déploiement d'une culture et d'une dynamique de bienveillance et la sensibilisation aux facteurs de maltraitance.

En établissement, le déploiement de cette culture nécessite une appropriation de la démarche par les équipes de direction et d'encadrement intermédiaire, ainsi qu'un accompagnement des professionnels intervenant au quotidien dans la prise en charge des personnes hospitalisées, résidents et usagers.

V/ Périmètre – Eléments de programme

Les éléments de programme s'articulent autour de 4 axes : connaître, savoir être et savoir-faire pour mieux prévenir la maltraitance et développer les pratiques de bienveillance.

Il conviendra d'adapter son contenu en fonction des catégories professionnelles formées et du type de personnes accueillies dans l'établissement ou le service.

1 – la vulnérabilité et le risque de maltraitance

Les situations de vulnérabilité et la dépendance

→ *savoir et comprendre*

- les origines et les causes de la vulnérabilité et des risques de maltraitance
- comprendre les différents troubles et symptômes de la dépendance
- reconnaître la personne dans ses capacités et le droit à exprimer sa volonté pour toute décision ou aide qui la concerne, quel que soit son degré de perte d'autonomie
- le phénomène d'emprise, notamment affective ou psychologique (influence induite).

2 – La bientraitance

Le périmètre opérationnel de la bientraitance : *recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM et guide FORAP – HAS sur la promotion de la Bientraitance*

→ *savoir et pouvoir être*

- le concept de bientraitance
- les repères pour la mise en œuvre de la démarche : les documents de l'ANESM et de la HAS (notamment sa recommandation « Bientraitance » et les questionnaires d'auto-évaluation des pratiques de bientraitance en EHPAD ou dans les Mas - FAM), le kit «Bientraitance» de Mobiquat, ...
- les modalités d'une diffusion effective de la dynamique de bientraitance au sein de l'établissement ...

3 – Les pratiques professionnelles au quotidien

→ *savoir-faire et pouvoir faire*

- les activités élémentaires et les actes de la vie quotidienne
- les soins d'hygiène
- la vie sociale et relationnelle : communication, comportement et attitudes
- incarner le respect de la personne au quotidien
- faire face aux troubles du comportement et adapter ses attitudes
- repérer les signes d'épuisement et l'isolement des aidants familiaux, afin de prévenir les risques de maltraitance des aidants envers les personnes aidées
- ressources et limites du professionnel, reconnaître les signes d'épuisement
- sensibilisation à la culture du signalement des situations de maltraitance pour mieux y réagir et les prévenir ...

Il s'agit dans ce dernier axe de repérer et d'analyser les pratiques professionnelles et de définir les modifications à apporter dans l'approche, les gestes, la posture et les comportements professionnels pour mieux prendre en compte les besoins, désirs et les préférences de la personne et favoriser le respect et l'exercice de leurs droits afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et de s'inscrire dans une dynamique de bientraitance.

4 – La politique managériale au quotidien

→ *savoir faire et pouvoir faire*

- mieux comprendre son rôle et ses responsabilités
- soutenir les professionnels dans leurs pratiques quotidiennes. Il convient notamment de favoriser l'analyse des pratiques et la réflexion éthique des équipes, encadrement compris.
- discuter de l'organisation du travail pour améliorer et adapter les pratiques pour plus de bientraitance des usagers et de respect des professionnels ; accorder davantage d'autonomie aux personnels
- mettre en place et piloter une démarche de bientraitance, l'évaluer
- mettre en place une procédure de repérage et de gestion des dysfonctionnements et des situations déviantes (maltraitance ou risque de maltraitance), en informer les équipes et veiller à l'effectivité de sa mise en œuvre
- mettre en œuvre une culture du signalement aux autorités administratives pour une analyse des difficultés et définitions d'actions correctrices nécessaires (en application de *l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales - article 30 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*).

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 18

I/ Intitulé de l'orientation

Annonce et accompagnement du diagnostic d'une maladie grave

II/ Contexte et enjeux

L'annonce du diagnostic d'une maladie est un temps essentiel de la prise en charge : plus le patient s'approprie sa maladie, meilleure est sa capacité à faire des choix en conscience des conséquences de celle-ci. La bonne adhésion du patient aux traitements qui lui sont proposés - et adaptés avec lui - s'inscrivent dans ce processus de réorganisation de sa vie.

En outre, l'annonce d'une mauvaise nouvelle constitue une étape majeure de la relation avec le patient.

En effet, si la mauvaise nouvelle concerne le patient par la modification radicale du cours de sa vie, elle concerne également le professionnel de santé par les difficultés qu'engendrent son annonce et son accompagnement tant en termes de comportement que de savoir-être.

Elle concerne les médecins mais également tous les professionnels qui assurent la prise en charge du malade.

Pour accompagner cette étape clé du parcours du patient, la Haute autorité de santé (HAS) a élaboré plusieurs documents dont un guide en février 2014 sur « Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique » et un outil d'amélioration des pratiques professionnelles en mai 2008 intitulée « Annoncer une mauvaise nouvelle ».

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2 clics-aa_patient_mc_300414.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé

Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

stratégie nationale de santé

IV B Réaffirmer le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et associer les citoyens à la gouvernance du système de santé ;

Plan cancer 2008-2014

Action 7.2 : Adapter et renforcer le dispositif d'annonce.

Janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

L'objectif de l'orientation nationale prioritaire de DPC « Annonce et accompagnement du diagnostic d'une maladie grave » est d'apporter aux équipes de professionnels de santé qui prennent en charge un patient atteint d'une maladie grave à l'étape de son diagnostic, des principes de prise en charge.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Le périmètre de l'orientation nationale prioritaire de DPC « Annonce et accompagnement du diagnostic d'une maladie grave » concerne les pathologies pouvant modifier l'espérance de vie du patient, ainsi que celles dont l'évolution prévisible aura un impact négatif important sur la qualité de vie du patient de par le handicap physique ou psychique généré par la maladie. A titre d'exemples, peuvent être cités : le cancer, l'infection par le VIH, une anomalie génétique grave et les pathologies pour lesquelles une réflexion et des recommandations dans ce domaine existent. Par ailleurs, le code de la santé publique encadre l'annonce d'un diagnostic et de ces suites pour le cancer (R.6123-88) et pour les maladies génétiques (L. 1131-1-3).

L'action de formation peut ne concerner qu'une seule maladie avec ses spécificités.

Cette orientation s'adresse aux médecins traitant et à tous les professionnels du soin impliqués dans ce temps de prise en charge des patients, quel que soit leur lieu d'exercice.

Les programmes DPC s'appuieront sur les documents de la HAS qui abordent les points suivants :

- Les préalables à l'annonce du diagnostic et notamment les éléments à prendre en compte ;
- L'annonce du diagnostic : processus d'annonce, points pouvant être abordé par le patient, accompagnement du patient dans l'annonce du diagnostic à son entourage ;
- L'accompagnement de l'annonce et notamment la prise en compte des conséquences de l'annonce sur le patient et son entourage.

A l'issue de ces actions de formation, le professionnel de santé devra être en mesure de :

- Connaître la réglementation en matière de droit à l'information des patients ;
- Structurer un entretien d'annonce avec un patient et/ou son entourage ;
- Identifier les processus psychologiques/les mécanismes de défense en jeu chez le patient et l'entourage ;
- Appréhender le choc de l'annonce et s'adapter aux mécanismes de défense rencontrés lors de l'annonce du diagnostic ;
- Prendre conscience de ses émotions et de ses limites à partir de ses ressentis et vécus en tant que professionnel de santé ;
- Développer sa capacité de communication et les attitudes et habilités relationnelles favorisant un climat de confiance ;
- Accompagner le patient et ses proches face à l'annonce de la maladie ;
- Reconnaître l'importance du travail pluridisciplinaire autour de l'annonce : le partage d'information dans l'équipe, l'utilisation d'outils de coordination, la clarification des rôles au sein de l'équipe (l'exemple du dispositif d'annonce dans le cadre des cancers peut être cité : temps médical et temps d'accompagnement soignant).

Moyens / méthodes pédagogiques : apports théoriques, analyse de la pratique à partir d'échanges, de débats, d'études de situations concrètes, d'exercices de simulation.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 19

I/ Intitulé de l'orientation
Prise en compte de l'expérience patient dans les pratiques
II/ Contexte et enjeux
L'expérience patient se définit comme l'ensemble des interactions et des situations vécues par un patient au cours de son parcours de soins. Cette notion illustre la singularité de la perspective d'une personne confrontée à un problème de santé, en particulier par rapport à celle des professionnels chargés de lui venir en aide. L'expérience patient est par essence globale et transversale, ce qui la rend difficile à appréhender. Fruit d'une combinaison d'éléments factuels et d'éléments plus subjectifs, l'expérience patient a longtemps été réduite à l'expression de la satisfaction qui en découle. Aujourd'hui, de nombreuses études montrent l'intérêt clinique, éthique et organisationnel d'une meilleure prise en compte de l'expérience patient. Si la formation initiale des professionnels de santé ne les prédisposent pas nécessairement au recueil, à l'analyse et à l'exploitation de l'expérience patient, il est désormais indispensable de les encourager dans cette voie. Les patients d'aujourd'hui sont souvent mieux informés et les savoirs issus de leur expérience ne peuvent être ignorés au risque d'obérer la qualité de leur prise en charge ou de contrarier leur désir de considération et d'autonomie. Mais la prise en compte de l'expérience patient est également un formidable levier de ré-interrogation des pratiques professionnelles. Elle peut jouer le rôle d'un véritable révélateur des points forts et axes d'amélioration et de boussole pour orienter les efforts individuels et collectifs dans la recherche d'une prise en charge de qualité.
III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
-Axe IV « innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens », j) B Réaffirmer la place des usagers dans le système de santé. <i>Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022</i>, -Engagement n°1 « Favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin » <i>Stratégie de transformation du système de santé (STSS) v/ "Ma Santé 2022"</i>, « Favoriser la qualité, c'est assurer au patient qu'il recevra le bon soin par le bon professionnel au bon moment (la pertinence des soins), c'est prendre davantage en compte son vécu et ses retours d'expérience, mais aussi lui donner accès à une information qui lui permette de devenir acteur de sa santé. »

1-août-19

-**Chantier prioritaire** qualité et pertinence des soins,
 -**Objectif opérationnel n°3.1** « Mobiliser les démarches existantes pour accompagner la conduite du changement dans les relations entre les usagers et les professionnels de santé ». *Feuille de route du pilotage national de la démocratie sanitaire*

Mesure législative **PLFSS 2019 ART 27 modifiant l'article L 162-23-15 du CSS** dispositif d'incitation financière visant l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en associant les usagers par la prise en compte de son vécu et de ses retours d'expérience.

Bibliographie :

Fonds d'intervention régional (FIR) mission n°2 « organisation et promotion des parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale

-Olivier Las Vergnas, Emmanuelle Jouet, Sophie Renet. « Entre reconnaissance des savoirs expérientiels des malades et coopérations réflexives collectives : un point d'étape bibliométrique ».

Politiques de communication, Presses universitaires de Grenoble, 2017, Le patient en observation, N°9, pp.117-161,

-E. JOUET – O. LAS VERGNAS « Contribution bibliographique et bibliométrique à l'étude de la place de l'engagement des patients dans le système de santé » in La participation des patients, Dalloz, coll. thème commentaires éthique biomédicale et normes juridiques, 2017, pp 203-208.

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

Accompagner l'évolution de la relation soignant-soigné Développer la collaboration patients-soignants et la co-crédation du projet thérapeutique,

Encourager la volonté d'améliorer la qualité des soins, la sécurité des soins et l'« expérience patient ».

- développer des comportements spécifiques d'écoute et de collaboration avec les patients
- renforcer l'appropriation des méthodes facilitant le recueil et l'analyse de l'expérience patient.
- évaluer et ajuster sa pratique en fonction de l'analyse des retours des patients

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Apprendre à utiliser les informations recueillies au travers du recueil de l'« expérience patient » pour améliorer des interventions spécifiques, changer les pratiques professionnelles in fine améliorer l'expérience des patients

- Définition du concept d'expérience patient
- Différence entre expérience patient et satisfaction
- Méthodologie de recueil et d'analyse de l'expérience patient
- Approches collaboratives et transformation des pratiques
- Evolution de la posture du soignant dans sa relation avec le patient
- Liens entre expérience patient et qualité de vie au travail

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 20

I/ Intitulé de l'orientation
Intégration d'une démarche de décision de soins partagée

II/ Contexte et enjeux
La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ont renforcé les droits des patients concernant notamment leur information et l'expression de leur volonté. Ainsi, l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique précise que : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » Le patient peut donc refuser tout acte de prévention, de diagnostic ou toute intervention thérapeutique, ou en demander l'interruption à tout moment, même au risque de sa vie. Toutefois, si cette décision de refus, de limitation ou d'arrêt de traitement est susceptible de mettre la vie du patient en danger, le médecin est tenu de tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables et de l'informer sur les conséquences de son refus. Si ce choix est réitéré dans un délai raisonnable compte tenu de la situation, celui-ci s'impose au médecin qui doit alors s'abstenir d'intervenir. Cette décision sera inscrite dans le dossier médical du patient (https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/). Pour accompagner ce processus de décision, la Haute autorité de santé (HAS) a développé en octobre 2013 des outils intitulés « Patient et professionnels de santé : décider ensemble – Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée » afin de soutenir les patients et les professionnels de santé dans leur prise de décision partagée concernant une question de santé individuelle. Ces outils ont été enrichis en mars 2018 par un document intitulé « Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnel de santé ».

Janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.
Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé
Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

Stratégie nationale de santé 2018-2022

- **Axe III** « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé »

B. Développer une culture de la qualité et de la pertinence

Développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en y associant les usagers

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

L'objectif de l'orientation nationale prioritaire de DPC « intégration d'une démarche de décision de soins partagée » est d'apporter aux équipes de professionnels de santé des repères méthodologiques pour élaborer un outil d'aide à la prise de décision partagée entre un patient et un professionnel de santé concernant une question de santé individuelle.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Publics ciblés : les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice.

Les programmes DPC s'appuieront sur les outils proposés par la HAS afin de rendre les professionnels de santé capable :

- maîtriser le concept de démarche de décision de soins partagée ;
- d'élaborer un outil d'aide à la prise de décision partagée ;
- d'en analyser les résultats obtenus ;
- de définir des actions d'amélioration des pratiques.

L'action de formation peut ne concerner qu'une seule situation médicale, avec ses spécificités. Ainsi, l'action peut aborder les situations cliniques suivantes :

- la prévention, par exemple participer ou non à un dépistage organisé ;
- la surveillance, par exemple surveiller sa maladie par auto-mesure ou lors d'une consultation ;
- les traitements, par exemple choisir entre un traitement médical et un traitement chirurgical.

Après avoir rappelé les notions relatives aux droits à l'information des patients ainsi que sa place dans le modèle de l'*evidence base medicine*, les actions de formation devront aborder les différentes étapes de la démarche de décision de soins partagée :

- Définir la situation,
- Identifier/dire qu'une décision est à prendre,
- S'assurer de la compréhension des enjeux par le patient,
- Présenter au patient les options possibles,
- Discuter les bénéfices et risques potentiels,
- Identifier les valeurs et préférences du patient,
- Prendre une décision,
- S'assurer de la bonne compréhension par le patient des conséquences de la décision,
- Prévoir les étapes suivantes et le suivi de la décision en fonction de l'évolution de la situation ou d'une volonté de changement de la décision par le patient.

Pour aborder l'élaboration d'un outil d'aide à la prise de décision partagée, les actions de formation s'appuieront sur les outils de la HAS et aborderont les étapes clés :

- Définir le public cible,

Janvier 2020

- Décider du format et du moment de l'utilisation de l'aide,
- Centrer le contenu sur la décision à prendre,
- Définir les acteurs et le processus d'élaboration.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2838959/fr/elements-pour-elaborer-une-aide-a-la-prise-de-decision-partagee-entre-patient-et-professionnel-de-sante

Moyens / méthodes pédagogiques : apports théoriques, analyse de la pratique à partir d'échanges, de débats, d'études de situations concrètes, d'exercices de simulation.

Janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 21

I/ Intitulé de l'orientation

Orientation et prise en charge des aidants

II/ Contexte et enjeux

Le nombre d'aidants d'un proche fragilisé par une maladie chronique, le handicap ou l'âge n'a cessé de croître au cours de ces dernières années et la France en compte actuellement une dizaine de millions. Les associations et sites dédiés aux proches aidants se sont multipliés et depuis 2010, une journée nationale leur est consacrée.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement a consacré tout un chapitre sur le rôle des proches aidants dans lequel sont notamment prévus le renforcement des dispositifs de répit ainsi que le congé de proche aidant.

Par ailleurs, de nombreux plans nationaux ont inscrit des mesures visant à développer des actions en faveur de la préservation et/ou de la qualité de vie de ce public dont on estime que près de la moitié développe une maladie chronique liée au stress et à l'épuisement.

Plus récemment, la concertation « Grand âge et autonomie », lancée le 1er octobre 2018 par le Gouvernement et dont les recommandations ont été remis par Dominique Libault le 28 mars dernier, consacre un axe prioritaire à la question du renforcement du soutien des proches aidants. L'identification des aidants, leur information, leur orientation, la prévention des risques pesant sur leur santé notamment, l'offre de répit font désormais partie des priorités du Gouvernement, rappelées par le Président de la République et par la Ministre des solidarités et de la santé à l'issue de la restitution du Grand débat national. L'ensemble des acteurs et services en contact avec les personnes malades ou en perte d'autonomie et leurs proches doivent donc être sensibilisés et mobilisés en ce sens.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

- **Stratégie nationale de santé** : Axe IV « Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers », A. « Réaffirmer la places des usagers dans le système de santé », Accompagner les aidants
- Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019
- Plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018
- Plan cancer 2014-2019
- En lien avec l'axe « Soutenir les familles et les proches aidants » dans le cadre du Comité interministériel sur le handicap
- En référence aux recommandations de bonnes pratiques de février 2010 de la HAS « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels »

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- Mobiliser tous les acteurs de la prise en charge de la personne aidée (sanitaire, social, médico-social) ;
- Apprendre à repérer un proche aidant en souffrance (outil de repérage) ou en rupture de suivi médical ;
- Savoir prendre en charge les troubles et symptômes de l'aidant en favorisant les approches non médicamenteuses grâce à la mobilisation des ressources des territoires (café des aidants, soutien psychologique, PFR,...) ;
- Savoir orienter l'aidant vers des dispositifs de formation ou des modules d'éducation thérapeutique adaptés à la prise en charge de la pathologie de la personne aidée ;
- Savoir proposer aux aidants à un suivi médical (consultation annuelle,...).

V/ Périmètre – Eléments de programme

- Présentation des éléments épidémiologiques et de morbi-mortalité des aidants de personnes âgées, handicapées ou atteintes de pathologies chroniques ;
- Outils de repérage de l'isolement et de l'épuisement de l'aidant ;
- Prise en charge des troubles et symptômes de l'aidant ;
- Information sur les différents dispositifs et ressources du territoire.

IV. Assurer la coordination et la continuité des parcours et des prises en charge

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 22

I/ Intitulé de l'orientation
Maitrise de stage et tutorat en ambulatoire

II/ Contexte et enjeux
La réalisation de stages extra hospitaliers au cours de la formation initiale des professionnels de santé a pour objectif premier de mieux former les étudiants à l'exercice en ambulatoire. Elle est aussi reconnue comme un des moyens les plus efficaces pour favoriser l'installation sur les territoires de stage dès la fin de la formation des jeunes diplômés. La possibilité de développer ces stages dépend de la disponibilité d'un nombre suffisant de maitres de stages universitaires (MSU) pour les médecins ou de tuteurs pour les autres professions, afin de pouvoir ouvrir des lieux de stage et encadrer les étudiants dans des conditions de qualité optimales. Durant les études de médecine, la réalisation de stages extra hospitaliers s'effectue au cours du 2^{ème} et du 3^{ème} cycle. En médecine générale, la progression du nombre de MSU est régulière depuis une dizaine d'années grâce à la formation organisée dans le cadre du DPC par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE). Cependant ce nombre reste insuffisant par rapport aux besoins actuels (en 2018 stage de 2^{ème} cycle réalisés dans 2/3 des cas, stages de niveau 2 réalisés dans 61% des cas) et à venir. Dans les autres spécialités, le nombre de MSU reste anecdotique, en raison d'une introduction récente de cette possibilité par la réforme du 3^{ème} cycle. Quelle que soit les évolutions à venir des modalités de formation des MSU, le DPC continuera de jouer un rôle important dans la formation initiale et surtout dans la formation continue des MSU. Ce rôle est même appelé à s'accroître à court terme en raison de l'émergence de formations à la maîtrise de stage dans les spécialités hors médecine générale. De même les formations initiales des professionnels paramédicaux conduisant à l'obtention d'un diplôme d'État font l'objet depuis 2009 d'une réforme de leurs dispositifs pédagogiques impactant notamment les modalités d'encadrement en stage. La réalisation de stages constituant pour les étudiants un élément primordial dans l'acquisition de compétences et la bonne appréhension de leur future posture de professionnel de santé, l'encadrement par des pairs est considéré comme essentiel. Ainsi, afin de garantir aux étudiants un accompagnement en stage de qualité, il convient de professionnaliser la fonction de tuteur de stage et d'assurer aux professionnels concernés une formation adaptée et harmonisée sur l'ensemble du territoire en ambulatoire. Ces évolutions concernent également la formation initiale des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des professions de la pharmacie.

Mise à jour Janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
• Plan d'accès aux soins • Chantier réseau de santé de proximité de la stratégie de transformation du système de santé
IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins
▪ Améliorer la qualité de prise en charge des patients ▪ Inciter à l'installation des professionnels de santé dans les zones en tension pour l'accès aux soins, ZIP et ZAC, afin de maintenir et améliorer l'accès aux soins dans ces zones
VI/ Périmètre – Eléments de programme
Médecins : Formation initiale pour l'encadrement des stagiaires de 2^{ème} cycle et des stagiaires de 3^{ème} cycle (stages de niveau 1 et 2 ou 3 pour la spécialité de médecine générale, stages de niveau 1, 2 et 3 pour les autres spécialités) Formations de maintien et de renforcement des compétences pour les mêmes types d'encadrement Autres professions de santé : Formation des professionnels de santé amenés à encadrer des étudiants effectuant des stages prévus dans leur cursus de formation initiale dans une structure ambulatoire. Le programme est déterminé par l'instruction du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stage Instruction du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0056.pdf

Mise à jour Janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 23

I/ Intitulé de l'orientation
Appui à la construction et à la mise en œuvre de projets d'exercice coordonné
II/ Contexte et enjeux
L'exercice en équipes coordonnées pluri-professionnelles s'est développé depuis une quinzaine d'années selon 3 modèles : les maisons de santé pluri professionnelles, les centres de santé pluri-professionnels et plus récemment les équipes de soins primaires inscrits depuis la loi de janvier 2016 dans le Code de la santé publique (CSP). Bien qu'encore minoritaire, cet exercice concerne un nombre croissant de professionnels de santé et il est plébiscité par les jeunes générations. Une première évaluation par l'IRDES a montré des gains en matière de productivité et de dépenses associés à une meilleure qualité des pratiques pour le suivi des malades atteints de pathologies chroniques (diabétiques), la vaccination et la prévention du risque iatrogénique. De plus, il contribue à stabiliser l'offre de soins dans les territoires connaissant des tensions démographiques. Ces bénéfices sont d'autant plus observés que les professionnels coopèrent de manière effective entre eux et partagent de l'information. C'est pourquoi un des objectifs de la stratégie « Ma santé 2022 » est de doubler le nombre des équipes de soins coordonnées d'ici 2022. Les communautés territoriales de santé (CPTS), elles aussi inscrites dans le code de la santé publique depuis la loi de janvier 2016, sont ancrées dans les bassins de vie et constitue une forme d'exercice coordonné à une échelle territoriale : les professionnels de santé participant aux CPTS ne partagent pas nécessairement la même patientèle mais se coordonnent pour mettre en œuvre des projets répondant aux besoins de la population de leur territoire, en utilisant une logistique commune et des outils de partage sécurisé des données de santé. Actuellement, plus de 300 projets de CPTS ont été identifiés pour l'essentiel à l'initiative des professionnels de santé de ville et avec l'appui des ARS. La stratégie de transformation du système de santé a pour ambition de mailler tout le territoire national de CPTS d'ici 2022 afin que l'exercice isolé constitue une exception et afin d'assurer une organisation territoriale des soins. La loi sur l'organisation et la transformation du système de santé inscrit dans le CSP les équipes de soins spécialisés en leur donnant comme objectif d'organiser leurs activités de façon coordonné avec l'ensemble des acteurs du territoire, et ce sera la plupart du temps dans le cadre des CPTS. Des négociations entre l'Assurance Maladie et les représentations professionnelles sont en cours pour mettre en œuvre un financement pérenne des CPTS en contrepartie de missions prioritaires (accès aux soins, organisation des parcours, prévention) et optionnelles (démarche qualité, accompagnement des professionnels). Le développement professionnel continu doit accompagner cette évolution des pratiques et des modes d'exercice.

Mise à jour octobre 2019

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

III/	Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
	- Plan d'égal accès aux soins dans les territoires - Stratégie « ma santé 2022 » (en particulier le chantier 1 sur l'organisation des soins de proximité)
IV/	Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins
	Proposer des actions de DPC pluri-professionnelles aux professionnels de santé engagés dans l'exercice coordonné, quelle que soit sa forme, pour les outiller à la construction et à la mise en œuvre de projets de santé communs.
VI/	Périmètre – Eléments de programme
	- En priorité proposition d'actions de DPC à des équipes de terrain engagées dans la mise en œuvre de projet de santé bien définis, visant à l'acquisition des compétences nécessaires à la mise en œuvre de ces projets. Ces projets peuvent porter sur l'accès aux soins, sur l'organisation des parcours de santé, sur les actions de prévention, sur l'accompagnement des professionnels de santé nouvellement installés, sur la qualité et la pertinence des pratiques ou encore sur d'autres thèmes - Egalement proposition d'actions de DPC portant sur les enjeux généraux de l'exercice coordonné et visant au développement de compétences interprofessionnelles : connaissance des leviers, ressources territoriales et acteurs institutionnels, connaissance des enjeux de la responsabilité territoriale et populationnelle, protocoles de coopération pluri-professionnels, partage sécurisé de l'information et des données médicales, utilisation d'outils numériques de coordination...

Mise à jour octobre 2019

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 24

I/ Intitulé de l'orientation
Utilisation appropriée des outils informatisés de coordination (DMP, messageries sécurisées, dossiers patients informatisés)
II/ Contexte et enjeux
Notre système de santé est confronté à de nombreux défis, parmi lesquels le vieillissement de la population et la hausse des maladies chroniques. Les maladies chroniques font l'objet de prises en charge complexes nécessitant l'intervention de nombreux acteurs qui interagissent entre eux dans le paradigme nouveau d'une médecine de parcours. Afin de garantir la qualité, la sécurité, et la continuité des soins des patients, il convient d'organiser la coordination de ces différents professionnels. Ma santé 2022 va favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients. Les outils numériques permettent d'améliorer l'échange et le partage d'informations entre les professionnels de santé, concourant ainsi à la fluidité des parcours. Ainsi, le virage numérique constitue ainsi l'un des chantiers prioritaires de la stratégie de transformation du système de santé. Le numérique de santé propose des méthodes et des outils permettant d'organiser le recueil, l'enregistrement, l'échange, le partage et l'exploitation des données de santé à des fins d'optimisation des parcours de soins, au niveau d'un patient ou d'une population de patients. Les professionnels doivent être en capacité d'utiliser l'ensemble de ces outils afin de participer efficacement à la prise en charge coordonnée des patients. L'échange de données de santé étant un traitement de données à caractère personnel, ils doivent également être informés des modalités à mettre en œuvre afin de garantir la sécurité du traitement (règlement général pour la protection des données (UE 2016/679) et loi informatique et liberté). Il est donc essentiel que les professionnels de santé disposent d'une compréhension des outils et enjeux du numérique de santé afin d'être des acteurs actifs, impliqués et responsables, de la transformation numérique du système de santé.
III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
– Rapport Pon-Courry : Accélérer le virage numérique, – https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_virage_numerique.pdf – Stratégie nationale de santé 2018-2022, Accélérer l'innovation numérique en santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf (p. 66) – Stratégie nationale e-Santé 2020 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_e-sante_2020.pdf

Mise à jour octobre 2019

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 96, https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=3EDC4EF2671C67FABC4E8B5E4F7E0DED.tplgfr36s_2?idArticle=JORFARTI000031913456&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id
- Décret DMP : Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé (<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/AFSZ1609256D/jo/texte>)
- Séroussi B, Bouaud J. The (Re)-Relaunching of the DMP, the French Shared Medical Record: New Features to Improve Uptake and Use. *Stud Health Technol Inform*. 2018;247:256-260.
- Plan Cancer 1 (2003 – 2007), Mesure 34 : Assurer d'ici 2007 l'existence d'un dossier communiquant au sein de chaque réseau de cancérologie ; Plan cancer 2 (2009 - 2013), Mesure 18 : Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant, Action 18.3 : Partager les données médicales entre professionnels de santé ; Plan cancer 3 (2014 – 2019) : Objectif 2 : Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge, Action 2.19 : Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital
- Règlement général pour la protection des données (UE 2016/679) et loi informatique et liberté.

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- Comprendre les principes de la structuration des informations et données de santé et les fondamentaux de l'interopérabilité des systèmes d'information.
- Etre en mesure de choisir et d'utiliser au quotidien les outils numériques de santé :
 - Le dossier patient informatisé pour le recueil et le stockage des informations et données de santé
 - Les outils d'échange et de partage d'informations et données de santé pour la coordination des soins
 - Les outils d'aide à la décision pour la prise en charge des patients et le pilotage
 - Les bases de données, les plateformes, et les entrepôts de données pour l'exploitation des informations et données de santé, et l'évaluation des pratiques professionnelles
- Savoir les règles de sécurisation des informations et données de santé.
- Connaître la notion de traitement des données à caractère personnel, les obligations du responsable de traitement, et les droits des patients notamment en matière de consentement.

V/ Périmètre – Eléments de programme

- Définition du périmètre de la notion « d'équipe de soins »
- Structuration des informations et données de santé : modèles de données, standards HL7 (CDA, FHIR) et codage sémantique (principales terminologies de référence : CIM, CISP-2, SNOMED CT, LOINC)
- Dossier patient informatisé : définition, structuration, interfaces utilisateur, interopérabilité avec les autres outils numériques
- Dossier médical partagé : principes généraux, modalités de création, d'alimentation et de lecture, notions sur la DMP-compatibilité, liste des documents attendus dans le DMP (volet de synthèse médicale, lettre de liaison de sortie, comptes rendus de biologie médicale, programme personnalisés de santé, carnet de vaccination électronique, etc), masquage et données sensibles, accès en bris de glace, journalisation des accès, identification / authentification forte pour tout accès
- Logiciel d'aide à la prescription et principes de la e-prescription : modalités et finalités

Mise à jour octobre 2019

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- Dossier pharmaceutique : principes généraux, accessibilité aux pharmaciens, aux médecins et aux patients (via le DMP, [service mis à disposition à partir de 2021])
- Dossier communicant de cancérologie : partage des documents du parcours en cancérologie (fiche de synthèse de la réunion de concertation pluridisciplinaire, programme personnalisé de soins, compte rendu d'anatomo-cytopathologie) entre la ville (dont le médecin traitant) et l'hôpital
- Messagerie sécurisée : modalités d'échange d'informations et de données de santé par messagerie sécurisée (sauf opposition du patient à l'intérieur de l'équipe de soins, avec consentement en dehors de l'équipe de soins), principe de fonctionnement des messageries sécurisées de l'espace de confiance MSSanté
- Notions de cybersécurité : chaîne de contamination, logiciels malveillants (vers, virus, cheval de Troie, etc), concepts de base du chiffrement
- Plateforme du bouquet de services [mis à disposition des professionnels de santé à partir de 2022, voir description dans le rapport Pon/Coury] : principes généraux, modalités de fonctionnement et d'utilisation
- Espace numérique de santé [mis à disposition des usagers à partir de 2022, voir description dans le rapport Pon/Coury et dans le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé] : principes généraux, modalités de création et de fonctionnement, modalités d'accès pour les professionnels de santé

Mise à jour octobre 2019

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 25

I/ Intitulé de l'orientation

Indications et bonnes pratiques en matière de télémédecine, de télésoins et de robotisation

II/ Contexte et enjeux

La télésanté est une forme de pratique de soin à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle comprend :

- la télémédecine, qui regroupe les activités médicales à distance. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi, de requérir un avis spécialisé, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.
- Le télésoin, qui met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences

La télésanté est un moyen d'amélioration de l'accès aux soins, de la coordination des professionnels et de diminution des hospitalisations évitables et du recours aux urgences, le développement de la télémédecine fait l'objet depuis 2011 d'une stratégie nationale de déploiement. Ce développement va connaître une accélération au cours des prochaines années avec l'intégration au droit commun du remboursement des actes de téléconsultation et de téléexpertise par l'Assurance Maladie. La télésurveillance quant à elle demeure dans un cadre expérimental de financement jusqu'à fin 2022. De même l'article 13 du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit la création du télésoin, ouvrant un nouveau champ de développement de cette innovation organisationnelle.

Pour soutenir ce développement, les pouvoirs publics et les acteurs de la santé proposent plusieurs types d'outils et démarches : accompagnement des organisations territoriales ou régionales par les Agences Régionales de Santé et au niveau national, appui et guides sur des dispositifs ou des enjeux spécifiques ...

L'évolution des compétences des professionnels de santé doit aussi être accompagnée car la télésanté tend à modifier les relations avec les patients, les organisations de travail, la coordination entre professionnels et nécessite de nouveaux savoir-faire et savoir-être, y compris dans l'analyse des situations cliniques et la prise de décision. La réalisation des actes de télésanté confronte les professionnels à de nouveaux enjeux liés aux dispositifs techniques, à la distance, à la multiplication des intervenants. Les professionnels et les patients peuvent aussi parfois avoir des craintes face au risque de déshumanisation de la relation médicale et de soins.

Des premiers repères pour les pratiques professionnelles sont disponibles et d'autres guides de bonne pratique sont en cours d'élaboration par la Haute Autorité de Santé. Au travers de l'orientation « Indications et bonnes pratiques en matière de télémédecine et de télésoin » le Développement

Mise à jour octobre 2019

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Professionnel Continu (DPC) favorisera l'appropriation des bonnes pratiques par chaque professionnel concerné et contribuera ainsi à la qualité et à la sécurité des prises en charge impliquant des actes de télémedecine.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

➤ **Stratégie nationale de santé 2018-2022**

- **Axe II « LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES D'ACCÈS À LA SANTÉ »**

B. LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES

- - Généraliser l'usage du numérique

Afin de développer l'accès à une médecine innovante et de qualité sur l'ensemble du territoire, les usages du numérique doivent être généralisés : par exemple, la télémedecine abolit les distances et étend la capacité d'action des professionnels de santé.

➤ **Ma santé 2022**

AXE 6 Le déploiement de la télémedecine pour abolir les distances -

Le projet de loi « Ma santé 2022 » prévoit d'autoriser le « télésoin », c'est-à-dire la pratique de soins à distance entre un patient et un pharmacien ou un auxiliaire médical, par exemple un infirmier, un orthophoniste ou un orthoptiste. Cette disposition vient compléter la télémedecine, réservée aux professions médicales. Elle facilitera l'accès aux soins des populations peu mobiles ou résidant dans des territoires isolés.

- #### ➤ **Feuille de route « Accélérer le virage numérique »** - Action 18 : Accompagnement au déploiement de la télémedecine et du télé-soin

Dispositions législatives :

Article L. 6316-1 du code de la santé publique : La télémedecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine modifié par le Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémedecine

Article 13 du projet de loi OTSS (télésoin)

Bibliographie :

Avis/guides/rapports :

HAS ; Guide de bonnes pratiques et fiche mémo pour la qualité et la sécurité des actes de TLE et de TLE ; juin 2019

HAS ; Méthode patient traceur adaptée aux actes de TLC et TLE pour permettre aux professionnels d'évaluer et d'améliorer leurs pratiques ; juin 2019

HAS ; Document d'information sur la téléconsultation destiné au patient ; juin 2019

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques

HAS ; Guide de bonnes pratiques et fiche mémo pour la qualité et la sécurité des actes de téléimagerie ; Juin 2019

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971634/fr/teleimagerie-guide-de-bonnes-pratiques

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- favoriser l'appropriation des bonnes pratiques par chaque professionnel concerné et contribuer ainsi à la qualité et à la sécurité des prises en charge impliquant des actes de télémedecine.
- Accompagner l'évolution des compétences des professionnels de santé car la télésanté tend à modifier les relations avec les patients, les organisations de travail, la coordination entre professionnels et nécessite de nouveaux savoir-faire et savoir-être, y compris dans l'analyse des situations cliniques et la prise de décision.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

- Publics ciblés : les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice
- Définition des rôles et responsabilités (déontologiques, éthiques, juridiques), et de l'organisation de la prise en charge dans le cadre des parcours de santé, protocoles, coopérations interprofessionnelles ;
- Adaptation aux nouvelles formes de relation avec le patient et avec les autres professionnels ;
- Environnement, dispositifs et prérequis techniques ;
- Mise en œuvre des actes et qualité et sécurité des soins : détection, évaluation de l'éligibilité du patient, spécificités de l'information et du recueil du consentement du patient, recueil de données, organisation, préparation, examen du patient à distance, analyse verbale et non verbale, diagnostic et décision dans le contexte de la télémedecine, traçabilité...
- Enjeux de qualité et de sécurité des soins spécifique à la télémedecine
- Analyse des incidents et événements indésirables survenus dans le cadre des activités de télémedecine

Mise à jour octobre 2019

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 26

I/ Intitulé de l'orientation
Prise en charge des cancers, notamment chez l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte (AJA)

II/ Contexte et enjeux
La prise en charge des patients atteints de cancer fait l'objet de régulières évolutions diagnostiques et thérapeutiques. Des besoins très spécifiques, notamment chez l'enfant (0-14 ans), l'adolescent (15-18 ans) et le jeune adulte (18-24 ans), ont émergé, nécessitant la création ou l'évolution de certains métiers. La formation des acteurs de la cancérologie est donc essentielle afin que les malades sur tout le territoire bénéficient des progrès. Plus spécifiquement, le cancer chez l'enfant et l'adolescent est une maladie rare qui ne représente guère plus de 1% de l'ensemble des cancers. On dénombre ainsi près de 2 500 nouveaux cas chaque année en France touchant des patients âgés de 0 à 18 ans, dont la moitié chez l'enfant de moins de 5 ans et 700 chez les jeunes de 15 à 18 ans. Certaines formes de cancers sont spécifiques à l'enfant et, inversement, la plupart des cancers de l'adulte n'existent pas chez l'enfant. Si quelques facteurs favorisant le développement du cancer ont été clairement identifiés chez l'adulte (alcool, tabac, produits toxiques, virus, etc.), une cause est très rarement identifiée chez l'enfant ou l'adolescent. En termes de traitements, des progrès considérables ont été enregistrés au cours des dernières décennies, la survie à 5 ans des enfants de 0-14 ans étant passée de 58% entre 1975 et 1979, à 84% entre 2008 et 2014. On peut ainsi guérir aujourd'hui quatre enfants sur cinq en moyenne, ce chiffre variant bien entendu selon le type et l'étendue du cancer au moment du diagnostic (certains cancers, comme le gliome infiltrant du tronc cérébral restant de très sombre pronostic). Ces progrès thérapeutiques sont à relier à une meilleure compréhension de la physiopathologie et de l'histoire naturelle de ces cancers, à l'amélioration des procédures de chimiothérapie et des techniques de radiothérapie, à l'introduction de médicaments innovants (notamment via les essais thérapeutiques), à des collaborations efficaces entre les différents spécialistes impliqués dans la prise en charge thérapeutique et à une harmonisation des procédures de traitement, à l'échelon national, via les organisations interrégionales chez l'enfant et l'adolescent (OIR) et régionales (RRC) et les réunions de concertation pluridisciplinaires de recours, ainsi qu'à l'échelon international. Par ailleurs, la collaboration de spécialistes de la prise en charge de l'enfant avec des spécialistes de l'adulte, contribue à améliorer le pronostic des AJA par le biais d'un partage réciproque d'expertise et d'expérience. Enfin, la recherche médicale constitue la clé de voûte des progrès constatés à toutes les étapes de la prise en charge. Au total, la préoccupation des spécialistes est d'optimiser les stratégies thérapeutiques afin de guérir encore plus d'enfants et d'AJA tout en œuvrant à réduire au maximum les séquelles du cancer et de ses traitements, via la diffusion des innovations et la désescalade thérapeutique, ainsi que le suivi à long terme des patients après cancer.

Mise à jour Janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

III/ Stratégie nationale de santé 2018-2022 et références

La prise en charge des cancers s'inscrit, de manière transversale, dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 et touche ainsi l'ensemble de ces axes :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé (ex. : réduction de la prévalence des pratiques addictives et de l'exposition aux pollutions extérieures et aux substances nocives pour la santé ; promotion d'une alimentation saine) ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ; garantir la sécurité, la qualité et la pertinence des prises en charge (ex. : structuration de l'offre de soins en établissements de santé pour concilier proximité et accessibilité aux plateaux techniques et expertises de recours) ;
- Innover pour transformer notre système de santé (ex. : accès aux innovations thérapeutiques).

La prise en charge du cancer fait aussi l'objet d'un plan national : le Plan Cancer 2014-2019 dont les ambitions sont multiples :

- Guérir plus de personnes malades ;
- Préserver la continuité et la qualité de vie à toutes les étapes du traitement, en réduisant les séquelles du cancer et de ses traitements et en accompagnant chaque patient dans l'après cancer ;
- Investir dans la prévention et la recherche ;
- Optimiser le pilotage et les organisations.

Ces ambitions ont été déclinées et adaptées en ce qui concerne les cancers pédiatriques pour mieux répondre aux besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes :

- Garantir des prises en charge adaptées et de qualité ;
- Améliorer l'accès des enfants, adolescents et jeunes adultes à l'innovation et à la recherche ;
- Garantir l'accompagnement global au-delà des soins liés aux cancers et la continuité de vie pour le patient et ses proches ;
- Mieux préparer, suivre et accompagner les personnes guéries d'un cancer survenu dans l'enfance ou la période AJA ainsi que leur famille dans l'après-cancer.

Enfin, la loi n° 2019-180 du 8 mars 2019 a fixé un cadre pour renforcer la prise en charge des cancers pédiatriques par la recherche, le soutien aux aidants familiaux, la formation des professionnels et le droit à l'oubli et pour construire une nouvelle stratégie décennale de lutte contre le cancer, dans les suites du Plan cancer 2014-2019.

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- Partager et diffuser les grands enjeux et évolutions mais aussi les perspectives en ce qui concerne les prises en charge du cancer.
- Partager et diffuser les grands enjeux et évolutions mais aussi les perspectives spécifiques aux cancers de l'enfant et de l'adolescent – jeune adulte.
- Sensibiliser les professionnels de santé concernés sur les actions qui relèvent de leurs compétences pour contribuer à l'amélioration et à l'harmonisation de leurs pratiques.
- Analyser, en équipe, les pratiques existantes en utilisant les méthodes et outils mobilisables (notamment à partir des travaux de l'INCa) pour une prise de décision adaptée aux besoins de soins du patient tout au long de son parcours, qu'il soit adulte, enfant ou adolescent.
- Donner aux professionnels les outils leur permettant de construire, à l'aune des nouveaux enjeux et évolutions et sur la totalité du parcours des patients (du diagnostic à l'après-cancer), un plan d'actions d'amélioration de la prise en charge des cancers et notamment ceux des enfants et des AJA et d'en mesurer les résultats.

Mise à jour Janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Publics ciblés

Les professionnels de santé (médecins ou non médecins) quel que soit leur lieu d'exercice : sanitaire, médico-social, social, HAD ou domicile, du public ou du privé. La prise en charge des cancers doit, en effet, être comprise au sens large, menée dans le cadre d'un travail en équipe médicale et paramédicale. Les représentants des usagers, voire des patients jouent aussi un rôle clé car en termes de parcours, de prise en compte de la qualité de vie et des symptômes fréquemment associé à un cancer (douleurs, fatigue, dénutrition, détresse psychologique, notamment) le choix du patient, la décision partagée et l'attente du patient, le cas échéant, des aidants familiaux, en termes d'informations sont des éléments fondamentaux à prendre en compte. L'accompagnement social dans les démarches administratives et celles de la vie courante (retour au travail, projets personnels, exercice du droit à l'oubli) doit également être pris en compte, afin de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle après la maladie.

Savoir- faire

Le programme s'articulerait autour de 4 axes :

1/ Présentation générale des grands enjeux, évolutions et perspectives en ce qui concerne les prises en charge du cancer

2/ Analyse de pratiques en équipe par étude de cas (dossiers de cas réels anonymisés apportés par les équipes adulte, adolescent et enfant et du sujet âgé)

3/ Elaboration et mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la prise en charge des cancers (clinique, thérapeutique, relationnel, éthique)

4/ Elaboration et mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la prise en charge des cancers ciblé sur les enfants et les adolescents – jeunes adultes (clinique, thérapeutique, relationnel, éthique)

Savoir-être

- Acquisition des repères « théoriques » sur la prise en charge des cancers (cadre réglementaire, guides et documentation de la HAS et de l'INCa notamment)
- Réflexion sur la pratique, les comportements professionnels et leur amélioration
- Contribution effective à la dynamique de bientraitance, de prise en compte des symptômes fréquemment associés au cancer, de développement des soins de support, d'accompagnement des aidants au sein de l'établissement et de préparation du parcours ambulatoire du patient à sa sortie d'hospitalisation.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 27

I/ Intitulé de l'orientation

Repérage, évaluation de la crise suicidaire et intervention de crise chez les patients vivant avec des troubles psychiatriques

II/ Contexte et enjeux

Contexte

La **stratégie nationale de santé** constitue le cadre de la politique de santé de la France. Pour la décliner, la Ministre a souhaité que soit élaboré un **plan national santé publique « Priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie »** comme plan cadre de référence pour les actions de prévention et de promotion de la santé.

Le plan priorité prévention invite à la mise en place de 5 actions complémentaires en prévention du suicide. Cette proposition est reprise dans la **feuille de route Santé mentale psychiatrie** adoptée par Comité stratégique de la Santé mentale et de la psychiatrie.

Il s'agit de l'action 6 du premier axe « Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide » consistant à « mettre à disposition des agences régionales de santé un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide », c'est-à-dire :

- le recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide,
- l'actualisation de la formation des professionnels au contact des personnes à risque suicidaire,
- la formation de médecins généralistes à la prise en charge de la dépression incluant le risque suicidaire,
- la prévention de la contagion suicidaire
- l'étude des conditions de mise en place d'un numéro national de recours pour les personnes en détresse psychique extrême.

Enjeux

Le repérage du risque suicidaire, l'évaluation puis l'intervention de crise suicidaire est en conséquence fondamental pour éviter tant le décès par suicide (**8 948 en 2015**) que les tentatives de suicide (TS) annuelles (estimées à **200 000**) par l'observatoire national du suicide.

Le Haut conseil de santé publique dans son évaluation du Plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 a **recommandé que les professionnels de santé puissent être formés « au repérage de la crise suicidaire et prévention du risque suicidaire chez les personnes à risque »**. Inscrire cette thématique parmi les orientations nationales du DPC sera donc un puissant levier d'amélioration des pratiques.

Enfin, selon une étude de URC ECO (APHP Hôtel Dieu, département de la recherche clinique) de 2009, le coût en France lié à la prise en charge sanitaire et autres dépenses publiques est estimé à 27,4 millions d'euros pour les suicides, à 626,7 millions d'euros pour les tentatives de suicide.

Les coûts représentés par la perte de productivité engendrée par le suicide et les TS pour la victime et ses proches sont de 3,7 milliards d'euros pour le suicide et de 449 millions d'euros pour les TS.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

S'inscrit dans le point 3 de la priorité 1-C :

- 1- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie
- C) Mobiliser les outils de prévention du système de santé
 - **Développer une politique de repérage, de dépistage, et de prise en charge précoce des pathologies chroniques.**

Elle fait également partie des mesures de la feuille de route psychiatrie et santé mentale du comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie mis en place par la Ministre en juin 2018. (Cf. Contexte).

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- Intégrer systématiquement le repérage du risque suicidaire dans le bilan clinique de patients atteints de troubles psychiatriques
- Maîtriser es outils d'évaluation de la crise suicidaire,
- Maîtriser l'intervention de crise.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

- Concept de crise suicidaire
- Typologie de crise suicidaire
- Evaluation de crise suicidaire (comporte le repérage et l'évaluation du risque suicidaire)
- Intervention de crise suicidaire

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 28

I/ Intitulé de l'orientation

Dépistage et prise en charge des maladies neuro-dégénératives (Alzheimer, Parkinson, SEP)

II/ Contexte et enjeux

Les maladies neuro-dégénératives (MND) sont aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique :

Elles touchent de l'ordre d'1,5 millions de personnes, ces chiffres étant sous-évalués du fait de diagnostics tardifs ou inexistants, notamment pour la maladie d'Alzheimer. En ciblant sur les trois principales MND visées par le plan national maladies neuro-dégénératives 2014-2019, le nombre de malades identifiés est :

- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : 1,2 millions de personnes ;
- Maladie de Parkinson : 160 000 personnes ;
- Sclérose en plaques : 100 000 personnes.

D'autres maladies relèvent de cette qualification de MND, notamment la maladie à corps de Lewy dont les critères diagnostiques ont été plus récemment établis et pour laquelle le nombre de personnes concernées oscille entre 60 000 (diagnostiquées) et 150 000 (personnes effectivement atteintes).

Les études convergent pour anticiper une augmentation significative du nombre de personnes concernées en lien avec le vieillissement de la population.

Au-delà du nombre des personnes malades, les enjeux en matière d'amélioration des parcours de soins de ces personnes sont majeurs et ont été confirmés dans le cadre du PMND et de sa déclinaison en régions par les ARS. Ils concernent notamment :

-le repérage de ces maladies, en particulier les MAMA. Le constat reste celui d'un sous diagnostic important (de l'ordre de 40%) conduisant à des pertes de chance pour les malades. Les professionnels, en particulier les médecins généralistes, doivent s'approprier la stratégie de diagnostic élaborée conjointement par le CMG et la FCM ;

-l'errance diagnostique existe aussi dans la maladie de Parkinson, mais ici, les priorités identifiées **d'amélioration du parcours** concernent plutôt la prise en charge en cas d'hospitalisation, en EHPAD et dans les structures de répit désormais ouvertes aux personnes atteintes de maladie de Parkinson (en particulier les PFR). Les enjeux de la prise régulière du traitement ou du suivi et de l'accueil à l'hôpital des patients neuro-stimulés, par exemple, sont importants. La crainte d'une interruption des traitements ou d'autres erreurs de prise en charge à l'hôpital peut conduire certains patients jusqu'à renoncer aux soins.

-le besoin d'une formation dédiée pour certaines catégories de malades nécessitant une approche spécifique est identifié en particulier pour les **malades jeunes atteints de MAMA**. 80% des structures accueillant ces personnes s'estiment mal adaptées pour accueillir les malades jeunes (enquête du CNR MAJ de Lille)

- **manque de formation des équipes (ne souhaitant pas accueillir ces patients ou ne proposant pas un accompagnement pertinent) ;**
- inadaptation des locaux ;
- type d'animations proposées non adaptées ;
- difficultés liées à la cohabitation entre différents résidents et refus pour ces malades d'intégrer les structures « classiques »

8000 personnes jeunes sont atteintes de ces maladies si le seuil est inférieur à 60 ans et 35 000 personnes si le seuil est à 65 ans.

Insuffisamment abordée dans les plans précédents, la problématique « Malades jeunes » était cependant reprise, dans son rapport remis à la Ministre Madame Touraine en avril 2017, par le Pr Clanet avec la préconisation d'une mesure spécifique dédiée à l'accueil des malades jeunes).

Ces personnes présentent des formes atypiques de la maladie et une évolution rapide des troubles ce qui nécessite une préparation spécifique des professionnels (soignants et non soignants) intervenant dans leur accueil, orientation, accompagnement et suivi.

Au regard des demandes des professionnels de terrain et d'associations d'usagers (voire de familles), et en concertation avec ceux-ci, et suite à réflexions antérieures (GT créé en 2014), l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté, a identifié dans son parcours PMND, les deux orientations prioritaires suivantes parmi les 5 retenues :

-le développement de l'offre de **prise en charge non médicamenteuse** appelle également un effort de formation : selon une enquête menée en 2014, 94% des établissements d'hébergement accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou assimilée déclarent mettre en œuvre des interventions ciblées sur les troubles psycho-comportementaux (agitation, agressivité, symptômes psychotiques...), pointant ainsi l'importance de ces interventions dans l'accompagnement et dans la diminution des troubles du comportement (TC). Un grand nombre de ces interventions sont menées par des professionnels peu voire pas formés à les mettre en œuvre, comme l'indique également la HAS, renforçant ainsi le questionnement sur le bien-fondé de celles-ci et par conséquent leur efficacité dans des conditions qui ne sont pas toujours favorables à leur implémentation. Une formation sur ce thème permettrait de rendre plus pertinentes ces interventions et de recourir plus justement aux psychotropes.

-enfin, s'agissant de la **sclérose en plaques** (5000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année en France), les enjeux de l'annonce diagnostique et la complexité des traitements sont à l'origine de besoins de formation dans un objectif d'optimisation des prises en charge. La maladie est en effet encore peu connue des non spécialistes.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

-Stratégie nationale de santé : « développer une politique de repérage, dépistage et prise en charge précoce des maladies chroniques ». L'action suivante est citée (page 30) : « poursuivre les actions de dépistage, d'accompagnement et de prise en charge des personnes souffrant de MND (Alzheimer, SEP, Parkinson ...). »

-plan national maladies neuro-dégénératives – mesure 1 « favoriser un diagnostic de qualité et éviter les situations d'errance »

-actes du colloque « du droit au diagnostic à l'annonce du diagnostic » - janvier 2017 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/du_droit_au_diagnostic_a_l_annonce_du_diagnostic.pdf

-Conclusions de la Joint action européenne : workpackage « diagnosis and post-diagnostic support » - travaux pilotés par l'équipe du Pr Krolak Salmon- HCL

-fiche bonnes pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des pratiques, des processus ou des résultats de soins

1/ Un objectif d'appropriation de la stratégie de diagnostic des MAMA élaborée conjointement par la Fédération des Centres Mémoire et le Collège de Médecine Générale :

Dans le cadre du PMND, des documents de référence ont été élaborés de manière conjointe par la fédération des centres mémoire (FCM) et le collège de médecine générale (CMG). Des efforts sont réalisés pour faire connaître notamment la stratégie de diagnostic graduée pour la maladie d'Alzheimer mais il y a un enjeu d'appropriation majeur pour ces acquis du PMND qui nécessite d'aller au-delà des actions actuellement déployées.

Mettre en œuvre vers la médecine générale et les acteurs du premier recours les actions qui permettront l'intégration dans leur pratique de la stratégie de diagnostic et d'entrée dans le parcours proposée par le guide parcours Alzheimer de la HAS et la mesure 1 du PMND est une priorité. Elle implique des actions de DPC ciblant largement les divers professionnels de santé mais avant tout les médecins généralistes.

2/ Un objectif d'amélioration des parcours de soins et de prise en charge par

-une meilleure connaissance des maladies et de leurs spécificités : ces différentes MND ont des points communs, peuvent relever de réponses communes sur certains points, mais impliquent aussi des professionnels une connaissance spécialisée. Quelques priorités ont notamment été identifiées dans le cadre du PMND :

-une connaissance des particularités de la prise en charge des Parkinsoniens à l'hôpital (éviter les incidents en cas notamment d'interruption de traitements), en EHPAD et en structures de répit ;

-la prise en charge des malades jeunes notamment dans les structures d'accueil « au long cours » type EHPAD ;

-le renforcement des compétences des personnels sur les prises en charge non médicamenteuses présentant le meilleur niveau de preuve, en adressant deux objectifs : savoir identifier quel type d'intervention est pertinent au cas par cas et savoir mettre en œuvre ces interventions.

-la prise en charge pluri-disciplinaire de la SEP, avec le besoin d'assurer une prise en charge de qualité en tout lieu du territoire, avec le soutien des centres experts mais en s'appuyant sur les ressources de proximité.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Le programme couvrira les aspects suivants :

1/ La démarche de diagnostic des MAMA

-rappel des enjeux du diagnostic de la maladie d'Alzheimer

-stratégie et étapes de la démarche diagnostique de la maladie d'Alzheimer

-plan de soins adapté (prise en charge, interventions neuro-psycho-sociales, directives anticipées et accès à la recherche)

Les enjeux et la démarche diagnostic sont au cœur du sujet mais il convient de rappeler qu'ils n'ont de sens que pour déboucher sur un plan d'action adapté.

Ces actions de DPC s'adressent plus directement aux médecins généralistes, mais également à des acteurs susceptibles d'intervenir dans le diagnostic (infirmières de pratiques avancées, psychologues ...)

2/ Les spécificités de la prise en charge des malades jeunes

-Connaître les spécificités propres aux patients jeunes souffrant de MND et l'impact des troubles liés sur leur quotidien (famille et problématiques conjoint/enfants/aidants, vie sociale et professionnelle, vie culturelle et activités...).

-Savoir faire face aux situations posant problème chez les patients jeunes (troubles du comportement, violence ...) pour mieux les accompagner et les soutenir.

-Contribuer au soutien des aidants de ces patients jeunes : connaître l'existant en matière d'offre (accueil/soutien : plateformes répit aidants, halte-répits MJ, cafés aidants, groupes de parole... ; accompagnement : ex. prise en charge ESA, gestion de cas MAIA... ; accueil permanent...)

-Réfléchir à d'autres solutions ou dispositifs en se basant sur des expériences de terrain d'ici et d'ailleurs.

Ce programme s'adresse plus particulièrement aux structures appelées à accueillir des malades jeunes au long cours (EHPAD, structures de répit ...)

3/ Les prises en charge non médicamenteuses

- connaître les prises en charge validées pour lesquelles existent des éléments de preuve robustes ;
- savoir identifier les prises en charge pertinentes au regard des situations individuelles et notamment en cas de troubles du comportement (SPCD : syndromes psychologiques et comportementaux de la démence)

- savoir mettre en œuvre ces approches

- stratégies face aux situations les plus fréquentes : résistance aux soins d'hygiène, errance, cris ...

Ce programme s'adresse plus particulièrement aux personnels des EHPAD et de toute structure proposant une prise en charge non médicamenteuse / intervention psycho-sociale

4/ prise en charge des personnes atteintes de la maladie de Parkinson

- identifier les caractéristiques physiopathologiques et l'étiopathogénie de la maladie de Parkinson et des maladies apparentées

- repérer les symptômes de ces maladies

- identifier les éléments de la prise en charge thérapeutique

- identifier les stades évolutifs de la maladie et complications liées aux traitements

- connaître les enjeux liés aux traitements (régularité ...)

- connaître les bonnes pratiques de la prise en charge aux urgences et à l'hôpital, notamment pour les patients neuro-stimulés

- adapter la prise en charge du patient dans son parcours de soins

Ce programme s'adresse plus particulièrement aux personnels des EHPAD et des structures de répit appelés à accueillir régulièrement des patients parkinsoniens ainsi qu'aux personnels des hôpitaux, notamment les services d'urgence. Il doit être modulé en fonction du public.

5/ Prise en charge pluri-disciplinaire de la Sclérose En Plaque: comment l'organiser ?

- optimiser l'annonce diagnostique : le spécialiste d'une part et le médecin traitant d'autre part doivent chacun jouer un rôle dans ce moment critique (une annonce diagnostique réussie est un facteur de réussite pour une prise en charge efficace) en utilisant les dispositifs conventionnels adaptés (consultation de reprise d'annonce ...)

- la prise en charge de la SEP : les traitements sont de plus en plus nombreux mais aussi complexes, sources d'effets secondaires graves et nécessitent une surveillance particulière. Le suivi requiert des équipes une bonne connaissance de la maladie et des traitements.

Mise à jour février 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 29

I/ Intitulé de l'orientation

Repérage précoce, dépistage, diagnostic et prise en charge des enfants présentant des troubles du neuro-développement (TND), dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA)

II/ Contexte et enjeux

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles mettent fortement l'accent sur l'importance de mettre en œuvre des interventions précoces, dès suspicion d'un trouble du neuro-développement. Cette précocité au sens du neuro-développement vise à limiter autant que possible le développement de la dysfonction et l'installation de l'incapacité. Il s'agit d'intervenir en amont de la constitution du handicap en limitant l'impact du déficit sur les capacités d'acquisition, d'apprentissage et d'adaptation, l'objectif étant de modifier autant que possible la trajectoire du handicap pour permettre une autonomie accrue et une meilleure inclusion.

Or, encore aujourd'hui, l'organisation du parcours, du repérage au diagnostic, n'est pas satisfaisante. Les délais d'attente pour l'accès au diagnostic, auxquels s'ajoutent les listes d'attente pour la prise en charge par une structure, constituent fréquemment un frein au déploiement d'interventions très précoces, à même d'influer très positivement sur le développement du jeune enfant.

Le repérage précoce des enfants présentant des TND, notamment des enfants avec troubles du spectre de l'autisme, constitue une priorité de la nouvelle stratégie nationale 2018-2022 pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement¹. Dans ce cadre, le gouvernement a fixé comme objectif la mise en place d'un parcours de bilan et intervention précoce pour les jeunes enfants, en amont du diagnostic, afin d'accélérer l'accès à un diagnostic, favoriser des interventions précoces et ainsi répondre aux problèmes d'errance diagnostique et de sur-handicap. Cette mesure s'inscrit dans une action plus large visant à généraliser, organiser le repérage et structurer un parcours fluide et sécurisé. Cette orientation va notamment se concrétiser par la création dès juin 2019 de plateformes d'orientation et de coordination.

La réalisation de cet objectif majeur implique des actions fortes en termes d'information et de sensibilisation des professionnels, comme en termes de formation, en particulier dans le contexte de la parution et de l'actualisation des RBP. La stratégie nationale prévoit ainsi des actions spécifiques en matière de formation continue des professionnels de santé. Sur ce dernier point, le DPC constitue un levier déterminant, et identifié comme tel au sein de la stratégie. Le 3ème plan autisme avait prévu plusieurs actions à destination des professionnels de santé pour les sensibiliser à ces questions, mais celles-ci sont restées limitées alors que les besoins de formation, notamment continue, sont importants, comme le confirme le sondage réalisé à l'initiative de la Cour des comptes auprès d'un échantillon

¹ On estime que les troubles du neuro-développement concernent 5 à 7% des enfants pour la seule tranche d'âge 0 - 6 ans.

représentatif de médecins généralistes, de pédiatres et de psychiatres en mai 2017², afin de déterminer leur niveau de connaissances sur les TSA et d'identifier les difficultés rencontrées dans leur pratique en matière de repérage et de diagnostic.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé

Référence aux plans de santé, références réglementaires et bibliographiques (le cas échéant)

Le choix de prioriser cette problématique s'appuie sur les orientations définies dans le cadre de plusieurs politiques publiques ou réformes :

- En premier lieu, la **stratégie nationale autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022**, annoncée en avril 2018 et en particulier l'engagement 2 « *Intervenir précocement auprès des enfants présentant des différences de développement, afin de limiter le sur-handicap* », à la réalisation duquel contribuent les mesures 34³, 35⁴, 36⁵, 65⁶.
Les mesures 34 et 35 ont connu des traductions législatives et réglementaires fin 2018 : articles L.2135-1 du Code de la santé publique et L. 174-17 du Code de la sécurité sociale ; décret n°2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement ; circulaire n°SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement.
- La **stratégie nationale de santé 2018-2022** et son axe 5 (« *Améliorer le repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant* »)
- La **refonte du carnet de santé** destinée à améliorer le repérage des troubles du développement.

Cette priorisation s'appuie également sur les **recommandations de bonne pratique (RBP) et les expertises publiées entre 2012 et 2018** sur ce champ :

- RBP HAS « *Troubles du spectre de l'autisme - signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent* » qui est venue actualiser en février 2018 la recommandation élaborée en 2005 par la Fédération française de psychiatrie (FFP) en partenariat avec la HAS ;
- RBP « *Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent* » publiée en mars 2012 ;
- RBP « *Troubles dys : comment mieux organiser le parcours de santé d'un enfant avec des troubles DYS ?* » publiée en janvier 2018 ;
- RBP HAS « *Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité* », publiée en décembre 2014 ;
- Expertise INSERM sur les déficiences intellectuelles publiée en décembre 2014.

² Parmi les principaux résultats, il convient de souligner les points suivants :

- si l'ensemble des professionnels identifie correctement un certain nombre de facteurs de risque associés aux TSA, comme l'existence d'antécédents familiaux ou la prise de certains médicaments et notamment d'anti épileptiques, des facteurs erronés sont également cités dans des proportions non négligeables (la consommation de tabac, citée notamment chez 20% des médecins généralistes ou la vaccination, citée chez 5 % des professionnels ...) ;
- s'agissant des connaissances en matière de prise en charge des TSA, la majorité des psychiatres (74 %) et des pédiatres (79 %) estime leur niveau « moyen à excellent », tandis que la majorité des généralistes (62 %) l'estime « faible à insuffisant », que ce soit pour le diagnostic ou la prise en charge, aussi bien des enfants que des adultes ;
- face à une suspicion de TSA, seuls les psychiatres affirment en majorité (71 %) poser eux-mêmes le diagnostic, tandis que 60 % des pédiatres et 90 % des généralistes orientent vers un autre intervenant. La majorité des médecins estime que le diagnostic peut être posé entre 0 et 2 ans, mais ce pourcentage est plus élevé parmi les pédiatres (89 %) et les psychiatres (76 %) que les généralistes (60 %) ;
- les filières d'adressage pour confirmer un diagnostic ne sont pas clairement définies comme le montre l'hétérogénéité des pratiques. Quand les médecins sont face à une suspicion de TSA chez un enfant, ils l'orientent prioritairement d'abord vers un service hospitalier, un CMP ou un CMPP pour ce qui est des généralistes, tandis que les psychiatres orientent prioritairement vers le CRA et les pédiatres vers un CAMSP et le CRA ;
- près de la moitié des médecins généralistes et 20 % des pédiatres reconnaissent n'avoir reçu aucune formation. Seule la moitié des psychiatres et un tiers des pédiatres ont bénéficié d'une formation initiale et continue. La plupart des médecins souhaitent en tout cas une formation plus poussée sur les TSA.

³ Mesure 34 : mise en place d'un forfait intervention précoce en libéral.

⁴ Mesure 35 : création de plateformes orientation et diagnostic autisme TND.

⁵ Mesure 36 : généralisation du programme personnalisé d'accompagnement.

⁶ Mesure 65 : renforcement de la formation continue des professionnels de santé : appel d'offre DPC autisme, circulaire ANFH. Ambition 3 de la stratégie « Conforter les équipes de professionnels au service des personnes et de leurs familles dans leurs champs de compétence et l'exercice de leurs missions ».

Mise à jour février 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Le choix de cette orientation se nourrit enfin des **constats convergents dressés, sur le champ des TSA, par la Cour des comptes** (Rapport relatif à l'évaluation de la politique en direction des personnes présentant des TSA de décembre 2017), **l'IGAS** (Rapport IGAS-IGEN relatif à l'évaluation du 3^{ème} plan autisme dans la perspective de l'élaboration d'un 4^{ème} plan de mai 2017 et rapport IGAS relatif au fonctionnement des CRA de mars 2016) et le **Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale** (Rapport d'information sur l'évaluation de la prise en charge de l'autisme de juin 2018).

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

Il s'agit par cette action de favoriser la diffusion et l'appropriation des recommandations de bonne pratique publiées récemment (cf. supra) et la prise en compte de l'évolution des connaissances depuis 10 ans dans le domaine de la détection, du diagnostic et des interventions précoces pour les enfants présentant un trouble du neuro-développement.

L'enjeu principal d'un repérage puis d'un diagnostic précoce est, en effet, la possibilité de mettre en œuvre des interventions adaptées aux enfants, globales, personnalisées et coordonnées, dans le but de favoriser leur développement et leurs apprentissages, de réduire les sur-handicaps et de faciliter le parcours de vie des enfants et l'accompagnement de leurs familles dans l'appréhension des troubles et la définition d'un projet de vie adapté à l'enfant.

En termes de transformation des pratiques, l'objectif sera de permettre aux professionnels ciblés :

- d'améliorer leur connaissance des caractéristiques cliniques des enfants avec TND (dont notamment les enfants avec TSA) en référence aux recommandations de bonne pratique professionnelle et aux données les plus récentes de la littérature internationale.
- de s'approprier la démarche diagnostique (positifs, différentiels, comorbidités) et de connaître les signes d'alerte.
- de connaître et de savoir utiliser les principaux outils de référence qui permettent de réaliser une évaluation diagnostique et fonctionnelle chez l'enfant.
- de ne pas banaliser les inquiétudes des parents et de soutenir la mise en place d'une démarche diagnostique.
- de se familiariser avec les programmes coordonnés d'intervention thérapeutique et éducative recommandés, ainsi que leur mise en œuvre dans un cadre précoce pour pouvoir conseiller, orienter à bon escient et proposer des recommandations voire, pour certains professionnels, initier un projet personnalisé d'interventions.
- de connaître les éléments de parcours des enfants avec TND – TSA et les dispositifs impliqués dans ce parcours.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Professionnels ciblés :

- Médecins : médecine générale, pédiatrie, pédopsychiatrie, neurologie, génétique, médecine physique et de réadaptation, médecins scolaires ou de PMI, etc.
- Autres professionnels de santé amenés à intervenir dans le parcours d'un enfant : orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, puéricultrices, infirmiers, etc.

Eléments de programme :

- Connaissance du développement normal et des mécanismes qui sous-tendent les troubles du neuro-développement : compréhensions des particularités développementales, définitions, classifications (DSM 5, CIM 10 et à terme CIM 11), épidémiologie, troubles associés aux TND.

Mise à jour février 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- Clinique et actualités des TND.
- Démarche diagnostique : signes d'alerte et outils diagnostiques en fonction de l'âge, pratiques des bilans diagnostiques et fonctionnels.
- Annonce du diagnostic et partenariats avec les familles.
- Présentation des différentes stratégies d'interventions précoces recommandées.
- Présentation des différents dispositifs susceptibles d'intervenir dans le parcours de l'enfant.

Mise à jour février 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 30

I/ Intitulé de l'orientation
Repérage précoce et prise en charge des pathologies psychiatriques et des troubles psychiques des enfants et des adolescents
II/ Contexte et enjeux
La jeunesse est une priorité nationale depuis 2013. La santé des jeunes fait partie des priorités de la stratégie nationale de santé et du plan priorité prévention lancé par le gouvernement en mars 2018. Comme la santé physique, la santé mentale est un capital dont on peut prendre soin dès le plus jeune âge. Cela passe par différents aspects et nécessite l'implication de l'entourage des enfants. Le développement de l'enfant est un processus complexe, qui concerne à la fois le corps et le Psychisme. L'enfance est une période importante, qui nécessite un socle de sécurité interne suffisante pour «s'ouvrir au monde, explorer et acquérir des habilités (physiques, psychologiques, langagière, d'apprentissage, d'estime de soi et de relations aux autres), favorables à son autonomie et à sa socialisation. Des problématiques de santé mentale peuvent ainsi altérer le développement et le fonctionnement à la maison, à l'école, avec les autres jeunes et avec la population en général. En 2014, l'Unicef estimait qu'environ 30 % des enfants de 6 à 12 ans étaient en souffrance psychologique. Selon l'Inserm, "la prévalence des troubles dépressifs est estimée de 2,1 à 3,4 % chez l'enfant. L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des phases de la vie caractérisées par la transition, la construction de l'identité et l'acquisition de l'autonomie. Ce sont des temps de transformations physiques et psychiques constantes. Ces périodes sont donc sujettes à la vulnérabilité des jeunes qui vont exprimer des besoins variés, en fonction de leur âge, de leur niveau de maturité et de leur environnement. On note ainsi une association forte entre une mauvaise santé mentale et de nombreux autres problèmes de santé et de développement chez les jeunes, en lien notamment avec la réussite scolaire, l'usage et l'abus de substances, les violences et la santé sexuelle et reproductive En France, on estime qu'entre 10 à 20 % des jeunes sont en situation de mal, situation possiblement accrue par leurs conditions de vie ou leurs difficultés scolaires. A l'instar de ces données, le baromètre santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) montrait qu'environ 15% des jeunes de 15-25 ans déclaraient une situation de souffrance psychique au cours des 4 dernières semaines. L'Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA) estime, quant à elle, à 1 600 000 le nombre d'adolescents entre 11 et 21 ans en situation de souffrance psychique. Par ailleurs, la littérature internationale décrit qu'un adolescent sur quatre souffre d'au moins un trouble psychiatrique à un moment de sa vie Selon l'OMS, 1 Européen sur 4 est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie. La littérature internationale rappelle que les troubles mentaux chez l'adulte commencent souvent pendant l'enfance ou l'adolescence, et que les troubles mentaux chez les jeunes ont tendance à persister à l'âge adulte en se révélant plus sévères. Les troubles mentaux sont ainsi la première cause d'invalidité chez les jeunes de 10 à 24 ans avec la moitié des troubles apparaissant avant l'âge de 14 ans et les trois quart dans la vingtaine (troubles anxiodépressifs, troubles alimentaires, troubles bipolaires, consommation de toxiques etc.)

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Par exemple, les troubles schizophréniques débutent le plus souvent entre 15-25 ans, certaines formes rares pouvant débuter encore plus tôt. Or une durée prolongée de psychose non traitée est associée à une évolution moins bonne en termes de sévérité des symptômes, de chronicisation, d'isolement social ou de mauvaise compliance au traitement. Le risque suicidaire est également renforcé au cours de cette période

La littérature renforce ces constats en montrant que les adolescents et les jeunes adultes souffrant d'un trouble psychiatrique n'ont pas forcément accès à des soins appropriés ou ne suivent souvent aucun traitement (environ 15% des 10-20 ans qui ont besoin de suivi ou de soin). La stigmatisation, la gêne, l'absence de soutien parental, un niveau faible de connaissances en santé mentale, la recherche d'autonomie, les défaillances des systèmes de soin, le non remboursement des consultations, la non formation des professionnels de première ligne en santé mentale, sont autant de barrières pouvant expliquer les difficultés d'accès aux soins des jeunes.

Pourtant, la souffrance, le handicap, la stigmatisation, la discrimination et les comorbidités associées aux troubles mentaux chez les jeunes ont des conséquences significatives en termes de santé publique et d'impact économique, psychologique, biologique et social, comme :

- sociales : perturbation des relations interpersonnelles, des études, de la trajectoire professionnelle
- psychologiques : détresse, démoralisation, perte de confiance en soi, anxiété, dépression, suicide
- biologiques : risque d'abus de substances, de moins bonne santé physique.

Il faut donc être en mesure de repérer dans cette population les jeunes qui sont en situation de souffrance psychique et ceux à risque de développer des troubles mentaux sévères (dont les troubles psychotiques) pour leur proposer des interventions spécifiques et adaptées, dont l'efficacité à long terme est meilleure qu'à un stade plus évolué de la maladie.

Le repérage et la prise en charge précoce de jeune présentant une souffrance psychique ou un trouble sévère constitue donc un véritable enjeu.

III/ Stratégie nationale de santé 2018-2022 et références

La politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte constitue un volet spécifique de la stratégie nationale de santé. Un de ses objectifs prioritaires est très précisément d'améliorer le repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant.

Cet enjeu est repris dans la feuille de route nationale « santé mentale et psychiatrie », qui rappelle que la prévention et les interventions précoces sont insuffisantes, les diagnostics trop tardifs et la stigmatisation relative aux troubles psychiques encore trop prononcée. Des objectifs et actions allant dans le sens de favoriser un repérage précoce et de faciliter l'accès à des soins de santé mentale notamment pour les enfants et adolescents sont ainsi prévues ou encouragées à travers cette feuille de route.

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

L'enjeu principal d'un repérage précoce est la possibilité de mettre en œuvre un adressage puis des interventions adaptées rapidement pour éviter une aggravation des symptômes ou une chronicisation des troubles. En effet, la spécificité de certains tableaux pendant l'adolescence à des stades précoces est assez faible et ne permet généralement pas forcément d'affirmer un diagnostic (schizophrénie, troubles bipolaires etc.), d'autant que les symptômes peuvent être transitoires. Cette situation paradoxale peut gêner certains professionnels : on propose des prises en charge thérapeutiques sur la base d'une évaluation de stade évolutif et des facteurs de risques identifiés, avant d'avoir un diagnostic.

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Il s'agit donc de sensibiliser les professionnels intervenant dans le champ de l'enfance et de l'adolescence aux enjeux liés à la santé mentale afin qu'ils modifient leur pratique et développent une attention particulière pour repérer des enfants et des adolescents en souffrance psychique, des risques potentiels de troubles sévères et prévenir une évolution défavorable au long cours.

- Partager et diffuser les grands enjeux autour du repérage précoce de la souffrance psychique et des troubles psychiques ou pathologies psychiatriques de l'enfant et l'adolescent
- Améliorer les connaissances relatives au développement de l'enfant et l'adolescent et aux premières manifestations des troubles
- Etre sensibilisé aux outils d'évaluation et programmes existants sur le repérage et les interventions précoces

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Publics ciblés :

- Médecins : médecine générale, pédiatrie, pédopsychiatrie, neurologie, génétique, médecine physique et de réadaptation, médecins scolaires ou de PMI, etc.
- Autres professionnels de santé amenés à intervenir dans le parcours d'un enfant : orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, infirmiers, etc.

Eléments de programme :

Il s'agit de :

- Sensibiliser les professionnels sur la santé mentale des enfants et adolescents en mettant en lumière les principales données épidémiologiques et en présentant les déterminants psychosociaux de la santé mentale pendant ces périodes
- Fournir des outils d'aide utilisables chez l'enfant et l'adolescent lors d'entretiens, de consultations
- Donner des éléments clefs sur la psychopathologie, les facteurs aggravants
- Sensibiliser au lien avec les familles et les environnements (éducation nationale, protection de l'enfance...
- Présenter les principales approches thérapeutiques

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 31

I/ Intitulé de l'orientation

Diagnostic et évaluation chez l'adulte présentant des troubles du spectre de l'autisme (TSA)

II/ Contexte et enjeux

La Haute Autorité de Santé a estimé, sur la base des études internationales, qu'un nouveau-né sur 150 serait concerné par des troubles du spectre de l'autisme (TSA). En 2016, la prévalence serait estimée à 1 pour 100.

L'autisme est un trouble d'apparition très précoce qui peut être diagnostiqué de façon fiable à partir de 3 ans, voire 2 ans pour un fort pourcentage de cas.

Un certain nombre de rapports publics soulignent néanmoins qu'un nombre important de personnes adultes autistes ne sont aujourd'hui pas identifiées et dénoncent un retard français significatif :

- rapport de la Cour des comptes relatif à l'évaluation de la politique en direction des personnes présentant des TSA de décembre 2017) ;
- rapport IGAS-IGEN relatif à l'évaluation du 3^{ème} plan autisme dans la perspective de l'élaboration d'un 4^{ème} plan de mai 2017 ;
- rapport IGAS relatif au fonctionnement des CRA de mars 2016 ;
- rapport d'information du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale sur l'évaluation de la prise en charge de l'autisme de juin 2018.

Or, une démarche diagnostique peut être engagée à tout âge de la vie. Elle permet d'envisager une meilleure adaptation de la personne à l'environnement, et de l'environnement aux besoins spécifiques de la personne. Il s'agit de mettre en œuvre un projet de soins et d'interventions adaptés dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

La stratégie nationale autisme au sein des troubles du neurodéveloppement annoncée en avril 2017 souligne notamment qu'« *un diagnostic tardif signifie non seulement que plusieurs troubles ont pu se développer au fil des années, en partie parce que les soins apportés peuvent être inadéquats, au niveau médicamenteux notamment. Cela signifie aussi que les situations complexes ou des troubles du comportement aigus tiennent parfois à cette mauvaise prise en charge. Enfin, quand les personnes sont insérées socialement, l'absence de diagnostic pénalise leur parcours et emporte le risque d'une précarisation progressive faute d'un accompagnement adéquat.* »

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette difficulté : masquage des troubles par exemple en cas de trouble du développement intellectuel important associé ; diagnostic erroné ; méconnaissance clinique des troubles du spectre de l'autisme.

Ces constats mettent en évidence un véritable enjeu en matière de formation des professionnels et notamment des professionnels de santé. Sur ce dernier point, le DPC constitue un levier déterminant, et identifié comme tel au sein de la stratégie.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

- **Stratégie nationale sur l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018 - 2022**, annoncée en avril 2018 et en particulier l'engagement 4 « *Soutenir la pleine citoyenneté des adultes* » qui prévoit l'engagement d'un plan national de repérage et de diagnostic des adultes autistes et à la réalisation duquel contribuent les mesures (Mesures 37⁷, 38⁸, 40⁹ et 65¹⁰).
- **Recommandations de bonne pratique (RBP) publiées par la HAS en juillet 2011** « *Autisme et autres TED : diagnostic et évaluation chez l'adulte* ».
- **Recommandations de bonnes pratiques (RBP) publiées par la HAS en février 2018** « *Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte* ».

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

L'objectif sera, en référence aux recommandations de bonne pratique professionnelle et aux données les plus récentes de la littérature internationale, de permettre aux professionnels ciblés :

- d'améliorer leur connaissance des formes et caractéristiques cliniques du spectre de l'autisme et de comprendre l'impact des travaux récents sur la compréhension des TSA et leur approche thérapeutique.
- de comprendre les principes de l'évaluation du fonctionnement de l'adulte avec trouble du spectre de l'autisme avec ou sans troubles du développement intellectuel et de s'approprier la démarche diagnostique (positifs, différentiels, comorbidités).
- de connaître et de savoir utiliser les principaux outils de référence permettant de réaliser une évaluation diagnostique et fonctionnelle chez l'adulte.
- de fournir les bases suffisantes à la compréhension des principales approches d'interventions globales ou spécifiques recommandées pour la prise en charge des personnes adultes autistes.
- de connaître les éléments de parcours des adultes avec TSA, le partenariat avec les familles et les dispositifs impliqués dans ce parcours.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Professionnels ciblés :

- Médecins : médecine générale, psychiatrie, neurologie, génétique, médecine physique et de réadaptation, etc.
- Autres professionnels de santé amenés à intervenir dans le parcours de la personne adulte avec TSA : psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, infirmiers, etc.

Eléments de programme :

- Critères cliniques des classifications internationales.
- Formes cliniques du spectre de l'autisme et évolution à l'âge adulte : formes avec ou sans troubles du développement intellectuel ; diagnostic positif, formes frontières et diagnostic différentiel ; comorbidités médicales, génétiques, psychiatriques.
- Démarche diagnostique : pratiques des bilans diagnostiques et fonctionnels

⁷ Mesure 37 : plan de repérage et de diagnostic des adultes en établissements médico-sociaux et sociaux et en établissements de santé.

⁸ Mesure 38 : repérage et diagnostic de la population féminine.

⁹ Mesure 40 : accompagnement des démarches diagnostiques des personnes les plus autonomes.

¹⁰ Mesure 65 : renforcement de la formation continue des professionnels de santé : appel d'offre DPC autisme, circulaire ANFH. Ambition 3 de la stratégie « Conforter les équipes de professionnels au service des personnes et de leurs familles dans leurs champs de compétence et l'exercice de leurs missions ».

- Présentation des outils d'évaluation standardisés et d'outils spécifiques par domaine fonctionnel.
- Présentation des différentes stratégies d'interventions recommandées chez l'adulte et leurs spécificités.
- Présentation des différents dispositifs susceptibles d'intervenir dans le parcours d'une personne adulte avec TSA.

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 32

I/ Intitulé de l'orientation
Amélioration de la prise en charge de la douleur
II/ Contexte et enjeux
Source site internet ministère de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur (mis à jour en mai 2019) Selon la définition officielle de l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), "la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes". Les patients sont les acteurs actifs de leur prise en charge, eux-seuls sont capables d'indiquer aux soignants ce qu'ils ressentent. Leur participation est essentielle pour évaluer l'intensité de la douleur et l'efficacité des traitements, médicamenteux ou non. Aucun examen, aucune prise de sang, aucun scanner ne permet d'objectiver la douleur : la parole peut être un signal pouvant faire évoluer la prise en charge. Ils doivent donc être informés et écoutés par les professionnels de santé. Du côté des professionnels de santé, l'expression du vécu de la douleur est étroitement liée à la conception du fait douloureux : ceux-ci sont bien souvent les premiers confrontés à la plainte du patient et donc les premiers acteurs de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur. Cette dernière résulte d'une bonne coopération patient algique/soignant : l'adhésion et la participation au projet thérapeutique dépend de l'écoute. Il existe plusieurs types de douleur. Les douleurs aiguës : En dépit de leur intérêt sémiologique, en tant que signe d'alarme, les douleurs aiguës doivent être traitées efficacement. C'est notamment le cas pour les douleurs aiguës post-opératoires et les douleurs aiguës traumatiques. Un traitement rapide et efficace de ces douleurs aiguës a un impact immédiat en participant au confort du patient et en réduisant les morbidités péri-opératoires et péri-traumatiques. Ce traitement est également un facteur important de prévention du développement de la douleur chronique. Les douleurs chroniques : Les douleurs sont considérées comme chroniques dès lors qu'elles sont persistantes ou récurrentes au-delà de ce qui est habituel pour leur cause initiale présumée (le plus souvent au-delà de 3 mois) qu'elles répondent mal au traitement et qu'elles induisent une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles. Les douleurs chroniques les

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

plus fréquentes sont les céphalées primaires dont la migraine, les lombalgies et les lomboradiculalgies, les douleurs neuropathiques et les douleurs arthrosiques et musculo-squelettiques.

Du fait de leur grande prévalence et de leur sévérité, elles sont responsables d'un impact sociétal majeur tant en coûts directs qu'en coût indirects. Elles peuvent être également responsables d'un mésusage médicamenteux comme dans le cas des céphalées chroniques quotidiennes avec abus médicamenteux.

Les douleurs liées aux soins : Elles sont provoquées par de nombreux soins (pansements, pose de sondes, perfusion), certains examens complémentaires (endoscopie, ponction lombaire...) ou la simple mobilisation du patient. Elles sont dites « procédurales ». Les situations qui les engendrent doivent être identifiées car elles doivent conduire à la mise en place de protocoles de prévention.

Toute douleur sous-entend deux problèmes différents : celui de la cause - le diagnostic - et celui de sa prise en charge - le traitement -.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

La Stratégie Nationale de santé 2018-2022 met l'accent sur les 3 points suivants : prévention, pertinence et qualités des soins, place des usagers. En ce qui concerne la douleur, ces trois axes peuvent se décliner de la façon suivante

Donner la priorité à la prévention :

- 1) Reconnaissance de la vulnérabilité à la douleur et de la vulnérabilité du patient douloureux chronique.
- 2) Amélioration du parcours du patient douloureux dès la phase initiale afin de favoriser la prévention de la chronicisation de la douleur, notamment pour les interventions médicales programmées connues pour être pourvoyeuses de douleurs chroniques telles que la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.

Garantir la pertinence et la qualité des soins :

- 1) Reconnaissance de la douleur symptôme et de la douleur maladie
Réponse adaptée à ces deux types de manifestations douloureuses, notamment en garantissant une trajectoire douloureuse de qualité à la phase initiale de la douleur
- 2) Accès plus précoce à des SDC et au suivi des patients douloureux chroniques,
- 3) Diminution du nomadisme médical en informant les différents acteurs de santé du parcours de soins possibles et des ressources accessibles.
- 4) Développement d'une évaluation la plus précoce possible de la problématique douloureuse afin d'assurer un suivi et une adaptation du projet thérapeutique
- 5) Détection et prise en charge de l'errance diagnostique et thérapeutique en favorisant l'articulation des différents acteurs de santé et les liens entre la médecine de ville, les médecins spécialistes et les SDC.

Réaffirmer la place des usagers : l'amélioration du parcours des patients douloureux pourra bénéficier de la contribution et de l'avis des associations d'usagers notamment celles qui sont spécialisées dans la douleur. Elaborer une information de qualité auprès des usagers à titre de prévention et de connaissance des dispositifs accessibles

Bibliographie :

Recommandations génériques HAS

- 2008, *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*
- 2009, *Douleur chronique : les aspects organisationnels*

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- *En production : Recommandations relatives au processus standard de prise en charge des patients douloureux chroniques pour une collaboration optimale entre ville et structures de recours*

Publications de la SFETD

- 2015, livre blanc : structures douleur en France
- 2017, livre blanc de la douleur
- 2019 : guide de Bonne pratiques des SDC

Publication de la SFAR

- 2016 Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire

Site internet :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

L'objectif de transformation des pratiques a donc pour objectifs :

- Améliorer l'initiation du parcours en soins primaires en renforçant la compétence des médecins de premier recours et celle des spécialistes sur la détection des symptômes, les examens complémentaires à réaliser le cas échéant et la stratégie thérapeutique médicamenteuse. L'objectif secondaire est l'adressage précoce avant détérioration des symptômes douloureux voire avant toute chronicisation. Il faut alors insister auprès des médecins adresseurs (médecins de premier recours et spécialistes de second recours) sur la qualité du courrier à adresser à la SDC (motif d'adressage, bilan réalisé, difficultés rencontrées, attentes etc.)
- Améliorer la prise en charge en SDC et alléger la charge de ces structures, souvent saturées et donc la pertinence et la qualité des prises en charge en diminuant la file active de patients et en réduisant les délais d'attente (par un découplage ville-hôpital).
- Reporter le suivi des patients en ville par des professionnels de soins primaires mieux informés (renouvellement d'ordonnances par exemple) si les conditions le permettent et en partenariat avec les SDC.
- Fluidifier le parcours de santé en le simplifiant et en impliquant par exemple les médecins généralistes, les pharmaciens, les spécialistes, les soignants et les non médicaux mieux formés à la douleur chronique. Ils auront ainsi à mieux accompagner le projet thérapeutique incluant des thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Améliorer la connaissance de la douleur et de sa prise en charge :

1. Différenciation de la douleur symptôme et de la douleur maladie
2. Dépistage des patients les plus vulnérables à la douleur
3. Optimisation de la prise en charge de la douleur aiguë provoquée par les soins, notamment en chirurgie et en cancérologie.
4. Identification des facteurs de risques de chronicisation
5. Réalisation des premières évaluations cliniques et paracliniques du patient douloureux chronique, selon les préconisations disponibles (HAS, SFETD) et meilleure connaissance des préconisations

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

6. Rédaction d'un courrier d'adressage du patient vers une SDC et connaissance du dispositif national des SDC (missions, fonctionnement, coordonnées).
7. Travail en relation étroite avec la SDC afin d'assurer la prise en charge du patient en relais de la SDC (renouvellement des ordonnances notamment) ou solliciter la SDC pour un avis.
8. Evaluation de la qualité du parcours de soins du patient douloureux chronique et contribution à son amélioration en développant et optimisant les ressources locales. Les acteurs du premier recours doivent pouvoir identifier les symptômes de la douleur chronique ou en voie de chronicisation, et connaître les dispositifs existants pour la prise en charge de recours.

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 33

I/ Intitulé de l'orientation
Maîtrise des fondamentaux de l'Education Thérapeutique du Patient
II/ Contexte et enjeux
L'éducation thérapeutique du patient vise à rendre les personnes vivant avec une maladie chronique actrices et responsables de leur santé et à favoriser leur autonomie. Les professionnels de santé ne sont pas informés et moins encore formés à l'éducation thérapeutique alors même qu'elle apparaît comme une composante systématique de la prise en charge des personnes vivant avec une maladie chronique. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient reste limité par rapport aux besoins ; le nombre de patients vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques étant en augmentation. Renforcer la sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient par la création d'un module de sensibilisation des professionnels de santé permettrait d'orienter, de suivre un patient qui aurait besoin d'un apport éducatif ; Renforcer la formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique du patient permettrait d'augmenter le nombre de patients bénéficiant d'éducation thérapeutique.
III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
- Stratégie nationale de santé 2018-2022 (axe 2 « lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé » et axe 4 « innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens ») ; - HAS, recommandations relatives à l'Education thérapeutique du patient : définitions, finalités et organisation, 2007 ; - HAS, recommandations relatives à l'éducation thérapeutique : comment la proposer et la réaliser ?, 2007.
IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins
- Faciliter l'appropriation de la démarche centrée sur le patient et une meilleure prescription de l'éducation thérapeutique ; - Développer l'éducation thérapeutique qui reste limitée par rapport aux besoins.

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

1/ Initiation à l'éducation thérapeutique du patient :

- Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, document de l'HAS, mai 2015 ;
- Education thérapeutique du patient : définitions, finalités et organisation, Recommandations de l'HAS, juin 2007 ;
- Education thérapeutique du patient – Comment la proposer et la réaliser, Recommandations de l'HAS, juin 2007 ;
- ETP - Evaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques- orientations pour les pratiques et repères pour l'évaluation, HAS, juin 2018.

2/ Dispensation de l'éducation thérapeutique du patient :

- Articles [D1161-1](#) et [D1161-2](#) du code de la santé publique
- Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 34

I/ Intitulé de l'orientation

Prise en charge des problématiques de santé de la femme : contraception, suivi de grossesse jusqu'au post-partum, endométriose, spécificité du risque cardiovasculaire, ménopause, troubles fonctionnels gynécologiques, interruption volontaire de grossesse (IVG)

II/ Contexte et enjeux

Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles ne sont pas épargnées par les grands défis de santé publique auxquels fait face notre société. Elles doivent également relever des défis spécifiques.

Six thèmes sont concernés par cette orientation :

- **contraception**
Toute femme a le droit d'être informée sur l'ensemble des méthodes contraceptives et d'en choisir une librement. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.
- **suivi de grossesse jusqu'au post-partum**
Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement. Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire.
- **Endométriose**
La prise en charge de l'endométriose, pathologie multifactorielle qui concernerait 1.5 à 2.5 millions de femmes en âge de procréer en France et qui induit douleurs et infertilité. Il est en effet rapporté une errance des patientes induisant un retard diagnostique et thérapeutique de plusieurs années, mais aussi des prises en charge, chirurgicales notamment, non pertinentes (hystérectomies injustifiées).
- **spécificité du risque cardiovasculaire chez la femme**
Les maladies cardio-vasculaires sont trop souvent perçues comme spécifiquement masculines touchant l'homme de 50 à 60 ans, fumeur, sédentaire, avec de l'embonpoint. Ce préjugé reste très présent, alors que de plus en plus de femmes jeunes sont touchées. Cette progression est liée à l'évolution de leur mode de vie depuis 30 ans. En vivant au même rythme que les hommes, elles ont adopté les mêmes mauvaises habitudes : tabac, mauvaise alimentation, stress, manque d'exercice physique... (cf Fédération française de cardiologie)
- **ménopause**
*La ménopause n'est pas une maladie. Mais la carence en œstrogènes qui lui est associée peut se manifester par des symptômes qui affectent parfois la qualité de vie des patientes. C'est aussi une période où, chez certaines femmes, des pathologies potentiellement graves peuvent survenir du fait des changements hormonaux et de l'avancée en âge (fractures ostéoporotiques, maladies cardiovasculaires...).
Comme tous les traitements, ceux de la ménopause ne sont pas sans risques. Certaines patientes ne pouvant s'en passer, il est nécessaire d'en améliorer la sécurité d'utilisation.*

Mise à jour février 2021

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Cf <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/menopause>

- **troubles fonctionnels gynécologiques**

Les troubles fonctionnels gynécologiques se caractérisent par une symptomatologie sans lésions organiques retrouvées.

Chez la femme, la vie hormonale

- **interruption volontaire de grossesse (IVG)**

Toute femme enceinte, y compris mineure, qui ne souhaite pas poursuivre une grossesse peut en demander l'interruption à un médecin ou à une sage-femme. La pratique de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est réglementée et plusieurs étapes doivent être respectées, avant et après l'intervention.

Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

Ce thème s'inscrit dans plusieurs chapitres de la Stratégie nationale de santé 2018-2022, notamment :

- I C Développer une politique de repérage, de dépistage, et de prise en charge précoces des pathologies chroniques ;
- III B Améliorer la pertinence des prescriptions, des actes, des examens et des hospitalisations.

Plan Priorité Prévention

Renforcer la sensibilisation et la diffusion d'information relative à l'endométriose

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins et éléments de programme

- **Contraception de la femme**

Connaitre les différentes méthodes contraceptives

Connaitre les particularités réglementaires relatives aux différents médicaments contraceptifs

Savoir conseiller, prescrire, dispenser une contraception :

- chez l'adolescente
- chez la femme adulte en âge de procréer

Choisir une contraception dans des situations spécifiques :

- en milieu scolaire
- chez la femme à risque cardiovasculaire
- après une IVG
- en post-partum
- en urgence

- **Suivi de grossesse jusqu'au post-partum**

Savoir accompagner un projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens

Savoir suivre une grossesse en bonne santé

Savoir repérer les facteurs de risque de complications durant la grossesse qui entraînent une prise en charge spécialisée.

Savoir accompagner une préparation à la parentalité

Savoir conseiller une alimentation et une hygiène de vie pendant la grossesse

Savoir prendre en charge les complications d'une grossesse (notamment, douleurs, infections urinaires, hémorragie génitale, HTA gravidique, menace d'accouchement prématuré, fièvre, suspicion d'une grossesse extra-utérine)

Connaitre les principaux risques professionnels pour la maternité, liés au travail de la mère.

- **Endométriose**

Réduire l'errance diagnostique des patientes :

Mise à jour février 2021

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- Repérer et orienter les patientes dans les situations à risque d'endométriose
 - Réaliser un diagnostic clinique et un examen de première intention
- Améliorer la prise en charge thérapeutique des patientes :
- Améliorer le diagnostic (examens de deuxième intention) et la prise en charge de l'endométriose
- Savoir prendre en charge la douleur pour les professionnels de première ligne
- Informar sur les ressources en matière de soutien aux patients, associations notamment

- **Spécificité du risque cardiovasculaire chez la femme :**

Connaitre l'influence de la vie hormonale sur le risque cardio-vasculaire :

- prescription d'une contraception,
- grossesse
- ménopause

Connaitre les spécificités des facteurs de risques cardio-vasculaires chez la femme :

- tabac et association du tabac avec une pilule contraceptive
- stress
- sédentarité, le surpoids ou l'obésité
- diabète et cholestérol
- hypertension artérielle

- **Ménopause**

Connaitre les facteurs qui influencent l'âge de la ménopause

Savoir reconnaître les signes de la ménopause

Connaitre les examens complémentaires à demander pour poser le diagnostic de ménopause

Connaitre les risques liés à la ménopause et savoir les prendre en charge (ostéoporose et densitométrie osseuse)

Connaitre les traitements de la ménopause

Savoir prendre en charge le suivi de la femme ménopausée (ennuis gynécologiques, sexualité...)

- **Troubles fonctionnels gynécologiques**

Savoir hiérarchiser le bilan afin d'éliminer les pathologies organiques graves ou malignes et les urgences nécessitant un recours spécialisé ou plateau technique afin d'éviter un retard diagnostic avec perte de chances et surdiagnostic

Savoir reconnaître et traiter les anomalies du cycle menstruel, notamment

- douleurs rythmées par les règles
- syndrome prémenstruel
- douleurs lors des rapports sexuels
- absences ou irrégularités de règles

Développer la coordination interprofessionnelle pour optimiser la prise en charge

- **Interruption volontaire de grossesse (IVG)**

Connaitre la réglementation encadrant une IVG

Connaitre les différentes méthodes d'IVG

Savoir pratiquer une IVG médicamenteuse (médecin, sage-femme) et assurer le suivi

Savoir pratiquer une IVG instrumentale (médecin) et assurer le suivi

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 35

I/ Intitulé de l'orientation
Repérage et prise en charge des pathologies des professionnels de santé
II/ Contexte et enjeux
Les conditions dans lesquelles les professionnels de santé exercent les exposent à des risques de santé spécifiques. Les actions permettant d'améliorer la prise en charge des problèmes de santé liés à leur exercice professionnel s'inscrivent dans cette orientation prioritaire. Enjeux et objectifs de l'orientation nationale prioritaire 6-1 : les professionnels de santé, une population « à risque » ; mieux « prendre soin de ceux qui nous soignent » Les professionnels de santé présentent des risques de santé spécifiques liés à leurs situations de travail, quels que soient la profession ou le mode d'exercice¹¹. Ils sont notamment particulièrement exposés au risque d'épuisement professionnel. Les facteurs de cette exposition aux risques psychosociaux sont complexes ; nature de l'exercice professionnel qui confronte à des réalités difficiles (mort, maladie grave, détresse...), contraintes organisationnelles qui peuvent amener à un vécu de conflit de valeurs ou de perte de sens, représentations d'« infaillibilité » du soignant qui tend à retarder la demande d'aide...¹²
III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé
Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
« Participer à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé » <i>Orientation n° 6-1 : repérage, prévention et prise en charge des pathologies des professionnels de santé (pathologies et facteurs de risques spécifiques, particularités des représentations de sa santé et de sa maladie, prévention et repérage de l'épuisement professionnel, organisation de l'accès à des ressources spécifiques).</i>

¹¹Estryn-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail : en France et en Europe. Presses de l'EHESP. Rennes; 2008. 384 p ; Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants, Santé Publique. 1 oct 2009;21(4):355-64 ; Actes du séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé ». La Plaine Saint Denis: Haute Autorité de Santé; 2010 oct.; Anderson SP, Oakman J. Allied Health Professionals and Work-Related Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review. Safety and Health at Work. 1 déc 2016;7(4):259-67.

¹² Haute Autorité de Santé - Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2017 mars. Disponible sur: https://www.haute-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout#toc_8

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

A la suite d'initiatives professionnelles (dispositifs d'écoute, campagnes d'information...), une politique nationale se met en place depuis 2017 pour améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé et « Prendre soin de ceux qui nous soignent ». En 2018, **avec l'introduction d'une nouvelle orientation prioritaire sur la prévention, la détection et la prise en charge des risques et problèmes de santé spécifiques des professionnels de santé, le dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC) est appelé à contribuer aux démarches de santé au travail des professionnels de santé.** L'orientation met notamment l'accent sur les approches de prévention primaire dont les professionnels eux-mêmes peuvent se saisir pour améliorer leurs pratiques, prévenir les risques pour leur santé et celle des autres professionnels, et faire évoluer les organisations de travail.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Périmètre de l'orientation nationale prioritaire de DPC

Le champ de la prévention, la détection et la prise en charge des risques et problèmes de santé spécifiques des professionnels de santé est large et peut prendre des formes diversifiées dans le cadre du DPC portant sur :

- les aspects relationnels de la prise en charge et de l'organisation de travail du professionnel, lui permettant de mettre en place une dynamique qui concerne à la fois l'amélioration de ses pratiques et la prévention des risques professionnels liés à son exercice ;
- la mise en place d'une offre de prévention et de soins spécialisés en direction des professionnels de santé ou s'adressant à des opérateurs de soins spécialisés la prise en charge des problèmes spécifiques de santé des personnels soignants;
- le lien entre les enjeux de qualité et de sécurité des soins, le travail interprofessionnel et la qualité de vie au travail des professionnels ;
- Des actions de DPC portant sur des **thématiques ciblées**, par exemple :
 - o Prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) des soignants en EPHAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ;
 - o Prévention et prise en charge des addictions chez les professionnels de santé ;
 - o Prise en charge des accidents d'exposition au sang.

Cependant, **le périmètre de l'orientation ne s'étend pas** :

- aux actions qui relèveraient **strictement de la mise en œuvre de la réglementation**, par exemple une démarche centrée de manière exclusive sur le document unique d'évaluation des risques professionnels ou sur le fonctionnement du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Il s'agit d'éviter la redondance avec des dispositifs déjà structurés et reconnus mais il est à noter que les actions de DPC ont vocation à s'appuyer sur les dispositifs institutionnels encadrant les questions de santé au travail ;

- aux actions relevant du domaine de la **promotion du bien-être** physique et psychologique ou du développement personnel (type « gestion du stress ») sans lien avec les situations de travail et la spécificité du soin aux soignants.

Quelques définitions

Epuisement professionnel ou burnout

Epuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel. (Direction générale du travail (DGT), Institut national de recherche et de sécurité (INRS), Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact))

Risques psychosociaux (RPS)

Risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. (Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail)

Troubles musculosquelettiques (TMS)

Les TMS des membres supérieurs et inférieurs sont des troubles de l'appareil locomoteur pour lesquels l'activité professionnelle peut jouer un rôle dans la genèse, le maintien ou l'aggravation. Les TMS affectent principalement les muscles, les tendons et les nerfs, c'est-à-dire les tissus mous. (INRS)

Qualité de vie au travail (QVT)

La qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail et qualité du travail. Elle s'appuie sur l'expertise des professionnels quant à leur propre travail et à leur capacité à identifier des marges de manœuvres et des moyens d'améliorer les organisations (Anact, HAS).

Stress professionnel

Etat de déséquilibre entre la perception par la personne des contraintes de son environnement, et des ressources dont elle dispose pour y faire face. (Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail).

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 36

I/ Intitulé de l'orientation
Prévention, repérage et prise en charge des pathologies et des risques sanitaires liés aux conditions et environnements particuliers d'emploi des militaires
II/ Contexte et enjeux
La médecine en milieu militaire comprend l'évaluation de l'état de santé des militaires, leur surveillance médicale et l'exercice de la médecine de prévention spécifiques à leur état de militaire. Les actions menées doivent permettre la promotion de comportements favorables à leur santé, la maîtrise des risques liés à leur profession ainsi que l'adéquation entre l'état de santé du militaire et les missions qui lui sont confiées. Le personnel du ministère des armées est amené à travailler dans des conditions particulières (poste isolé, privation de sommeil, bruit, etc.), et/ou des milieux spécifiques parfois hostiles : milieu aéronautique et spatial, maritime de surface, sous-marin, milieu subaquatique avec travail en milieu hyperbare, haute montagne, etc. De ce fait, un dispositif spécifique de prévention, de surveillance, de dépistage et de prise en charge thérapeutique est mis en place pour la protection de la santé des militaires. Par ailleurs, la prévention et la gestion des risques sanitaires spécifiques aux opérations concernent des domaines pluridisciplinaires touchant notamment l'hygiène hydrique et alimentaire, la toxicologie environnementale ou le repérage précoce des conduites addictives.
III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé
Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
- Stratégie nationale de santé 2018-2022 : mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie (promouvoir les comportements favorables à la santé – promouvoir des conditions de vie et de travail favorables à la santé et maîtriser les risques environnementaux – mobiliser les outils de prévention du système de santé). - Stratégie santé de défense (SSD) : diffusée au sein des armées le 18 décembre 2017, la SSD constitue le cadre de la politique de santé du ministère des armées. Elle fixe les objectifs et actions prioritaires du SSA pour répondre aux spécificités de la santé des militaires tout en s'inscrivant en cohérence avec la directive de politique générale 2019-2021 du SSA, et la stratégie nationale de santé pilotée par le Ministère de la santé et cosignée par la Ministre des armées. - Décret n°2012-422 du 29 mars 2012 relatif à la santé et à la sécurité au travail au ministère de la défense.
IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins
En tant qu'opérateur unique de santé pour les armées, le SSA a une responsabilité particulière pour assurer les forces armées de disposer d'un personnel médicalement apte à remplir ses missions et pour

01-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

prendre en charge les militaires malades ou blessés du fait de leur préparation ou de leur engagement opérationnel.

L'objectif de cette orientation prioritaire est de permettre :

- d'assurer un suivi de qualité des militaires permettant la protection de leur santé afin de répondre à leurs engagements opérationnels. A ces fins, la visite médicale périodique pourra être étudiée sous ses trois dimensions (aptitude, prévention et dépistage).
- de prévenir de façon efficiente les risques sanitaires spécifiques au métier de militaire au cours d'un déploiement.
- de garantir au personnel des armées une prise en charge efficiente quel que soit leur lieu et modalités d'exercice.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Eléments de programme :

- Connaissances concernant l'évaluation et la surveillance de l'état de santé des militaires, tout particulièrement sur les principales composantes de la visite médicale périodique (dont le dépistage) mais aussi sur les outils permettant d'alimenter l'observatoire de la santé des militaires (exemples : Système de Suivi des Blessés et des Malades, Outil de Surveillance Epidémiologique des Armées).
- Connaissances nécessaires à l'adéquation de l'état de santé des militaires avec les spécificités de leurs missions, ainsi que les spécificités des milieux dans lesquels ils évoluent et celles de leur engagement opérationnel.
- Principales notions portant sur l'éducation sanitaire et la promotion de comportements favorables à l'état de santé des militaires.
- Description des spécificités de la médecine de prévention dans les armées.
- Connaissances portant sur l'hygiène en opération extérieure et tout particulièrement sur l'hygiène hydrique et alimentaire.
- Notions concernant la toxicologie environnementale en opération extérieure.
- Repérage précoce des conduites addictives en milieu militaire.
- Maîtrise et prise en charge des pathologies et des risques sanitaires liés aux conditions et environnements particuliers d'emploi des militaires.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 37

I/ Intitulé de l'orientation

Prise en compte des spécificités de prise en charge des patients en situation de handicap

II/ Contexte et enjeux

Pour les soins de santé généraux, les personnes en situation de handicap ont des besoins supérieurs à la population générale. Ce constat est lié au cumul de besoins de santé non spécifiques au handicap et de problèmes somatiques et psychiques spécifiques accrus pour les personnes en situation de handicap :

- Les personnes porteuses de trisomie 21 souffrent d'une surmortalité accrue liée à une obésité fréquente, à des malformations cardiaques, aux infections, à une incidence supérieure de leucémies, au vieillissement précoce et à la démence.
- L'autisme s'accompagne d'une épilepsie dans 20 % à 25 % des cas alors que la prévalence de l'épilepsie dans la population générale est de 0,5 à 1 %.
- Les personnes polyhandicapées ont un parcours médical marqué par des complications et la survenue de sur handicaps au cours de la vie de la personne avec des évolutions non prévisibles et des phénomènes de décompensation brutales et sans cause apparente.
- Un risque de décès présent dès l'enfance qui fait partie intégrante de la vie quotidienne de la personne polyhandicapée et de son entourage avec une espérance de vie réduite.

Aussi, à titre d'exemples, les données en termes de mortalité et d'espérance de vie sont marquantes :

- À l'âge de 5 ans, l'espérance de vie d'une personne autiste est réduite de 6 ans pour les hommes et de 12 ans pour les femmes par rapport à celle d'une personne de la population générale.
- L'espérance de vie des personnes ayant des troubles psychiques est réduite en moyenne de 10 à 20 ans par rapport à la population générale.
- La mortalité est 2 fois plus élevée chez les personnes avec troubles envahissant du développement (TED) que dans la population générale.
- Le risque de décès des personnes souffrant de schizophrénie est de 3 à 5 fois supérieur à celui de la population en général.

En dépit de ces besoins accrus, les personnes en situation de handicap font l'expérience de nombreux obstacles pour accéder aux soins :

- les problèmes somatiques sont sous-diagnostiqués,
- le recours à certaines spécialités médicales est plus faible, comme c'est le cas des consultations chez le gynécologue ou des consultations bucco-dentaires (les personnes titulaires de l'AAH ont un recours réduit de 9 points d'accès aux soins dentaires et de 17 points pour les soins gynécologiques).

Les obstacles à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap sont liés aux facteurs environnementaux (accessibilité des locaux et des équipements, manque de formation au handicap des professionnels de santé) mais également aux facteurs propres à la personne (mobilité et capacités de

communication réduites, crainte des soins, raisons financières). La stigmatisation du handicap constitue également un obstacle à l'accès aux soins.

Ces restrictions d'accès aux soins ont des conséquences importantes sur la qualité de vie quotidienne des personnes et peuvent être responsables d'une dégradation physique et psychique considérable, dont des risques accrus en matière de santé sexuelle et reproductive. Il résulte ainsi de ces limitations de l'accès aux soins une proportion élevée d'hospitalisations ou d'autres prises en charge en urgence, de même que des décès évitables.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

- **Stratégie nationale de santé** : III « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé » ; A « Transformer l'offre de santé dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population » ; Améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées et des personnes âgées et favoriser les prises en charge au plus près des lieux de vie.
- **Comité interministériel pour le handicap (septembre 2017 et octobre 2018)**

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- Renforcer l'éducation à la santé de façon adaptée aux besoins des personnes handicapées y compris bucco-dentaire ;
- Repérer de façon précoce des pathologies somatiques y compris bucco-dentaire ;
- Susciter un accompagnement coordonné de qualité, sécurisé et sans rupture ;
- Réduire le nombre d'hospitalisations évitables, dont les hospitalisations urgentes ;
- Réduire le risque de mortalité précoce des personnes en situation de handicap.

V/ Périmètre – Eléments de programme

Apport de connaissances :

- Concepts utilisés dans le champ du handicap ;
- Besoins de soins spécifiques en fonction des différents handicaps ;
- Spécificités de l'approche de la personne handicapée non communicante et de l'expression des pathologies (ex. personne polyhandicapée) ;
- Connaissances des différents établissements et services médico-sociaux ;
- Connaissances des différents dispositifs d'aides et de compensation dans le champ du handicap (dont relations et modalités d'échanges avec les MDPH) ;
- Connaissances des structures sanitaires dédiées.

Savoir-être :

- Communication adaptée aux personnes handicapées en tenant compte de la nature du handicap ;
- Meilleure prise en compte des besoins, désirs et préférences de la personne, respect et exercice de ses droits ;
- Appréhension des modifications à apporter dans l'approche, les gestes, la posture et les comportements professionnels ;
- Développement des capacités et réflexion sur la pratique et l'analyse des comportements professionnels ;
- Diffusion de la culture de bienveillance à l'égard des personnes handicapées et contribution effective à la dynamique de bientraitance au sein des établissements ;

- Repères pour la mise en œuvre des actions d'amélioration : notamment les guides et documents de la HAS, des sociétés savantes...

Savoir-faire :

- Adapter les organisations et les pratiques à la spécificité du patient handicapé ;
- Garantir le respect de la personne au quotidien ;
- Organisation spécifique à mettre en place en fonction des différents handicaps tant en termes relationnels qu'en termes logistiques ;
- Prise en compte par l'organisation de l'hétérogénéité des situations, chaque personne handicapée devant être considérée dans sa singularité et son parcours de soins (pathologies ou problèmes de santé à l'origine du handicap, comorbidités, retentissement fonctionnel, limitation d'activité, pathologies associées,...) ;
- Intégrer l'exercice interprofessionnel et interdisciplinaire et la coordination avec les acteurs du premier recours, du secteur social et médico-social en associant la prise en charge psychique et somatique ;
- S'approprier les dispositifs de télémédecine et de télé-soins afin de favoriser des prises en charges adaptées au domicile et en ESMS.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 38

I/ Intitulé de l'orientation
Repérage, accompagnement et prise en charge des donneurs d'organes, de tissus, de cellules hématopoïétiques et de gamètes
II/ Contexte et enjeux
La transplantation d'organes, de tissus et de cellules souches hématopoïétiques, l'assistance médicale à la procréation, reposent sur une pratique centrée autour des donneurs décédés (don d'organes ou de tissus) ou autour de donneurs vivants (don d'organes, de cellules hématopoïétiques, de gamètes). La prise en soins, qui sollicite toutes les ressources sanitaires est ainsi celle de patients mais aussi spécifiquement celle de donneurs vivants (et en bonne santé) et de donneurs déjà décédés. Ces activités médicales s'intègrent dans les parcours de prise en charge de très nombreuses pathologies chroniques à leur stade terminal. Dans la situation où plus de 6000 personnes par an bénéficient de transplantation d'organes et 2000 autres personnes de transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques, il y a nécessité que les nombreux acteurs de santé impliqués, venus de catégories professionnelles et d'horizons très divers engagent et renouvellent sur ce thème une démarche active de développement de leur exercice professionnel.
III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
Priorité de santé publique Plan ministériel 2017-2021 Arrêté du 16 août 2016 Recommandations de Bonnes Pratiques
IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins et éléments de programme
Ceci concernera les professionnels du milieu hospitalier (chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, spécialistes, infirmières, coordinateurs ...) mais aussi ceux du secteur libéral, en ville (médecins généralistes et spécialistes, psychologues, infirmières). La biovigilance et l'AMP vigilance sont partie intégrante de la sécurité des soins. Les actions privilégieront une approche interdisciplinaire et interprofessionnelle dans la pratique.
V/ Périmètre – Eléments de programme
Organisation, coordination et vigilance des équipes de soins • organisation, coordination (au niveau local, régional voire national) et vigilance des équipes de soins pour la pratique des prélèvements multi-organes, prélèvements de tissus • organisation, coordination (au niveau local, régional voire national) et vigilance des équipes de soins pour la pratique des prélèvements de cellules souches hématopoïétiques

01-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- organisation, coordination (au niveau local, régional voire national) et vigilance des équipes de soins pour la pratique et le suivi des greffes d'organes, de tissus dans les établissements et avec les partenaires libéraux
- organisation, coordination (au niveau local, régional voire national) et vigilance des équipes de soins pour la pratique et le suivi des greffes de cellules souches hématopoïétiques, dans les établissements et avec les partenaires libéraux

Structuration et continuité des parcours de prise en charge

- repérage et prise en charge d'un donneur d'organe, décédé par mort encéphalique, accompagnement des proches
- repérage, accompagnement et prise en charge d'un donneur d'organe, décédé par arrêt cardiaque et par limitation des thérapeutiques), accompagnement des proches
- repérage, accompagnement et prise en charge d'un donneur vivant (donneur d'organe ou de cellules souches hématopoïétiques), avant et après la transplantation dans les établissements et avec les partenaires libéraux
- parcours de prise en charge d'un patient transplanté dans les établissements et avec les partenaires libéraux

Approche éthique

- entretien avec les proches avant un prélèvement d'organes à visée de transplantation d'organes (famille d'un donneur décédé par mort encéphalique ou arrêt cardiaque)
- entretien avec une personne susceptible de se constituer donneur vivant à visée de transplantation d'organe ou de cellules souches hématopoïétiques
- entretien avec les donneurs potentiels de gamètes
- traçabilité des organes et garantie de l'anonymat et de la gratuité du don d'organe et de tissus

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 39

I/ Intitulé de l'orientation

Repérage et prise en charge du risque de perte d'autonomie chez les personnes âgées à domicile

II/ Contexte et enjeux

D'ici à 2030, les personnes âgées de 75 ans et plus passeront de 6 à 8,4 millions en France. Le souhait des personnes âgées est de demeurer à leur domicile avec une qualité de vie.

La stratégie nationale de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » confie aux professionnels de proximité au travers notamment les communautés professionnelles de territoire une mission de contribuer au maintien au domicile des personnes âgées, intégrant les futures infirmiers de pratiques avancées pour la prise en charge des pathologies chroniques en soins primaires. Cette mission s'exerce avec les autres acteurs intervenant au domicile que sont les services médico-sociaux et sociaux.

Or, état de santé, soins et autonomie sont fortement intriqués chez les personnes âgées et se conditionnent réciproquement. La grande majorité des personnes considérées en perte d'autonomie (classées en GIR 1 à 4) sont en affection de longue durée (DREES - dossier solidarité santé – n° 50, février 2014) et 10 à 15% des personnes âgées sont considérées comme fragiles.

L'approche fonctionnelle, impliquant le repérage des signes de la perte d'autonomie des personnes âgées, de la « fragilité », les actions de prévention précoces et les prises en charge intégrant la prise en compte de l'autonomie sont des enjeux pour les professionnels des soins primaires mais également chez les spécialistes du second recours.

Le DPC des professionnels de santé libéraux au repérage des signes de la perte d'autonomie, aux actions de prévention puis à des prise en charge décloisonnées intégrant des projets personnalisés de santé globaux est indispensable car ce sont très souvent les premiers interlocuteurs.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

- **Stratégie nationale de santé** : I « Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie » ; A « Promouvoir les comportements favorables à la santé » ; « Prévenir la perte d'autonomie »
- **Plan « Priorités prévention »**
- **Feuille de route « Grand âge et autonomie »**
- **STSS – « Ma santé 2022 »**
- **Recommandations la HAS** : « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Juin 2013 ; « Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoires » - Décembre 2013 ; « Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la

01-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée » - Mai 2018 ; A venir, « Activité physique et sportive sur ordonnance / Référentiel de prescription / Personnes âgées »

- Document repère établi avec les professionnels sur le diagnostic des troubles neurocognitifs (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bonne_pratique_alzheimer_v3.pdf)

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- Repérer les fragilités et promouvoir la santé dans le champ de la perte d'autonomie afin de prévenir voire limiter la perte d'autonomie ou son aggravation et les comorbidités qui y sont associées ;
- Systématiser dans les pratiques des professionnels de santé l'approche préventive du déclin fonctionnel au-delà de l'approche centrée sur les pathologies chroniques : troubles sensoriels, dépression et isolement, troubles locomoteurs, perte de mobilité, troubles de l'équilibre, dénutrition,...
- Réduire l'inertie thérapeutique face au déclin fonctionnel et aux fragilités ;
- Amener les professionnels de santé à mobiliser les ressources thérapeutiques non médicamenteuses (activité physique adaptée, stimulation du lien social...) ;
- Intégrer dans les pratiques cliniques la prescription d'activité physique adaptée aux personnes âgées en ALD ;
- Former à l'approche pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire nécessaire à la prise en charge globale de la personne âgée afin de faciliter le parcours de santé des personnes âgées ;
- Renforcer/favoriser l'articulation des pratiques cliniques préventives avec l'offre de prévention médico-social existante sur les territoires.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Eléments de programme :

- Intrication et interaction de l'état de santé et autonomie chez la personne âgée
- Repérage des éléments de fragilités
- Intégration de l'évaluation de la condition physique et de l'état nutritionnel dans le suivi de leurs patients
- Repérage précoce des troubles neuro-cognitifs et/ou psychiques (syndrome dépressif, idées suicidaires)
- Repérage de l'isolement social
- Orienter les patients vers les structures de dépistage et de prise en charge des troubles sensoriels et bucco-dentaires
- Connaissances en matière de possibilités d'orientation pour l'adaptation du logement
- Identification dans son territoire des différents acteurs intervenant dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie (CCAS/CIAS, caisses de retraite, équipe médico-sociale du département, secteur associatif,...)
- Modèles d'approche de la fragilité (outils fragilité HAS) et du déclin fonctionnel (modèle OMS ICOPE)
- Modèles d'évaluation gériatrique en soins primaires (outils fragilité HAS)
- Repères spécifiques pour le repérage et la prise en charge des troubles neurocognitifs
- Repères pour la prescription d'activité physique adaptée (référentiel HAS)
- Mise en lien avec les différentes ressources locales : ressources spécifiques en activité physique et sportive, actions des caisses de retraite et des conférences de financeurs départementales...

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 40

I/	Intitulé de l'orientation
	Accompagnement des patients en fin de vie et développement de l'accès aux soins palliatifs
II/	Contexte et enjeux
	Le développement d'une culture commune auprès des professionnels impliqués dans la démarche palliative, figure dans le Plan national soins palliatifs/fin de vie 2015-2018 qui a inscrit la formation des professionnels dans son 2^{ème} axe « Former les professionnels, soutenir la recherche et diffuser les connaissances sur les soins palliatifs ». Le guide « DPC soins palliatifs », mis à disposition de l'ensemble des organismes de DPC par l'Agence nationale du DPC, est né des travaux menés dans le cadre du Plan national. Il documente les principes généraux devant soutenir la construction de formations structurées sur les compétences fondamentales à développer pour déployer la démarche palliative. Rédigé en collaboration avec des experts, à partir de références validées, il décline les objectifs pédagogiques, documente les connaissances à mobiliser lors de l'analyse des pratiques et précise les méthodes d'élaboration du contenu des formations. Impliquer la personne dans les décisions qui la concernent, soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, soutenir les proches, conduire une réflexion éthique en équipe, sont des compétences déterminantes, emblématiques des mesures portées par le plan national et en perspective du futur plan national soins palliatifs annoncé par Madame la Ministre le 11 octobre à l'occasion de son audition par la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019.
III/	Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
	Le DPC est un levier déterminant pour la mise en œuvre des actions en appui de la politique nationale menée en faveur du développement des soins palliatifs. La réalisation d'actions de DPC sur les soins palliatifs participe de l'axe 3 de la STSS, "qualité, sécurité et pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé" et notamment des objectifs: - "Transformer l'offre de santé dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population" ("structurer les soins primaires pour assurer la qualité et la continuité des prises en charge", "assurer la continuité des parcours de santé") ; - "Développer une culture de la qualité et de la pertinence" ; - "Prendre soin de ceux qui soignent" ("adapter la formation initiale des professionnels", "faire progresser les compétences tout au long de la vie professionnelle")

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des pratiques, des processus ou des résultats de soins et éléments de programme

Le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie est conditionné par l'appropriation de la démarche palliative par les professionnels, tant médicaux que paramédicaux, intervenant en ville comme à l'hôpital ou dans des structures spécialisées en soins palliatifs.

Renforcer les connaissances des dispositifs de l'édifice législatif de l'accompagnement de la fin de vie et diffuser les bonnes pratiques :

La diffusion des bonnes pratiques médicales et d'accompagnement est indissociable de l'accès des patients à leurs droits en matière de soins palliatifs. Les dispositifs étendus ou précisés par la loi du 2 février 2016 -rédaction des directives anticipées, désignation de la personne de confiance, accès à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, refus de l'obstination déraisonnable- apparaissent encore trop méconnus, mal compris et insuffisamment mis en œuvre.

Ce, alors que les travaux menés par la HAS, l'ANESM, le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM), la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), etc. accompagnent et précisent les étapes et outils-clés de la mise en œuvre au travers de documents d'information, de recommandations, de guides de bonnes pratiques. Le Guide « DPC soins palliatifs » est à mobiliser par les organismes dans le cadre des actions DPC.

La diffusion de la démarche palliative, la promotion des bonnes pratiques, la diffusion des outils de mise en œuvre, les partages d'expérience au moyen des actions de DPC, contribueront à leur appropriation.

Des recommandations ont été mises en ligne sur la période récente tandis que des travaux sont en cours (prise en charge médicamenteuse en fin de vie) qui nécessitent-eront d'être largement diffusées, partagées et appropriées.

Diffuser la démarche palliative dans une logique d'interdisciplinarité et d'amélioration continue des soins palliatifs :

Le Plan National SPFV porte des mesures pour améliorer le repérage et l'anticipation des besoins en soins palliatifs, soutenir le déploiement des soins palliatifs à domicile, garantir une prise en charge à la fois pertinente et conforme avec les souhaits exprimés. Il soutient le développement de formations spécifiques aux professionnels paramédicaux exerçant dans les structures dédiées de soins palliatifs et dans les équipes mobiles.

Les dispositifs qui seront proposés dans le cadre du DPC pourront s'adresser aux professionnels de santé des différentes structures (équipes mobiles, USP, HAD, ...) et des différents lieux de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux, établissements d'hébergement et services sociaux, domicile des patients, etc.) pour améliorer la qualité et la continuité des soins et concourir au développement de la transversalité, dans l'intérêt tant du patient que de son entourage mais aussi des équipes de soins.

L'offre en soins palliatifs est graduée, mobilise des structures diverses dans un contexte d'organisation territoriale des soins en pleine évolution (mise en place des Communautés Professionnelles Territoriale de Santé (CPTS), développement des maisons de santé pluri professionnelles, restructuration des réseaux de soins palliatifs, Plateformes territoriales d'appui, etc.) et alors que sont menées des expérimentations (dispositifs d'IDE de nuit dans les EHPAD, etc.).

Il s'agit de garantir la coordination et la continuité des soins, de clarifier les interventions des professionnels en identifiant leurs contributions, en précisant leurs interlocuteurs et leurs interactions. Des outils pratiques sont mis à leur disposition qui doivent être promus dans une perspective d'amélioration et d'équité de l'accès aux soins palliatifs et aux droits de la fin de vie.

Le Guide « DPC soins palliatifs », élaboré dans le cadre du plan de développement des soins palliatifs et en lien étroit avec l'ANDPC en 2018, explicite les principes et méthodes de construction d'actions de DPC dans le champ des soins palliatifs. Il doit permettre de partager avec les participants au DPC une vision et des critères de qualité communs.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 41

I/ Repérage précoce, accompagnement et prise en charge des patients présentant des pratiques addictives de type tabac, alcool, cannabis et opioïdes

Repérage précoce, accompagnement et prise en charge des patients présentant des pratiques addictives de type tabac, alcool, cannabis, opioïdes, jeux écrans, achats compulsifs, sexe

II/ Contexte et enjeux

Le tabac et l'alcool représentent les deux premières causes de mortalité évitable. La consommation de tabac et la consommation excessive d'alcool sont des déterminants majeurs de santé. Chaque année 73 000 décès sont dus au tabac et 49 000 décès à l'alcool.

On estime à 1,4 million de personnes le nombre d'usagers réguliers de cannabis dont 700 000 usagers quotidiens.

L'usage problématique des autres drogues illicites¹³ concerne environ 280 000 personnes, dont environ 105 000 usagers pratiquant l'injection intraveineuse.

Favoriser l'accès à un traitement de substitution aux opioïdes pour les personnes dépendantes aux opioïdes est un enjeu majeur pour réduire les risques de contamination virale (hépatite C, VIH) et de surdoses. La prévalence du VHC demeurant très élevée chez les usagers de drogues (estimée à 64% chez les usagers de drogues par voie intraveineuse en 2011).

Les opioïdes antalgiques dont les prescriptions sont en hausse, présentent un fort potentiel d'abus et de mésusage et exposent au risque de surdoses. Cela souligne l'enjeu du bon usage des opioïdes antalgiques auquel doivent contribuer les professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens, paramédicaux...) et les professionnels du traitement de la douleur

Renforcer les compétences des professionnels de santé permettrait :

- D'accroître leur rôle en matière de repérage des usagers problématiques ou dépendants de substances psychoactives, notamment tabac, alcool, cannabis et opioïdes, jeux, écrans, achats compulsifs, sexe ;
- D'accroître leur implication dans la prise en charge des personnes confrontées à des addictions, en connaissant mieux les stratégies thérapeutiques et les outils de réduction des risques et des dommages, notamment tabac, alcool, cannabis et opioïdes, jeux, écrans, achats compulsifs, sexe ;
- De mieux adapter le parcours des usagers en difficultés avec leurs consommations de substances en améliorant la connaissance pour le professionnels de santé, des réseaux et structures du champ des addictions ;

¹³ Usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour les 15-64 ans (définition OEDT).

- De renforcer l'accompagnement à l'arrêt du tabac et de mieux connaître les traitements et outils disponibles pour aider à l'arrêt du tabac ;
- De contribuer au bon usage des médicaments opioïdes (antalgiques opioïdes et traitements de substitution opiacés).

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

- Stratégie nationale de santé 2018-2022
- Plan priorité prévention 2018-2022
- LMSS 2016: inscription dans la loi de la politique de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de substances psychoactives.
- Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- Améliorer le savoir être pour mieux accompagner les personnes confrontées à des consommations problématiques avec focus particulier tabac, alcool, cannabis et opioïdes et à des comportements addictifs : jeux écrans, achats compulsifs, sexe
- Savoir utiliser le RPIB, repérage précoce et intervention brève avec les référentiels et outils d'évaluation validés selon les produits, en particulier pour le tabac, l'alcool, le cannabis et opioïdes ;
- Savoir orienter les personnes vers des prises en charge adaptées à leur situation ;
- Augmenter la part des patients accompagnés vers un arrêt du tabac ;
- Promouvoir le bon usage des traitements opioïdes dans le cadre de la substitution aux opiacés et dans le cadre du traitement de la douleur.
- promouvoir les bonnes pratiques en matière d'utilisation d'écrans et de jeux

VI/ Périmètre – Eléments de programme

- Faire un diagnostic situationnel, et des facteurs de risque et de vulnérabilité
- Etre à l'aise dans l'abord et la prise en charge des patients aux différentes étapes de leur parcours ;
- Renforcer les connaissances sur les mécanismes de la dépendance, les comorbidités notamment psychiatriques, la douleur, les complications somatiques et psychiques;
- Intervention courte type RPIB, suivi non complexe, accompagnement du patient,
- Connaître les différentes possibilités thérapeutiques communes et spécifiques aux addictions (approches et outils de la réduction des risques et des dommages)
- Connaître les dispositifs de recours existants structures d'addictologie, ambulatoire, résidentiel...;
- Connaître la prise en charge d'un patient fumeur vers l'arrêt du tabac selon la HAS
- Prise en charge complexe des patients sévères en rupture avec le circuit de soins spécialisés (réseau addictologique et psychiatrique au regard de la fréquence des comorbidités)

01-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 42

I/	Intitulé de l'orientation
	Repérage de la maltraitance et de la violence et conduite à tenir
II/	Contexte et enjeux
	Les violences et les maltraitements envers les personnes vulnérables font l'objet d'une politique renforcée ces dernières années, notamment dans le cadre de plans d'actions interministériels et pluriannuels dédiés (contre les violences faites aux femmes -5ème plan 2017-2019, aux enfants - 1^{er} plan 2017-2019, aux personnes âgées et personnes handicapées- 2ème plan à venir pour la période 2019-2022). Cette problématique est transversale à tous ces publics, aussi, au-delà de ces plans spécifiques, la formation des professionnels en constitue un axe prioritaire commun). En France, les répercussions ainsi que la fréquence de la maltraitance et des violences restent insuffisamment connues. Elles sont à mettre en perspective avec la promotion de la bientraitance des enfants et des adultes vulnérables dans tous leurs milieux de vie. Quelle que soit la victime, les professionnels doivent pouvoir acquérir des connaissances et des compétences sur les répercussions individuelles et collectives de la maltraitance et des violences sous ses diverses formes et notamment sur le développement et le devenir de la victime. Ils doivent ainsi être en mesure d'appréhender les différentes formes de violences pour mieux les repérer ainsi que les conduites à tenir, le cas échéant. La connaissance du cadre réglementaire et des dispositifs ou acteurs (institutionnels, associatifs) à mobiliser doit permettre à ces professionnels d'agir face à des situations de maltraitance ou de violences identifiées. Sur le champ général de la protection des adultes vulnérables (personnes âgées et personnes handicapées), les professionnels doivent acquérir des connaissances et des compétences sur le respect de la personne et de ses droits. L'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que dans les établissements de santé constitue également un enjeu dans la prise en charge de ces publics et le développement de la démocratie sanitaire. Des aspects plus spécifiques seront à inclure sur la protection de l'enfance, les violences faites aux femmes et sur la maltraitance envers les personnes en perte d'autonomie du fait de leur avancée en âge ou d'un handicap. Pour chacun de ces publics, il convient d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires relatives à leurs droits et besoins fondamentaux, sur les circuits de remontée des informations préoccupantes et des signalements et du parcours de protection de ces personnes, mineures ou majeures. En particulier, pour la protection de l'enfance, il s'agira notamment d'être en capacité d'informer et de former la population ainsi que les professionnels dans ce champ. L'amélioration de la connaissance des besoins fondamentaux de l'enfant pourra prendre appui sur la démarche de consensus menée en la matière par Mme Martin-Blachais L'article L. 542-1 du code de l'éducation prévoit une formation initiale et continue des personnels, notamment les personnels enseignants, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger.

Mise à jour janvier 2020

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Les assistants de service social, les psychologues de l'éducation nationale, les médecins et les infirmiers sont des personnes ressources dans les écoles et les établissements scolaires. Ils bénéficient d'une formation initiale approfondie, dans le domaine de la protection de l'enfance, plus particulièrement sur les volets de :

- la politique et du dispositif de protection de l'enfance ;
- la connaissance de l'enfant et des situations familiales ;
- du positionnement professionnel, en matière d'éthique et de responsabilité.

Les conditions de mise en œuvre de la sensibilisation à la protection de l'enfance au sein de l'éducation nationale s'appuient sur l'article L. 542-3 du code de l'éducation qui prévoit au moins une séance annuelle d'information et de sensibilisation sur l'enfance maltraitée, inscrite dans l'emploi du temps des élèves des écoles, des collèges et des lycées. Ces séances, organisées à l'initiative des chefs d'établissement d'enseignement, associent les familles et l'ensemble des personnels, ainsi que les services publics de l'État, les collectivités locales et les associations intéressées à la protection de l'enfance.

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- Améliorer le repérage des situations de maltraitance ou de violences (identification des facteurs de risque, les droits, devoirs et procédures de signalement...) ;
- Améliorer les connaissances des professionnels sur l'impact et l'enjeu de la maltraitance ou de la violence sur le développement psychosomatique et la santé de l'enfant ou de l'adulte vulnérable et sur les conséquences traumatiques qui en résultent ;
- Améliorer le traitement et la réponse apportés aux situations (analyse des situations, coordination des intervenants et acteurs concernés pour une réponse adaptée et personnalisée...) ;
- Soutenir les processus de coopération pluridisciplinaire et interinstitutionnelle, pour favoriser une approche multidisciplinaire et multidimensionnelle des situations et garantir une cohérence et une coordination des interventions.
- Clarifier les places et rôles de chacun et permettre le partage d'expériences et de bonnes pratiques, consolidant ainsi le corpus de connaissances et de culture partagées.

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Programme :

Les actions porteront sur les trois dimensions que sont le savoir, le savoir-être et le savoir-faire :

- Comprendre la vulnérabilité et la dépendance, et le risque de maltraitance ou de violence ;
- Connaître le concept de bientraitance et les outils de son déploiement ;
- Incarner le respect de la personne dans les pratiques professionnelles au quotidien ;
- Repérer les risques d'épuisement et d'isolement de l'entourage familial, afin de prévenir les risques de maltraitance ;
- Sensibiliser à la culture du signalement des « informations préoccupantes » et en comprendre l'importance, pour mieux y réagir et prévenir l'aggravation de la situation ;

Il conviendra d'adapter le contenu de l'action en fonction des catégories professionnelles formées et du type de public concerné (adulte vulnérable, femme victime de violence, enfant).

Par exemple, sur le champ plus spécifique de l'enfance :

Le socle de connaissances pour les acteurs amenés à intervenir en protection de l'enfance nécessite d'appréhender les thématiques suivantes :

- la Convention internationale des droits de l'enfant ;
- les références théoriques développementales de l'enfant et de l'adolescent (théorie de l'attachement, approche développementale, neurosciences, théorie écosystémique, approche

cognitive-comportementale, théorie psychanalytique, éthologie...) et les besoins fondamentaux de l'enfant en prenant appui sur la démarche de consensus de Mme Martin-Blachais ;

- les processus de parentalité, l'évolution des formes familiales, les pratiques éducatives familiales et leurs contextes environnementaux en particulier dans les contextes de vulnérabilité
- les troubles de l'attachement et les troubles de la relation (origines, conséquences, prises en charge thérapeutiques) ;
- la clinique, les conséquences sur le développement de l'enfant et son devenir et la prise en charge des maltraitances (physiques, psychologiques, sexuelles, négligences et violences conjugales) ;
- le dispositif de protection de l'enfance, les modalités de saisine des autorités compétentes et, selon les missions assurées, l'évaluation et le rendu-compte de la prise en charge et/ou du suivi de la situation ;
- la prise en compte des effets d'implication du professionnel, les mécanismes d'identification à l'enfant ou au parent et les effets de résonance à l'expérience subjective du professionnel.

Des compétences à acquérir pour les acteurs

Les compétences à acquérir pour les acteurs amenés à intervenir :

- capacités à l'observation, au repérage des signes de souffrance de la personne, mineure ou majeure, victime de violence ou de maltraitance, à l'évaluation et à l'analyse de ses besoins, des capacités et des conditions de l'environnement familial et social ;
- compréhension des enjeux de la formalisation du rendu-compte de l'observation, de l'analyse et de la prospective des situations de personnes en danger dans un objectif d'aide à la décision ;
- sensibilisation à la démarche participative de la personne victime, à la communication avec elle quel que soit son âge et son stade de développement et à la capacité de mise en confiance et de respect de ses droits. Des compétences doivent être acquises, pour recueillir le point de vue de la personne, (en particulier enfant ou adulte en perte d'autonomie), et prendre en compte le vécu subjectif de son bien-être ;
- application de la démarche participative à l'entourage familial (parents, conjoint, proches aidants) à leur mobilisation, si possible, dans les processus d'évaluation comme d'élaboration du projet et de sa mise en œuvre, en mobilisant des leviers d'alliance de ressources internes ou externes ;
- être formé aux règles d'application du secret professionnel et aux conditions du partage d'informations à caractère secret

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 43

I/ Intitulé de l'orientation

Repérage, prise en charge et orientation des personnes en situation de grande exclusion et notamment des femmes enceintes en situation de précarité

II/ Contexte et enjeux

Partant du postulat que la précarité est une atteinte à la santé somatique et psychique, l'accès aux soins des personnes en situation de précarité est un des enjeux majeurs de la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé. La corrélation forte entre le degré de précarité d'une personne et son état de santé général s'explique par divers facteurs : absence de logement stable et l'instabilité qui en découle, coûts des soins, méconnaissance des droits, difficile accès à la prévention et aux soins.

La précarité croissante touche des publics nouveaux et encore mal connus. Son retentissement sur la santé nécessite une connaissance et une adaptation constante pour une prise en charge adaptée. Les acteurs du secteur sanitaire, médico-social et social ont donc un rôle majeur à jouer dans le parcours de soins et de vie des personnes en situation de précarité. L'articulation entre le secteur social, médico-social, et sanitaire et les dispositifs respectifs est la clé de voûte de la sécurisation des parcours des personnes en situation de précarité.

En ce sens, les professionnels de santé doivent acquérir ou renforcer leurs compétences afin d'assurer une prise en charge globale et adaptée de ces publics.

Pour les femmes enceintes en particulier, la précarité et la pauvreté sont associées à des suivis qualitativement et quantitativement moindres des grossesses, entraînant une plus grande fréquence des pathologies périnatales, auxquels s'ajoutent les risques et expositions spécifiques des femmes en situation de grande exclusion (conditions de vie, violences, addictions, mutilations sexuelles, etc.). Ces éléments contribuent à des issues de grossesse plus fréquemment marquées par des complications, ainsi qu'un accroissement du risque périnatal. Les risques médicaux encourus par l'enfant sont bien identifiés : prématurité, retard de croissance intra-utérin, souffrance fœtale aigüe, infection, et risque de morbidité néonatale plus élevé et d'éventuelles séquelles à long terme.

Au-delà du suivi de grossesse, la précarité rend difficile l'accès à un suivi gynécologique et à de nombreux actes tels que les frottis cervico-utérin, la prescription d'une contraception, la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse,...).

Ainsi, il existe des enjeux majeurs à former les professionnels de santé à la prise en charge des personnes en situation de grande exclusion.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé

Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

Ce DPC s'inscrit dans les grands plans et stratégies portés par le Ministère des Solidarités et de la santé :

- La stratégie nationale de santé 2018-2022 (lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ; la lutte contre les pathologies liées aux situations de grande précarité, notamment pour les personnes à la rue, est une priorité en soutenant les projets d'insertion dans le logement, les méthodes de pair-aidance, les dispositifs d' « aller vers », mais aussi la connaissance du milieu sanitaire par les professionnels sociaux et médico-sociaux ; dispositions spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent, du jeune ; dispositions spécifiques à l'Outre-Mer).
- Le plan priorité prévention (une grossesse en pleine santé et les 1 000 premiers jours garants de la suite ; la santé des adultes de 25 à 65 ans : mesure « Renforcer le dépistage et la prise en charge en santé mentale, d'une part, et des conduites addictives, d'autre part, des personnes en situation précaire)
- La stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté 2019-2022 (vers des droits sociaux plus accessibles, plus équitables et plus incitatifs à l'activité ; égalité des chances dès les premiers pas ; garantir au quotidien les droits fondamentaux des enfants)

A noter que l'enjeu de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité s'inscrit dans les axes stratégiques des PRAPS (Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins) pilotés par les ARS. De plus, l'amélioration des parcours de santé des migrants primo-arrivants, notamment les migrants précaires, fait l'objet d'une instruction aux ARS de juin 2018 (INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143).

Par ailleurs, les enjeux liés à la prise en charge des personnes en situation de précarité sont pointés par de nombreux rapports et études. L'enquête de la DREES « Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes » d'octobre 2018 rapportait que plus d'un médecin généraliste sur deux souhaiterait être mieux formé à la prise en charge de ces patients. Pour ce qui est des femmes en situation de précarité, particulièrement lorsqu'elles sont enceintes :

- Le rapport du HCE La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité n°2017-05-29-SAN-O27 publié le 29 mai 2017
- L'enquête nationale périnatale 2016
- Le guide pratique de la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant : organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité et ou de vulnérabilité, 2014
- Le rapport d'information au Sénat n°592 de la Délégation aux droits des femmes, 2014-2015. Annick BILLON, Françoise LABORDE, Femmes et santé : les enjeux d'aujourd'hui.

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- Permettre aux acteurs de la santé d'appréhender les phénomènes sanitaires associés à la précarité, de mieux connaître les parcours des personnes en situation de précarité ;
- Améliorer la connaissance des structures sanitaires, médico-sociales et sociales : comprendre et se familiariser avec les dispositifs et les outils disponibles pour l'accompagnement des personnes en situation de précarité et leur coordination

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- Améliorer la connaissance en matière d'accès aux droits en général et sur les dispositifs de protection maladie en particulier
- Améliorer les prises en charges médico-psychologiques des personnes en grande exclusion par les acteurs et intervenants dans ces domaines :
 - Savoir gérer une relation de soins et d'accompagnement dans un contexte de précarité
 - Développer les compétences et les savoir-faire nécessaires pour contribuer efficacement à la prise en charge pluridisciplinaire des problèmes de santé et d'accès aux soins des populations et des personnes en situation de précarité
 - Donner aux professionnels les moyens méthodologiques, méthodiques et pratiques nécessaires à la compréhension des publics et à leur prise en charge (aspects cliniques, thérapeutiques, etc.) ;
- Échanger des pratiques de terrain et des savoirs pour une approche pluridisciplinaire des populations, favorisant l'amélioration des pratiques et le décloisonnement des équipes
- Un focus sera fait sur la population des femmes, notamment enceintes : problématiques rencontrées (violences, mutilations sexuelles, etc.), spécificité de la prise en charge, acteurs intervenants autour des femmes et de leurs enfants, accès aux droits

VI/ Périmètre – Eléments de programme

Santé et précarité

- Déterminants sociaux de la santé (précarité, isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques, environnement juridique et sanitaire défavorable, méconnaissance du système de santé en France, difficultés liées à la barrière de la langue française ou du numérique, etc.)
- Approche populationnelle des facteurs de vulnérabilités (grande précarité, santé maternelle, infantile et périnatale, migrants, personnes âgées, personnes en situation de prostitution, maladies chroniques, santé mentale, addictologie, population carcérale ou sortant de prison, populations des DOM, etc.)

Spécificités de prise en charge sanitaire : présentation des pathologies en lien avec la pauvreté

- Pathologies liées à l'environnement et aux conditions de vie (ex : dengue, tuberculose, gale, saturnisme, etc.)
- Pathologies chroniques (ex : diabète, maladies cardio-vasculaires, cancers, etc.) ;
- Infections transmissibles (ex : infection par le VIH, hépatites, etc.)
- Santé mentale, précarité et grande exclusion : pathologies psychiatriques et souffrances psychologiques, dont les conséquences psycho-traumatiques de violences subies, organisation de l'offre de soins en psychiatrie (EMPP, PTSM, CLSM, Un chez soi d'abord, etc.)
- Conduites addictives

Coordination du parcours sanitaire et social

- Présentation des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux accueillant les personnes présentant des difficultés spécifiques (LAM, LHSS, ACT, Un chez soi d'abord, CSAPA, CAARUD, PASS, EMPP, etc.)
- Mobilisation des acteurs : conventions de partenariats, construction de réseaux et coordination
- Accès aux droits et principales causes du non-recours aux droits ;
- Médiation en santé (cf. référentiel de la HAS, octobre 2017)
- Recours à l'interprétariat professionnel (cf. référentiel de la HAS, octobre 2017)
- Compétences politiques et dispositifs de l'Etat, des conseils départementaux et des autres collectivités territoriales agissant en faveur des publics précaires

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Femmes enceintes et précarité

- Compréhension et connaissance des déterminants sociaux de la santé et de l'épidémiologie précarité/grossesse
- Repérage et prise en charge des facteurs de risques et problématiques fréquemment rencontrées pendant la grossesse des femmes en situation de précarité, notamment des femmes migrantes :
 - mutilations sexuelles féminines
 - violences liées au genre
 - VIH, hépatite virale B
 - addictions
 - troubles psychiques
 - malnutrition
 - pathologies liées aux conditions de vie (tuberculose, gale, etc.) : spécificités de la prise en charge pendant la grossesse
 - saturnisme
- Orientation des femmes enceintes en situation de précarité via une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée :
 - droits et modalités d'accès à une couverture maladie
 - utilisation de l'interprétariat en santé
 - recours aux acteurs du champ social et autres structures ressources : PMI, travailleurs sociaux, associations, médiateurs, structures d'hébergement, etc.

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 44

I/	Intitulé de l'orientation
	Préparation et organisation coordonnée, civile et militaire, de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) et prise en charge somatique et psychique des victimes induites
II/	Contexte et enjeux
	L'article R. 3131-10 du code de la santé publique précise que le dispositif ORSAN mentionné à l'article L. 3131-11 du même code comprend un programme annuel ou pluriannuel identifiant les actions à mener par les acteurs du système de santé pour maintenir ou développer les capacités nécessaires, en particulier en termes de prise en charge des patients ou victimes, de formation des professionnels de santé et d'attribution des moyens opérationnels. Ainsi, la formation des professionnels de santé civils et militaires constitue un élément important de la préparation de la réponse du système de santé aux urgences et aux situations sanitaires exceptionnelles reposant sur le dispositif ORSAN, notamment la prise en charge des victimes d'accidents collectifs, d'attentats, d'épidémie, ou de catastrophes qui s'articule avec la réponse médicale préhospitalière contribuant au dispositif ORSEC. Elle s'inscrit également dans le développement d'une synergie des professionnels de santé civils et militaires basée sur la coordination interministérielle et l'interopérabilité du personnel et des moyens contribuant à la résilience de la nation face aux crises. Dans ce cadre, il est indispensable de renforcer la formation des professionnels de santé à faire face aux situations sanitaires exceptionnelles et ainsi optimiser la prise en charge des victimes adultes et pédiatriques sur le plan somatique et psychique, y compris dans le contexte particulier des missions du Service de santé des Armées. Cet objectif de formation est notamment destiné à couvrir les champs suivants : • l'accueil, le triage et la prise en charge préhospitalière et hospitalière des blessés somatiques d'accidents collectifs ou d'attentats en particulier la mise en œuvre des gestes et soins d'urgence, les techniques de « damage control » médicales et chirurgicales et les soins spécifiques aux brûlés ; • les risques et prises en charge des patients victimes d'un agent nucléaire, radiologique, biologique et chimique (activités du complexe militaro-industriel, menace terroriste, etc.), y compris les techniques de décontamination et l'administration des thérapeutiques spécifiques ; • l'intervention médico-psychologique préhospitalière et hospitalière auprès des blessés psychiques et la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques ; • la prise en charge des patients atteints d'infection liée à un risque épidémique et biologique et leur diagnostic biologique ; • la gestion des conséquences sanitaires des événements climatiques ;

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- **l'organisation de la réponse du système de santé et la montée en puissance du secteur ambulatoire, des établissements de santé ou médico-sociaux** (plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé ou des plans bleus des établissements médico-sociaux) prévues dans le dispositif ORSAN et **les principes de la médecine d'urgence et de catastrophe préhospitalière** notamment dans le cadre du dispositif de secours à de nombreuses victimes dit « ORSEC NOVI ».

Cet objectif de formation concerne autant la gestion des situations sanitaires exceptionnelles sur le territoire national que la participation aux actions sanitaires internationales lors de crises majeures.

Les dernières crises sanitaires (SRAS, Pandémie Grippe A(H1N1), MERS-CoV, Ébola, etc.), les récents accidents collectifs, attentats et les épisodes cycloniques de l'automne 2017 aux Antilles démontrent l'intérêt de cette formation pour permettre aux acteurs du système de santé civils et militaires d'être en mesure d'assurer la prise en charge des patients en situations sanitaires exceptionnelles tout en assurant la sécurité des professionnels de santé et des personnels.

Dans le contexte actuel de risque élevé de situations sanitaires exceptionnelles et de la menace d'attentats, la formation des professionnels de santé à la prise en charge des victimes (prise en charge des blessés physiques et psychiques) constitue un enjeu majeur et une priorité.

III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)

- Protocole Défense-Santé du 6 avril 2017
- Orientations relatives à la formation des professionnels de santé aux SSE sont précisées dans l'instruction n° DGS/DUS/SGMAS / 2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles : http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-06/ste_20140006_0000_0050.pdf
- Note technique de cadrage relative à la formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Note_technique_formation_SSE.pdf
- Instruction n° DGS/DUS/2016/42 du 19 février 2016 relative à la mise en œuvre de la feuille de route ministérielle visant à renforcer la réponse sanitaire aux attentats terroristes.
- Instruction du 4 mai 2016 relative à la préparation de situations exceptionnelles de type attentats multi-sites
- Instruction DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique : <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=41730>
- Stratégie nationale de santé 2018-2022 : formation aux gestes de premiers secours

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des processus ou des résultats de soins

- L'objectif de cette orientation prioritaire est de disposer d'actions de DPC dont l'objectif est d'obtenir, sur l'ensemble du territoire, des professionnels de santé civils et militaires formés aux gestes et soins d'urgence et à la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles.
- Il s'agit pour ces professionnels de santé d'acquérir les connaissances nécessaires pour s'adapter en conséquence et remplir au mieux leurs missions notamment pour la préparation des plans de gestion des situations sanitaires exceptionnelles et leur mise en œuvre.

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

- Dans le contexte actuel de risque élevé de survenue de situations sanitaires exceptionnelles (crises climatiques, émergence d'agents infectieux épidémiques, etc.) ou de menace d'attentats par armes de guerre ou NRBC, la formation des professionnels de santé à la prise en charge des patients constitue un enjeu majeur et une priorité pour la résilience de la nation.

VI/ Périmètre – Éléments de programme

Publics visés :

Tous professionnels de santé civils et militaires impliqués dans la réponse du système de santé lors d'une situation sanitaire exceptionnelle dans les secteurs ambulatoire, préhospitalier, en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux (dispositif ORSAN et dispositif ORSEC).

Programme :

Gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle (cf. arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence - section 4 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030084493>)

Programme de formation des formateurs et des référents aux situations sanitaires exceptionnelles, cf. note technique de cadrage relative à la formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Note_technique_formation_SSE.pdf

- Programme de formation pour les intervenants des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) (cf. Instruction DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique annexe 3 : <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=41730>)

Fiches d'orientations pluriannuelles prioritaires de DPC issues de la politique nationale de santé

Fiche de cadrage n° 45

I/ Intitulé de l'orientation
Prise en charge du « blessé de guerre » par le service de santé des armées (SSA)
II/ Contexte et enjeux
Le personnel du ministère des armées est exposé à des blessures physiques et/ou psychiques contractées à l'occasion d'engagements opérationnels ou d'attentats. Le parcours de soins des blessés s'étend des soins d'urgence à la prise en charge des complications du traumatisme jusqu'à la réinsertion (rééducation fonctionnelle, réadaptation/réhabilitation, réparation, coordination avec les acteurs institutionnels). La prise en charge du « blessé de guerre » ne peut par ailleurs s'entendre sans prise en compte de son entourage, comme personne atteinte indirectement ou comme participant à la prise en charge du patient.
III/ Indexation à la stratégie nationale de santé sur la base du plan proposé Référence aux plan(s) de santé, références réglementaires et bibliographie (le cas échéant)
- Stratégie nationale de santé 2018-2022 : garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé (transformer l'offre de santé dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population) et innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers (réaffirmer la place des usagers dans le système de santé). - Stratégie santé de défense (SSD) : diffusée au sein des armées le 18 décembre 2017, la SSD constitue le cadre de la politique de santé du ministère des armées. Elle fixe les objectifs et actions prioritaires du SSA pour répondre aux spécificités de la santé des militaires tout en s'inscrivant en cohérence avec la directive de politique générale 2019-2021 du SSA, et la stratégie nationale de santé pilotée par le Ministère de la santé et cosignée par la Ministre des armées. - Note n° 527 740 /DEF/DCSSA/AAD-EMP du 18 décembre 2013 portant sur le plan d'action 2015-2018 « Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées ». - Lettre n° 517 417/ARM/DCSSA/ESSD/CN-SMPA du 25 septembre 2018 portant sur les recommandations du SSA pour la prévention du risque suicidaire dans les armées, la gendarmerie nationale et au profit du personnel du SSA. - Plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires 2019-2023.

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.

IV/ Objectifs de transformation des pratiques, des pratiques, des processus ou des résultats de soins
La prise en charge du blessé de guerre représente le cœur de métier des équipes médicales et paramédicales d'active et de réserve du SSA. La typologie des blessés de guerre ou victimes d'attentats et les conditions de prise en charge évoluent en fonction des théâtres d'opération et des modes d'action des belligérants. La mise en condition de survie du blessé de guerre et sa gestion psychologique s'inscrivent dans la préparation opérationnelle du binôme médecin-infirmier, de façon à garantir une prise en charge de qualité des blessés de guerre et/ou d'attentats sur les théâtres d'opération et sur le territoire national. L'objectif de cette orientation prioritaire est de disposer d'actions de DPC permettant de garantir aux « blessés de guerre », aux victimes d'attentats et à leurs familles une prise en charge optimale par le SSA, tout en développant le cas échéant des innovations thérapeutiques dans les parcours de soins.

VI/ Périmètre – Eléments de programme
- RETour d'EXpérience des armées, directions et services (RETEX). C'est un dispositif qui vise à améliorer la pratique opérationnelle dans tous ses aspects (DORESE : Doctrine, Organisation, Ressources humaines, Equipements, Soutien, Entraînement) et à tous les niveaux (stratégique, opératif, tactique), par la détermination et la déclinaison de mesures (correctrices ou de validation et extension des bonnes pratiques) fondées sur l'analyse objective des faits (référence 20140619-NP-CICDE-DC-002-RETEX-2014 / Le RETEX : Pourquoi ? Comment ?). Le RETEX comprend deux temps : une phase d'analyse aboutissant à des leçons identifiées et une phase de prise en compte comprenant la mise en œuvre, la validation des leçons apprises et leur diffusion. - Notions portant sur le Damage control, la procédure SAFE MARCHE RYAN et la gestion psychologique des blessés de guerre. - Connaissances sur la médicalisation et para-médicalisation de l'avant. - Connaissances concernant la chirurgie de l'avant, le triage en cas d'afflux massif de blessés et les techniques de réanimation adaptés au terrain avec notamment l'utilisation du PLYO et les notions liées à la transfusion de l'avant. - Notions sur la prise en charge des complications du traumatisme, sur la réinsertion du blessé de guerre et la prise en compte de l'entourage. - Description de la chaîne santé de prise en charge des blessés de guerre et des missions des rôles 1, 2 et 3, y compris dans un contexte multinational. - Prise en compte pluri-professionnelle de la doctrine STANAG OTAN. - Notions sur la prise en compte des élongations. - Agressions collectives par armes de guerre – Conduites à tenir pour les professionnels de santé. Ministère de l'intérieur, Ministère des armées et Ministère des solidarités et de la santé, juillet 2018 : 227 pages.

1-août-19

Fiches publiées par l'Agence du DPC conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2019.

Ces fiches de cadrage précisent les enjeux, le périmètre d'application et les attendus en termes de programme de chacune des orientations et sont opposables.