



# **PRECONISATIONS DE BONNES PRATIQUES POUR LA FORMATION CONTINUE NON UNIVERSITAIRE EN SOINS PALLIATIFS**

**Septembre 2013**

**Groupe de travail CNEFUSP**

**SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS**

Siège social & secrétariat : 106, avenue Émile Zola - 75015 Paris - France - Tél : 01 45 75 43 86 - Fax : 01 45 78 90 20

E-mail : [sfap@sfap.org](mailto:sfap@sfap.org) - <http://www.sfap.org> - Siret N° 390 473 353 000 22

Association reconnue d'utilité publique par décret du 24 juin 2008

**PRECONISATIONS DE BONNES PRATIQUES  
POUR LA FORMATION CONTINUE  
NON UNIVERSITAIRE  
EN SOINS PALLIATIFS**

**SOMMAIRE**

|   |             |
|---|-------------|
| <b>I. Introduction</b>                                    | <b>p. 3</b> |
| <b>II. Justification du travail</b>                       | <b>p. 3</b> |
| <b>III. Méthodes de travail</b>                           | <b>P. 5</b> |
| <b>IV. Recherche bibliographique</b>                      | <b>p. 5</b> |
| <b>V. Argumentaire et recommandations</b>                 | <b>p. 7</b> |
| <b>A. Le projet de formation et le cahier des charges</b> | <b>P. 7</b> |
| <b>B. Le projet pédagogique</b>                           | <b>p.10</b> |
| 1. Le profil des formateurs                               | p.10        |
| 2. Les objectifs pédagogiques                             | p.11        |
| 3. Les contenus   | p.11        |
| 4. Les méthodes pédagogiques                              | p.13        |
| 5. Le public  | p.15        |
| 6. L'évaluation   | p.17        |
| 7. L'éthique de la formation                              | p.19        |
| <b>VI. Glossaire</b>                                      | <b>P.20</b> |
| <b>VII. Annexes</b>                                       | <b>P.25</b> |
| <b>Annexe 1 : Composition des groupes de travail</b>      | <b>P.25</b> |
| <b>Annexe 2 : L'évaluation selon Kirkpatrick</b>          | <b>P.27</b> |
| <b>Annexe 3 : Le développement professionnel continu</b>  | <b>P.29</b> |

## I. Introduction

Afin de favoriser la lisibilité des préconisations qui suivent, en regard du sujet traité, le groupe de travail a souhaité rappeler la définition des soins palliatifs et de l'accompagnement. Pour cela il a retenu la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) 2002 qui aborde l'ensemble des principes fondamentaux du concept « palliatif » : « Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge. »

## II. Justification du travail

Le collège national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs (CNEFUSP) a souhaité créer un groupe de travail au sein de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), sur la formation continue non universitaire (institutionnelle et en libéral) en s'appuyant sur les constats suivants :

- La formation professionnelle continue, possibilité pour évoluer dans son travail<sup>1</sup> est devenue obligatoire pour les professions médicales<sup>2</sup> et paramédicales. L'article L. 4382-1 de la loi du 9 août 2004<sup>3</sup> étend cette obligation à l'ensemble des professions de santé dont l'exercice est réglementé dans la quatrième partie du Code de la santé publique (professions médicales, professions de la pharmacie, auxiliaires médicaux).
- « La formation s'allie aujourd'hui à l'évaluation des pratiques professionnelles pour devenir Développement Professionnel Continu » (DPC)<sup>4</sup>. Le DPC pose, à l'égard de chaque professionnel de santé, une obligation individuelle, pour réunir dans un concept commun les notions de

---

<sup>1</sup> Loi du 16 juillet 1971.

<sup>2</sup> Loi du 4 mars 2002

<sup>3</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, chapitre II : « Formation continue » (JO du 11 août 2004).

<sup>4</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, article 59. traduit au plan réglementaire par onze décrets d'application publiés les 1er et 11 janvier 2012 2,3,

formation professionnelle continue, de formation continue conventionnelle et d'évaluation des pratiques professionnelles.

- Depuis le début du développement des soins palliatifs, de très nombreux organismes de formation ont investi ce champ. Ainsi, des sommes importantes sont dégagées chaque année pour les formations en soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie.
- Par ailleurs, la circulaire de 2008 a dévolu une part importante de l'activité des structures de soins palliatifs à la formation<sup>5</sup>.
- Selon l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV), 10% des infirmières, et 13% des aides soignantes de la fonction publique, ainsi que 2,6 % des médecins libéraux auraient été formés d'après l'enquête menée auprès des principaux OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé) en 2011<sup>6</sup>.
- Au-delà de l'aspect quantitatif du nombre de personnes formées, chiffre qui est très difficile à préciser, aucune donnée n'est disponible quant à l'impact de ces formations. En effet, il n'existe pas, à ce jour, de publications ou de recherches en France permettant de mesurer les effets de la formation aux soins palliatifs sur le développement des compétences des professionnels, l'amélioration des pratiques et sur la prise en charge des patients en soins palliatifs et de leur entourage.
- Au regard de l'existant et en l'absence de recommandations, le risque est grand de voir se perpétuer des formations inadéquates, tant sur les programmes proposés, les méthodes pédagogiques, les contenus que sur les références citées.
- Le développement professionnel continu a pour objectifs : « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins ». Dans chacun des cinq décrets en date du 30 décembre 2011 relatifs au DPC des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens et des professionnels de santé paramédicaux figure la même définition : « *le DPC, comporte... l'analyse par les professionnels de santé, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences* ». Ainsi, le DPC permet l'intégration de démarches accomplies dans le champ des pratiques et la valorisation des actions dans le champ de la qualité. Le DPC est une démarche coordonnée, transversale.
- Un des objectifs du DPC est de mettre à disposition des programmes qui répondent à des orientations nationales de DPC en lien avec les plans et politiques de santé publique, éprouvés au plan méthodologique et scientifique et dispensés par des organismes de DPC indépendants de l'industrie de santé. Le champ des soins palliatifs est retenu dans ces plans.

---

<sup>5</sup> Circulaire N° DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

<sup>6</sup> Observatoire National de la Fin de Vie, Rapport 2011. [www.onfv.org](http://www.onfv.org)  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000093/0000.pdf>

Les enjeux de la formation continue dans le champ des soins palliatifs et de l'accompagnement sont donc importants. Par ailleurs, le DPC va favoriser les synergies entre professionnels médicaux et paramédicaux et les impliquer fortement. Il renforce la possibilité d'inter-professionnalité grâce aux programmes de DPC communs. Il démontre la nécessité d'une approche décloisonnée de la santé, dans sa dimension sanitaire et médico-sociale.

Il est donc apparu nécessaire de préconiser des bonnes pratiques de formation continue dans les institutions sanitaires et médico-sociales, comme au domicile, en élaborant des recommandations dans le champ des soins palliatifs.

### III. Méthodes de travail

Un travail préliminaire a consisté à analyser la littérature et à faire une enquête auprès des responsables institutionnels des formations dans quatre centres hospitaliers universitaires (CHU) ainsi que de l'ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du Personnel Hospitalier) pour connaître leurs critères de sélection des organismes de formation. Six critères semblent dominer :

- Adéquation des contenus avec les thèmes de formation (adapter l'offre au public)
- Pertinence des méthodes pédagogiques par rapport au public visé
- Qualité des supports pédagogiques et des documents remis aux stagiaires
- Références de l'organisme dans le domaine concerné
- Qualité et expérience des intervenants sollicités pour la formation
- Dispositif d'évaluation pédagogique et d'attestation de formation.

Ces axes semblent *a priori* pertinents mais ils sont assez généraux.

Compte tenu des enjeux, le collège national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs a décidé, lors de sa réunion du 4 avril 2012, de confier au groupe la mission de se mettre en lien avec la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Direction générale de l'offre de soins DGOS, et de poursuivre son travail par une méthode type Delphi, type consensus formalisé d'experts<sup>7</sup>.

Selon cette méthode, un groupe de pilotage rédige une première proposition soumise à un groupe de cotation qui fait une première cotation par mail. Une rencontre entre le groupe de cotation et le groupe de pilotage permet de rédiger une deuxième itération qui, après une deuxième cotation, est soumise à un groupe de lecture. Celui-ci se prononce sur la lisibilité et la faisabilité des recommandations de bonnes pratiques.

### IV. Recherche bibliographique

L'analyse bibliographique a été centrée sur les articles publiés en langue anglaise ou française en interrogeant la base PubMed du NCBI (National Center for Biotechnology Information) et en se limitant aux dix dernières années avec un début de recherche fixé au 1<sup>er</sup> juin 2002, et une actualisation jusqu'au 30 septembre 2012.

---

<sup>7</sup>Guide méthodologique HAS : Elaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode : « Recommandations par consensus formalisé », décembre 2010.

Une première recherche a été effectuée avec les termes « continuing medical education » et « palliative care ». L'équation de recherche a été:  
(("education, medical, continuing"[MeSH Terms] OR ("education"[All Fields] AND "medical"[All Fields] AND "continuing"[All Fields]) OR "continuing medical education"[All Fields] OR ("continuing"[All Fields] AND "medical"[All Fields] AND "education"[All Fields])) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields])) AND (("2002/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND (French[lang] OR English[lang]))

Une seconde recherche a utilisé les mots « teaching skills » et palliative care avec l'équation suivante :

((("education"[Subheading] OR "education"[All Fields] OR "teaching"[All Fields] OR "teaching"[MeSH Terms]) AND skills[All Fields] AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields])) AND (("2002/01/01"[PDAT]: "3000/12/31"[PDAT]) AND (French[lang] OR English[lang]))

L'analyse a été complétée par la lecture de documents référencés dans la bibliographie d'articles ou bien transmis par des membres du comité de pilotage, par le Centre National De Ressources (CNRD) Soins Palliatif.

La recherche bibliographique avec les mots « Continuing medical education » et « palliative care » a mis en évidence 143 articles et celle avec les mots « teaching skills » et « palliative care » a montré 295 articles.

Les articles dont le sujet était la formation initiale des soignants, et non la formation continue, ceux dont le thème principal était les situations de fin de vie en unité de soins intensifs, et les articles publiés dans des revues à faible diffusion, locale ou régionale, n'ont pas été retenus.

Les articles analysés constituent pour la plupart des rapports d'expériences. Ils sont peu contributifs sur la spécificité des soins palliatifs dans la formation professionnelle continue telle qu'elle est organisée en France. Cela confirme le bien fondé de la méthode de travail choisie (consensus formalisé).

## V. Argumentaire et recommandations

### A. Le projet de formation continue en soins palliatifs (cahier des charges)

#### 1. Le cahier des charges

##### Argumentaire

L'organisation de l'offre de soins palliatifs, telle qu'elle a été définie en France au travers de différents textes de lois et circulaires<sup>8</sup>, se structure désormais autour de deux principes généraux. D'une part, la graduation de l'offre de soins en fonction de la complexité des situations, et d'autre part, l'objectif de diffusion de la démarche palliative au sein des services hospitaliers comme au domicile ou en son substitut<sup>9</sup>.

Tous les patients dont l'état de santé le requiert, doivent avoir accès aux soins palliatifs. Les soins palliatifs ont ainsi vocation à être organisés dans tous les établissements sanitaires et médico-sociaux, de même qu'à domicile.

Ces textes ont fixé le rôle prépondérant des équipes de soins palliatifs (réseaux, équipes mobiles, unités) dans la diffusion de la démarche palliative par le biais de la formation continue des professionnels de santé et dans leur rôle de conseil en situation. Sur un territoire donné, ces équipes ressources peuvent repérer les besoins de formation des professionnels de santé quelque soit leur mode d'exercice (salarié ou libéral). C'est le cas, par exemple, des unités de soins palliatifs, qui accueillent les situations « de crise » et /ou « complexes » émanant du domicile, des réseaux ou encore des équipes mobiles qui apportent compagnonnage, soutien et conseils aux équipes libérales. C'est pourquoi, la participation des équipes ressources à l'élaboration des projets de formation des professionnels de santé libéraux, est pertinente. Le cas échéant, cela permet également aux professionnels libéraux de les identifier comme ressources.

Mais force est de constater que les membres des structures de soins palliatifs ne sont pas toujours informés de l'existence de formations sur le sujet dans leur établissement ou sur leur territoire d'intervention.

##### Recommandations

Lorsqu'une formation aux soins palliatifs est envisagée, il est recommandé que :  
**En institution**, le service formation (ou la personne en charge de formation) et le personnel d'encadrement définissent, avec les membres des structures de soins palliatifs de l'établissement (ou référentes par convention), les projets de formation aux soins palliatifs afin d'élaborer un cahier des charges.

<sup>8</sup> Circulaire Laroque 1986,

Loi n° 99\_477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs

Loi n° 2002/303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, et à la qualité du système de santé.

Circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

Plan de développement des soins palliatifs 2008/2012, Rapport « Etat des lieux du Développement des soins palliatifs en France en 2010 ».

<sup>9</sup> Décret n°2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs.

**Dans les établissements médico-sociaux** et les structures employant des salariés, les projets de formation en soins palliatifs sont élaborés en lien avec les membres des structures de soins palliatifs ressources (ou référentes par convention) le cas échéant.

Il est recommandé aux professionnels libéraux de choisir des organismes de formation ou de DPC, qui élaborent leur projet de formation avec les équipes ressources de soins palliatifs du territoire concerné.

pour libéraux

## 2. Rencontre préalable.

### Argumentaire

La formation dans le champ de la santé ne peut se standardiser et en particulier dans le domaine des soins palliatifs.

La médecine palliative est une discipline récemment structurée qui s'exerce dans l'interdisciplinarité. Aussi, les formations continues en soins palliatifs s'adressent à des équipes, des groupes et non seulement à des individus. Ceux-ci exercent leurs missions dans différents types de contexte (en institution sanitaire mais aussi dans le domaine médico-social ou encore au domicile avec des acteurs ayant une activité libérale). Les demandes, attentes et besoins de formation sont eux-mêmes très en lien avec le contexte d'exercice. C'est pourquoi, il semble nécessaire d'intégrer ces attentes spécifiques à l'offre de formation proposée.

De plus, les objectifs de ces formations en soins palliatifs demandées, peuvent être de différentes natures et/ou de natures complexes. Ils visent à renforcer les compétences individuelles mais aussi des compétences collectives voire à élaborer un projet de prise en charge palliative commun au sein d'un établissement ou d'un service.

Ceci rend difficile la possibilité de trouver une réponse adéquate dans une offre de « formation standardisée » telle qu'on peut la voir dans des formations sur catalogue.

Il est donc indispensable d'organiser une rencontre préalable ou un entretien pour permettre la mise en adéquation du projet de formation proposé avec le contexte, les attentes et objectifs spécifiques. Cette rencontre peut permettre, par ailleurs, d'éviter certains écueils de formation tels que :

- une inadéquation entre le projet, les objectifs et le temps disponible pour réaliser la formation.
- des thèmes proposés trop théoriques voire idéologiques.
- des responsables pédagogiques qui n'ont aucune connaissance de la pratique des soignants dans les situations de fin de vie et /ou qui ont des représentations idéalisées de la prise en charge des malades en fin de vie.

L'entretien préalable doit être équilibré et comporter des éléments de réciprocité : l'organisme de formation recueille les éléments du contexte, les attentes et les besoins, mais l'institution doit aussi recueillir des références sur l'organisme de formation compte tenu de la sensibilité de ce sujet afin d'éviter notamment les dogmatismes ou encore les dérives sectaires assez fréquentes<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> MIVILUDES (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires)

Etablir un plan de formation et attribuer des crédits dédiés font partie des attributions du DRH (directeur des ressources humaines) ou d'une structure dédiée à la formation. En France, des plans de formation comprennent une analyse des besoins, une ingénierie pédagogique<sup>11</sup>, un budget et une présentation en comités d'entreprises. Il faut rendre des comptes et évaluer les résultats. « L'ingénierie de formation réside dans l'art de combiner avec sagacité les ressources pertinentes qui vont permettre de produire, dans des conditions optimales, l'effet éducatif attendu et cela quel que soit le système à l'intérieur duquel on se trouve »<sup>12</sup>.

Cette manière de penser la formation s'oppose aux savoirs universitaires centrés sur des disciplines et au mouvement des sciences humaines qui considèrent que la formation est au service du développement des individus<sup>13</sup>.

Le concept d'ingénierie est entré dans les pratiques de formation afin de rendre plus performants les systèmes de formation professionnelle. Il s'agit de permettre aux professionnels de s'adapter à des problématiques nouvelles et de les rendre plus efficaces.

Concernant les professionnels de santé libéraux, l'organisation du DPC. ne permet pas de rencontre préalable, étant donné le nombre de professionnels visés. Toutefois, chaque professionnel doit pouvoir exercer son choix notamment en fonction d'un programme de formation le plus précis possible. Dans certains secteurs géographiques, l'organisation des remplacements (médecins, infirmières...) devenant complexes, il est légitime que les professionnels qui s'engagent dans des formations puissent faire, au préalable, un choix éclairé.

## **Recommandations**

Pour les formations institutionnelles, il est recommandé, pour choisir un organisme, d'avoir une (ou plusieurs) entretiens(s) préalable(s) avec le responsable pédagogique de la future formation.

Outre les points habituels (objectifs, contenus, méthodes pédagogiques...) la demande, le contexte et les enjeux seront développés au cours de cette rencontre :

- Origine de la demande de formation et analyse des besoins
- Caractéristiques du contexte territorial : la permanence et la continuité des soins, la fréquence des situations de fin de vie
- Les acquis des professionnels sur le terrain : leur ancienneté, le fonctionnement des équipes de jour, de nuit, le recours aux ressources existantes en soins palliatifs, les formations antérieures sur le sujet
- Les problématiques posées par les soins aux malades en phase palliative ou terminale, et celles des proches
- L'existence d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- Les enjeux éventuels.

---

<sup>11</sup> L'ingénierie pédagogique est le programme correspondant au cahier des charges d'une action ou la conception d'une situation d'apprentissage.

<sup>12</sup> Le Lann P. (2000). *Analyse de la démarche d'ingénierie de formation en soins palliatifs dans le projet du groupe hospitalier du Havre*. P 37569, CNDR soin palliatif.

<sup>13</sup> Le Boterf, G. (2004). L'ingénierie des compétences. In Philippe Carré & Pierre Caspar (dir.) *Traité des sciences et techniques de la formation*. Paris : Dunod.

En ce qui concerne les professionnels libéraux, ils pourront choisir leur programme parmi ceux proposés et validés par le comité scientifique, sur le site de l' Organisme Gestionnaire Développement Professionnel Continu.

**pour version libéraux**

Un projet de formation est écrit à l'issue de cette rencontre préalable, prenant en compte les éléments suivants : objectifs, contenus, méthodes pédagogiques ainsi que des modes d'évaluation des impacts de la formation et l'évaluation à distance sur le terrain.

**pour version institution**

Le programme proposé doit être clairement détaillé (objectifs, contenus, méthodes pédagogiques...) particulièrement pour les libéraux qui choisissent leur formation sur ces critères.

**pour version libéraux**

## **B. Projet Pédagogique**

### **1. Profils des Formateurs**

#### **Argumentaire**

Il convient de distinguer différents rôles dans une équipe pédagogique :

- **le coordonnateur/responsable pédagogique** (il s'agit souvent d'un membre d'une équipe de formateurs) : anime cette équipe ; veille à l'ensemble du parcours de formation des participants ; s'assure de la qualité et de la pertinence des méthodes et outils pédagogiques mis en œuvre
- **l'intervenant/formateur** : apporte une compétence dans son domaine d'activité avec une qualification reconnue par sa formation et son expérience clinique ; transmet des savoirs et savoirs faire aux publics adultes concernés ; propose des outils pédagogiques, en lien avec les objectifs de formation et la pédagogie d'adultes ; assure souvent de pair, le rôle d'animateur s'il en a les compétences.
- **l'animateur** est formé à la gestion de groupe, aux techniques d'animation et aux méthodes pédagogiques mises en œuvre dans le cadre de la formation. Il veille au bon déroulement du programme.

Certains organismes de formation font appel à des formateurs qui n'ont aucune connaissance de la pratique des soignants dans les situations de fin de vie. Le champ de la maladie grave et de la fin de vie est un domaine qui doit être abordé par des formateurs qui le connaissent. En effet, les problématiques rencontrées par les stagiaires doivent pouvoir être comprises par les formateurs. Il ne s'agit pas de limiter la formation à l'apport de contenus théoriques et encore moins de représentations idéalisées de la prise en charge des malades en fin de vie.

#### **Recommandations**

L'intervenant formateur a des compétences en pédagogie et une expérience professionnelle du terrain en soins palliatifs.

Plusieurs intervenants de disciplines différentes sont nécessaires pour couvrir le champ des soins palliatifs, chacun intervenant dans son domaine de compétences.

## 2. Les objectifs pédagogiques

### Argumentaire

Toute formation nécessite la formulation d'objectifs comme le précise le code du travail relatif à la formation professionnelle. Ils vont permettre aux formateurs de guider l'action pédagogique et sa progression, et aux participants de comprendre ce qu'ils doivent être capables de faire en fin de formation.<sup>14 15</sup>

L'objectif de la formation est précisé par le commanditaire. Il doit permettre de définir le changement attendu dans l'activité en soins palliatifs des participants.

Les objectifs pédagogiques:

- sont annoncés aux participants en début de chaque session,
- sont définis de façon claire, précise et observable,
- s'appuient sur les situations professionnelles (de soins palliatifs) rencontrées par les participants (institutions, domicile...),
- peuvent être graduels si la formation s'inscrit dans la durée,
- leurs définitions relèvent de la responsabilité des formateurs.

L'évaluation des besoins en termes de connaissances et compétences, l'élaboration d'objectifs en termes d'apprentissage avec des méthodes adaptées sont une nécessité absolue en préalable des projets de formation construits par les formateurs<sup>16 17 18</sup>.

### Recommandation

Les objectifs pédagogiques sont clairement définis.

## 3. Les contenus

### Argumentaire

Les thèmes abordés au cours de la formation privilégient la démarche palliative<sup>19</sup>, c'est-à-dire une démarche centrée sur le sujet malade dans ses dimensions physique, psychologique, sociale et spirituelle. Il ne s'agit pas d'aborder toutes les causes des symptômes et leurs traitements, mais de développer les moyens de soulager les symptômes qualifiés de pénibles par le patient.

La compétence clinique est en lien avec des pratiques et des savoirs technoscientifiques ou issus d'autres disciplines. Les contenus transmis doivent être fidèles aux recommandations de sociétés savantes, de collèges professionnels

---

<sup>14</sup> C.Maisonneuve, Analyse des applications sur le terrain professionnel de l'enseignement dispensé à des infirmières en soins généraux dans le cadre de la formation continue- Recherche en soins infirmiers n°45, 54-137 ; juin 1996.

<sup>15</sup> De Vlioger and all, A Guide for the Development of Palliative Nurse education in Europe- Report of the EAPC Task Force- p.15; 2004.

<sup>16</sup> Hauer J, Quill T. Educational needs assessment, development of learning objectives, and choosing a teaching approach. J Palliat Med. 2011; 14: 503-8.

<sup>17</sup> Champagne M, L'Heureux M. Le plan de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs : regard sur la méthodologie. Cahiers francophones de soins palliatifs. 2010 ; 10 : 83-97.

<sup>18</sup> Bercovitz A, Croyere N, Soins palliatifs et formation pédagogique. Cahiers francophones de soins palliatifs. 2011 ; 11 : 43-50.

<sup>19</sup> Colombat P., Mitaine L, Gaudron S, Une solution à la souffrance des soignants face à la mort : la démarche palliative, *Hématologie*, 2001 ; 7, p.54-59.

d'agences nationales ou en accord avec les principes de la médecine fondée sur les preuves : EBM (evidence-based medicine) et EBN<sup>20</sup> (evidence-based nursing). Cette médecine consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient. Sa pratique implique que l'on conjugue l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques obtenues par la recherche<sup>21</sup>. En effet, le champ de la fin de vie et de l'accompagnement est parfois investi par les médecines dites « douces », voire des médecines sectaires.

L'ANESM<sup>22</sup> (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) et l'HAS<sup>23</sup> ont élaboré des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge palliative.

Dans le champ de la réflexion éthique, ou des sciences humaines les corpus théoriques transmis doivent s'appuyer également sur des contenus référencés.

La compétence relationnelle concerne certes la relation avec la personne malade, mais aussi avec son entourage et les autres acteurs du soin.

La pratique en soins palliatifs n'est pas une pratique solitaire. Le soignant, même en exercice libéral, est en permanente interaction avec des groupes humains que ce soit d'autres soignants, du personnel administratif, des représentants des tutelles, des associations ou des pharmaciens et prestataires de matériel de soins. La capacité de coopération doit s'appliquer dans le travail avec les autres acteurs du champ sanitaire ainsi que les acteurs du champ médico-social et psychologique, quel que soit leur lieu d'exercice, dans l'apprentissage d'une pratique interdisciplinaire.

## **Recommandations**

Les contenus transmis dans la formation sont adaptés à la diversité des participants pour que chacun développe les compétences requises dans la pratique de la démarche palliative : des compétences cliniques, relationnelles, éthiques et de coopération.

Les contenus médicaux et soignants transmis sont des contenus validés et référencés.

Les contenus transmis lors de la formation sont communiqués, à la structure de soins palliatifs de l'établissement, ou le réseau de soins palliatifs le cas échéant.

<sup>20</sup> Ingersoll GL. Evidence-based nursing: What it is and what it isn't. Nursing Outlook. 2000 : 151-2.

<sup>21</sup> Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS Evidence based medicine: what it is and what it isn't.. Br Med J. 1996; 312: 71-2.

<sup>22</sup> Qualité de vie en EPHAD [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_QDV4\\_Novembre\\_2012.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_QDV4_Novembre_2012.pdf) pp. 79-90.

<sup>23</sup> ANAES : Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, Service de recommandations et références professionnelles, décembre 2002. Recommandations.

## 4. Les méthodes pédagogiques

### Argumentaire

La formation accueille un groupe hétérogène et chaque fois singulier par les représentations et les compétences de chacun, mais elle s'enrichit des partages d'expérience. Les méthodes pédagogiques sont diversifiées et adaptées au public, mais elles sont principalement en interaction avec les expériences professionnelles sur lesquelles il convient de s'appuyer. Les formations en groupe restreint facilitent le travail sous forme d'ateliers avec une étude de scénario, une implication dans un jeu de rôles permettant des mises en situation<sup>24 25 26 27 28</sup>. Dans la littérature, on trouve plusieurs articles qui soulignent le développement des formations par internet ou avec un support informatique<sup>29 30 31 32</sup>.

On peut s'interroger sur la pertinence de l'utilisation de ces méthodes pour acquérir les compétences liées à la démarche palliative. En effet, pour aborder la complexité des situations il est nécessaire d'échanger et donc de se rencontrer.

Le *e-learning* ne peut être envisagé qu'en complémentarité avec du temps présentiel. La formation en soins palliatifs comprend une part importante d'aspects éthiques, émotionnels et d'analyse des pratiques. Ces points doivent être travaillés dans un face à face pédagogique au sein d'un groupe.

Cependant des savoirs d'ordre conceptuel tels que les principes des soins palliatifs, les référentiels législatifs particulièrement complexes tels que la loi du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, peuvent être présentés en *e-learning* et travaillés à distance sous la forme d'un tutorat individualisé ou repris en groupe d'analyse de pratiques.

L'avantage de la méthode *e-learning* est de mettre à disposition des établissements des documents de référence communs à l'ensemble du personnel afin qu'ils partagent la même information. En outre le *e-learning* fait preuve de sa pertinence dans la formation à la recherche clinique en soins palliatifs pour les parties méthodologiques et pour les régulations des travaux au cours de la formation.

Les méthodes d'*e-learning* pourraient avoir un intérêt dans le champ des soins palliatifs en les utilisant comme un pré-test.

---

<sup>24</sup> Grainger MN, Hegarty S, Schofield P, White V, Jefford M. *Discussing the transition to palliative care: evaluation of a brief communication skills training program for oncology clinicians. Palliat Support Care. 2010; 8:441-7.*

<sup>25</sup> Goelz T, Wuensch A, Stubenrauch S, Ihorst G, de Figueiredo M, Bertz H, Wirsching M, Fritzsche K. *Specific training program improves oncologists' palliative care communication skills in a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2011 ;29 :3402-7.*

<sup>26</sup> Pype P, Wens J, Deveugele M, Stes A, Van den Eynden B. *Postgraduate education on palliative care for general practitioners in Belgium. Palliat Med. 2011; 25:187-8.*

<sup>27</sup> Baile WF, Walters R *Applying sociodramatic methods in teaching transition to palliative care. J Pain Symptom Manage; 2012. Aug 11*

<sup>28</sup> Jackson VA, Back AL. *Teaching communication skills using role-play: an experience-based guide for educators. J Palliat Med. 2011; 14:775-80.*

<sup>29</sup> Koropchak CM, Pollak KI, Arnold RM, Alexander SC, Skinner CS, Olsen MK, Jeffreys AS *Studying communication in oncologist-patient encounters: the SCOPE Trial. Palliat Med. 2006; 20: 813-9.*

<sup>30</sup> Arenella C, Yox S, Eckstein DS, Ousley A. *Expanding the reach of a cancer palliative care curriculum through Web-based dissemination: a public-private collaboration. J Cancer Educ. 2010; 25: 418-21.*

<sup>31</sup> Pelayo M, Cebrián D, Areosa A, Agra Y, Izquierdo JV, Buendía F. *Effects of online palliative care training on knowledge, attitude and satisfaction of primary care physicians. BMC Fam Pract. 2011 May 23;12:37.*

<sup>32</sup> Nicholson A French A. *Practical palliative care course for doctors in specialist training. BMJ Support Palliat Care 2012; 2 : A118-A119.*

« Les adultes possèdent un riche bagage de connaissances et d'expérience et ils apprennent mieux lorsque leur expérience est reconnue et que les apprentissages qu'ils effectuent s'appuient sur leurs connaissances et expériences antérieures »<sup>14</sup>. Quelle que soit la manière dont la formation est organisée, ce sont les participants qui apprennent ce qui les intéresse, ce qu'ils veulent comprendre, éventuellement ce qu'ils sont contraints d'apprendre<sup>15</sup>. La formation consiste à mobiliser des représentations concernant la maladie, les soins, la médecine, la vieillesse, la mort et la souffrance qui sont chargés d'affects et générateurs de mécanismes de défense. Il est donc nécessaire de partir des représentations pour les enrichir. La formation doit aussi procurer des repères pour soutenir les activités de travail. Ces repères sont d'ordre technique ou scientifique, d'ordre éthique (ce qu'il est légitime de faire, ce qu'on s'autorise, ce qu'on s'interdit), d'ordre institutionnel (sur les attributions et les places de chacun dans une organisation), d'ordre économique.

Les méthodes pédagogiques sont de préférence basées sur des analyses de situation. En effet la transmission des compétences passe par une pédagogie des situations. Il ne s'agit pas d'apprendre par cœur, mais d'apprendre à résoudre des problèmes. Il faut alors mettre en scène des situations appropriées et diverses pour un apprentissage du modèle opératif<sup>33</sup>. De nombreuses méthodes peuvent être utilisées : analyses de vidéo, études de cas, travaux de groupe, analyses d'incident critique, lectures, photo-langage, enseignement assisté par ordinateur, exposés théoriques, visites et observations, élaboration de projet, enquêtes ....

Les récits d'expérience<sup>34</sup> montrent leur pertinence pour améliorer les attitudes des infirmières vis-à-vis de la mort. Des jeux de rôle permettent de simuler la communication entre patients et infirmières<sup>35</sup>. Un CD Rom interactif utilise des méthodes de communication pour réfléchir aux interactions entre médecin oncologue et patients à l'occasion de l'annonce de mauvaises nouvelles<sup>24</sup>. Des ateliers interprofessionnels ont pour but de revoir les idées préconçues sur les autres professions, apprécier la valeur du travail en équipe<sup>36</sup>. Un des apprentissages des plus importants dans ce type d'ateliers est la compréhension du rôle des autres intervenants selon leur champ de pratique professionnelle<sup>37</sup>. Des activités de résolution de problèmes permettent de définir le problème, passer en revue les informations dont on dispose, penser les hypothèses que l'on peut formuler et délibérer autour des investigations à entreprendre et décider que faire<sup>38</sup>.

Par ailleurs, les programmes de DPC seront caractérisés par une méthode et des modalités validées par la Haute Autorité de Santé (HAS), et correspondront à des orientations nationales, prédéfinies par un arrêté ministériel, ou régionales, après avis des commissions scientifiques indépendantes. Ces programmes, proposés par des organismes de DPC, pourront à titre d'exemple s'appuyer sur des revues de morbi-mortalité (RMM) avec les équipes soignantes mais aussi les travaux menés autour des vigilances, du circuit du médicament, les démarches qualité, la lutte contre les

---

<sup>33</sup> Pastré, P. (2004) L'ingénierie didactique professionnelle. p 313 et s. In Philippe Carré & Pierre Caspar (dir.) *Traité des sciences et techniques de la formation*. Paris : Dunod.

<sup>34</sup> Wessel, E. et Rutledge, D., 2005. Home Care and Hospice Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for the Dying. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, vol 7, n° 4, jul/aug 2005.

<sup>35</sup> Wilkinson, S. ; Roberts, A. et Aldrige, J. (1998). Nurse-patient communication in Palliative Care : an Evaluation of a Communication Skills Programme. *Palliative Medicine*, 1998: 12, 13-22.

<sup>36</sup> Koffman, J. et Higginson, I. Assessing The Effectiveness and Acceptability of Interprofessional Palliative Care Education (2005). *Journal of Palliative Care*, 21, 4, 262-269.

<sup>37</sup> Legault, A. ; Brien, LA. ; Francoeur, L. et Lebel, S. (2009). Développement et implantation d'une formation. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 2009: 9, 2, 19-29.

<sup>38</sup> Porchet, F. (2001) *Formation en soins palliatifs : projet de recommandations nationales, élaboré par le groupe de travail formation de la société suisse de médecine et de soins palliatifs*. Fribourg 1<sup>er</sup> février, 2001. D 14.00 CNDR

infections nosocomiales, les chemins d'audits cliniques, les réunions de concertation pluridisciplinaire... Cette extension doit être mise en relation avec l'apport méthodologique de la HAS qui produit un ensemble de documents.

Les soins palliatifs sont dispensés en équipe et une approche pluridisciplinaire sera privilégiée dans ces formations.

## **Recommandations**

Les méthodes pédagogiques choisies sont adaptées à la nature du contenu, au public, aux compétences à acquérir.

Les méthodes pédagogiques privilégient les analyses de situations rapportées par les stagiaires (le travail en sous-groupe, l'analyse de pratiques, les méthodes recommandées par la HAS et/ ou ANESM<sup>39</sup>...)

Il est recommandé, en début de formation, d'identifier le contexte de l'exercice professionnel des participants, de connaître la nature des difficultés rencontrées et de créer ainsi la dynamique de groupe. Des analyses de situations sont prévues tout au long de la formation.

## **5. Public**

### **Argumentaire**

La formation continue doit s'appuyer sur l'exercice clinique de chacun, au plus prêt des situations vécues par les participants, mais aussi sur les échanges entre participants<sup>34</sup>.

Comme le souligne le comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement, « L'interdisciplinarité constitue en effet la clé de la prise en charge globale de la personne malade, elle-même à la base des soins palliatifs ». Le texte utilise le terme interdisciplinarité en référence à la définition donnée dans l'annexe 12 du bilan : « L'intervention interdisciplinaire est la résultante de l'action concertée d'une équipe multidisciplinaire, auprès de la personne malade et de sa famille. Partageant des responsabilités, ces personnes travaillent en synergie et en interaction à la compréhension globale des besoins de la personne malade et de sa famille, afin de poursuivre des objectifs communs, avec le souci d'une communication efficace »<sup>40</sup>.

La pertinence, voire la qualité des formations proposées par certains organismes de formation ainsi que leurs impacts sur les pratiques soignantes, peuvent poser un certain nombre de questions<sup>41</sup>... Par exemple, les formations organisées en

<sup>39</sup> ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux.

<sup>40</sup> Aubry R, *Bilan du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie*. Médecine Palliative. 2008 ; 7 : 238-243.

<sup>41</sup> Koffman, J *Multiprofessional palliative care education : post challenges, future issues*, in Journal of Palliative Care, 2001, 17,2, p. 86-92.

inter établissements ou inter services aboutissent parfois à un saupoudrage de personnels formés; ceux-ci, de retour dans leur lieu d'exercice, sont alors mal à l'aise en mesurant l'écart entre ce qu'ils ont acquis et la difficulté, de par leur isolement, de mettre en place certains changements.

Les formations des paramédicaux, sans les médecins ni les cadres, peuvent créer un effet «pervers» si leur participation n'est pas soutenue par un projet de service, de pôle ou d'établissement. Les personnes formées ont acquis des compétences que leurs collègues n'ont pas. Cela décourage les premiers et crée des résistances au changement chez les autres, si le retour dans le service n'est pas accompagné d'un projet soutenu, en particulier par le cadre de santé et suivi d'un engagement pour que d'autres membres de l'équipe se forment dans l'avenir. Une des recommandations du comité de suivi du développement des soins palliatifs le formule ainsi : « Les professionnels qui travaillent ensemble se formeront ensemble»<sup>42</sup>. Et dans le même objectif, le guide de bonnes pratiques en 2004 invite à une : « formation interne interdisciplinaire nécessaire pour permettre un apprentissage technique homogène au sein de l'équipe, apprendre à se connaître et apprendre à prendre la parole »<sup>43</sup>.

Chaque professionnel de santé doit satisfaire à son obligation de DPC, dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente, en participant chaque année à un programme de DPC. Il convient d'affirmer les caractéristiques du nouveau concept de "programmes de DPC" : il ne s'agit pas seulement de l'amélioration des connaissances et/ou des compétences mais aussi de prendre en compte de nouvelles approches centrées sur l'exercice de terrain et les actions collectives des équipes hospitalières, libérales et médico-sociales.

Au-delà des objectifs du DPC, fixés par la loi, ce nouveau dispositif vise aussi à permettre à davantage de professionnels de santé de mener ensemble, en dépassant les clivages habituels (médecins/paramédicaux, ville/hôpital), des formations et des activités d'analyse de pratiques professionnelles. Cela rejoint le travail en équipe pluridisciplinaire nécessaire en soins palliatifs.

En d'autres termes, il est nécessaire que les médecins et les cadres conduisent une réflexion commune pour l'élaboration concrète de la mise en œuvre de la démarche palliative dans leur service. Ce qui revient à dire que cette formation se place, autant dans un projet de service ou de pôle, que dans un projet professionnel individuel.

## **Recommandations**

|  |
|--|
| Il est recommandé de privilégier les formations continues faisant participer ensemble les membres de l'équipe : médecins, infirmiers, aides soignants, psychologues, cadres de santé, etc.). |
|--|

<sup>42</sup> Aubry, R – *Rapport de fin d'exercice du Comité National de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement* - Compte rendu de la réunion n°12 du Jeudi 10 Janvier 2008 réalisé par R Aubry - Propositions du comité pour la formation continue- p.192.

<sup>43</sup> Circulaire n°257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements. Guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements, avril 2004, Ministère de la santé et de la protection sociale, DHOS, comité de suivi soins palliatifs et accompagnement 2002-2005.

Il est recommandé aux professionnels libéraux (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens...) travaillant ensemble sur un même territoire de recours, de s'inscrire conjointement à un même programme de formation de soins palliatifs.

pour libéraux

Il est recommandé aux professionnels travaillant sur un même territoire de santé (domicile, institutions sanitaires et médicosociales) de se former ensemble.

## 6. L'évaluation

### Argumentaire

L'évaluation immédiate fait partie des obligations des services de formation. Son intérêt est limité : une personne peut être très satisfaite de sa formation sans qu'il n'y ait de retombées sur sa pratique.

Des études retrouvées dans la littérature évaluent le bénéfice de l'évaluation de la formation en termes de connaissances théoriques, de pratiques professionnelles, de confiance en soi, et de communication auprès des malades ou de leurs proches<sup>32 19 21 44 24 26 45 46 47 48 49 50 51</sup>. Ce bénéfice étant d'autant plus fort que le nombre de séances suivies est élevé<sup>52</sup>. Certaines d'entre elles reposent sur une randomisation des professionnels avec une différence significative en termes de bénéfice sur les connaissances parmi les sujets membres d'un groupe avec une formation structurée

---

<sup>44</sup> Patterson C, Molley W. Provisional *Educational needs of health care providers in palliative care in three nursing homes in Ontario* J Palliat Care. 1997; 13: 13-7.

<sup>45</sup> Shipman C, Addington-Hall J, Thompson M, Pearce A, Barclay S, Cox I, Maher J, Millar D Building bridges in palliative care: evaluating a GP Facilitator programme. Building bridges in palliative care: evaluating a GP Facilitator programme. Palliat Med. 2003 Oct;17(7):621-7.

<sup>46</sup> Koffman J., Higginson IJ Assessing the effectiveness acceptability of interprofessional palliative care education. J Palliat Care. 2005 : 262-9.

<sup>47</sup> Wessel EM, Rutledge DN. Home care and hospice nurses' attitudes toward death and caring for the dying: effects of palliative care education. Journal of hospice and palliative nursing. 2005; 7: 212-8.

<sup>48</sup> Braun KL, Zir A Using an interactive approach to teach nursing home workers about end-of-life.. Journal of hospice and palliative nursing. 2005; 7: 280-8.

<sup>49</sup> Ersek M, Grant MM, Kraybill Enhancing end-of-life care in nursing homes: Palliative Care Educational Resource Team (PERT) program. BM J Palliat Med. 2005; 8: 556-66.

<sup>50</sup> Clayton JM, Adler JL, O'Callaghan A, Martin P, Hynson J, Butow PN, Laidsaar-Powell RC, Arnold RM, Tulsy JA, Back AL Intensive communication skills teaching for specialist training in palliative medicine: development and evaluation of an experiential workshop.. J Palliat Med. 2012;15: 585-91.

<sup>51</sup> Kelley AS, Back AL, Arnold RM, Goldberg GR, Lim BB, Littrivis E, Smith CB, O'Neill LB. Geritalk: communication skills training for geriatric and palliative medicine fellows. J Am Geriatr Soc. 2012; 60:332-7.

<sup>52</sup> Wen A, Gatchell G, Tachibana Y, Tin MM, Bell C, Kojjane J, Zeri K, Masaki K *Educational intervention for frontline nursing home staff: The IMPRESS project*. J gerontol Nurs. 2012; 17 : 2-7.

en soins palliatifs<sup>20 45,46</sup>. Ce bénéfice persiste après plusieurs semaines<sup>41 46 47 53</sup> et jusqu'à six mois pour certaines études<sup>54 55 56 57 58</sup>.

Une auto évaluation des connaissances, avant/après la formation peut permettre au stagiaire de se situer dans son acquisition et en mesurer les écarts afin de pouvoir mobiliser un autre enseignement. Celle-ci peut prendre des formes différentes par exemple :

- évaluation après ateliers par questionnaire<sup>42 59</sup>
- évaluation (avant, après) d'un enseignement par CD-ROM<sup>33</sup>

Des échelles d'attitude ont été utilisées pour mesurer l'évolution des attitudes des participants à un programme de formation en soins palliatifs en gérontologie<sup>60</sup>. Une échelle d'attitudes en anglais (38 énoncés) porte sur les attitudes vis-à-vis des soins palliatifs en gériatrie. Il conviendrait de construire des échelles validées en langue française correspondant au développement des compétences attendues en soins palliatifs. Ce type d'instrument a été rédigé en langue française pour mesurer l'attitude des enseignants à l'égard de la recherche en éducation<sup>61</sup>.

Le modèle de Kirkpatrick (annexe 2) propose d'évaluer les formations selon quatre niveaux :

- 1. Satisfaction
- 2. Connaissances et capacités acquises
- 3. Transfert des acquis en situation de travail
- 4. Effets de la formation sur l'activité du service.

Le renforcement des liens entre les participants et les membres d'une EMSP ou d'un réseau permet d'observer les changements des pratiques sur le terrain. Cela rend possible des mesures de suivi d'évaluation à plus long terme à travers :

- la participation régulière aux staffs,
- des réunions d'analyse de pratique,

---

<sup>53</sup> Janson LK, Dudgeon D, Nelson F, Henteleff P, Balneaves L *Evaluation of an interdisciplinary training program in palliative care : addressing the needs of rural and northern communities* J Palliat Care. 1997; 13 : 5-12.

<sup>54</sup> Boakes J, Gardner D, Yuen K, Doyle S. *General practitioner training in palliative care: an experiential approach* J Palliat Care. 2000; 16: 11-9.

<sup>55</sup> Mannix KA, Blackburn IM, Garland A, Gracie J, Moorey S, Reid B, Standart S, Scott *Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners* J. Palliat Med. 2006; 20: 579-84.

<sup>56</sup> Zapka JG, Hennessy W, Lin Y, Johnson L, Kennedy D, Goodlin SJ *An interdisciplinary workshop to improve palliative care: advanced heart failure--clinical guidelines and healing words*. Palliat Support Care. 2006; 4: 37-46.

<sup>57</sup> Morita T, Murata H, Hirai K, Tamura K, Kataoka J, Ohnishi H, Akizuki N, Kurihara Y, Akechi T, Uchitomi Y *Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial.*; Japanese Spiritual Care Task Force. J Pain Symptom Manage. 2007; 34: 160-70.

<sup>58</sup> Jenkins K, Alberry B, Daniel J, Dixie L, North V, Patterson L, Pestell S, North N. *Beyond communication: the development of a training program for hospital and hospice staff in the detection and management of psychological distress--preliminary results*. Palliat Support Care. 2010; 8: 27-33.

<sup>59</sup> Pype P, Wens J, Deveugele M, Stes A, Van den Eynden B. *Postgraduate education on palliative care for general practitioners in Belgium* in Palliative Medicine, 2011;25(2):187-8.

<sup>60</sup> Marshall, Clark, Sheward et Allan, 2011 Staff Perceptions of End-of-Life Care in Aged Residential Care: A New Zealand Perspective. Journal of palliative Medicine, 14, 6, 688-695

<sup>61</sup> Nezet-Séguin, C. ; Goyette, G. et Villeneuve J. (1981). Une échelle d'attitudes à l'égard de la recherche en éducation. Revue des sciences de l'éducation, vol. 7, n° 1, 1981, p. 67-80.

- des groupes de paroles de soignants,
- les réunions d'évaluation de pratiques professionnelles (EPP)...

Cette méthode Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) dans son inscription dans le temps, par l'élaboration de plan d'actions d'amélioration et de réévaluation trouve ici toute sa place<sup>62</sup>. Enfin, un des objectifs du DPC est de s'assurer que ces démarches d'évaluation ont une influence sur les pratiques professionnelles.

### **Recommandations**

Il est recommandé de mettre en place des mesures de suivi de la formation. Ces mesures de suivi pourraient être réalisées en partenariat avec les équipes ressources ayant participé à l'élaboration du cahier des charges.

L'évaluation devrait chercher à mesurer les changements. Exemples : la mise en œuvre d'EPP (avant /après) ; l'évaluation interne et externe des établissements médico-sociaux dans le champ des soins palliatifs ; les échelles d'attitudes...

## **7. Ethique de la formation**

### **Argumentaire**

Les thèmes abordés au cours des formations aux soins palliatifs impliquent les stagiaires professionnellement mais également personnellement. Les situations évoquées font parfois résonner chez les participants des émotions liées à leur vécu personnel (maladie grave, deuil récent...). Comme dans toute formation, l'animateur doit énoncer les règles de fonctionnement du groupe afin de garantir la qualité des échanges : écoute mutuelle, liberté de prise de parole, responsabilité de ses propos. Il soulignera l'importance de la confidentialité.

### **Recommandation**

Il est recommandé que la règle de la confidentialité des échanges soit rappelée au début de la formation.

<sup>62</sup> Gancel, Maud. *Approche d'une démarche qualité en soins palliatifs à l'usage des services de soins*, Info Kara Revue Francophone de Soins Palliatifs, 2004, 19, 2, p. 73-77.

## VI. Glossaire

*Ce glossaire a pour but de préciser le vocabulaire employé dans les recommandations. Il explicite les termes employés et les théories auxquelles ils font référence.*

### ANALYSE DE PRATIQUES

L'analyse de pratique est une situation dans laquelle un individu ou un groupe composé de professionnels, aidé par un animateur qualifié non impliqué dans le cadre institutionnel habituel des participants, opère un retour réflexif et réfléchissant sur des situations professionnelles effectivement vécues<sup>63</sup>. Le but recherché par toute forme d'analyse de pratiques est de révéler à son auteur ce qu'il a réellement pris en compte pour agir, c'est-à-dire à mieux comprendre comment il a agi. La mise en mots écrite ou orale avec l'aide d'un médiateur est une manière irremplaçable d'accéder à l'organisation et au sens de son action. "Seul l'acteur peut donner le sens véritable de son action " ... "L'effort fait pour comprendre doit sans doute quelque chose au plaisir de détruire les préjugés" Il conviendrait de remplacer le terme "analyse" de pratiques, beaucoup trop connoté par : "approche compréhensive" de pratiques (« Aperçu sur la place d'un travail en analyse de pratiques dans la construction des compétences professionnelles. » Maurice Lamy, décembre 2000). L'analyse de pratiques s'appuie sur la théorie de la pratique réflexive (Schön, 1996)<sup>64</sup>, qui postule que les connaissances et les actions antérieures contribuent à structurer les décisions et les actions.

### APPRENTISSAGE

L'apprentissage est la capacité de l'esprit à acquérir, à traiter, à retenir et à utiliser l'information. L'apprentissage suppose un changement chez celui qui apprend, un changement dans ses connaissances, dans ses attitudes, dans ses croyances et dans son comportement. (Dictionnaire de la pédagogie, Raynal et Rieunier, 1997)<sup>65</sup>

### ATTENTES

Prévisions, espoirs, craintes - formulées plus ou moins consciemment -, qu'un individu ou une situation évolueront dans une certaine direction. Les attentes jouent un rôle très important pour attribuer du sens aux informations. Elles sont construites par l'individu à partir de son vécu (milieu, culture, environnement...) et surtout de l'idée qu'il se fait du monde (représentations). En fonction de son expérience de la vie, de sa perception de l'autre, de la connaissance du milieu dans lequel il évolue, et en fonction des conventions sociales auxquelles il souscrit, des valeurs auxquelles il croit, l'individu prévoit, craint, espère que l'autre, avec qui il a des rapports de travail ou des rapports affectifs, va produire un comportement déterminé dans une situation donnée (Raynal et Rieunier, 1997)

### CAHIER DES CHARGES

Document rédigé en vue de l'achat d'une formation. Sur la forme, il énonce le contexte de l'établissement demandeur de formation, les enjeux et les objectifs du projet de formation, le public visé. Les attentes par rapport au prestataire concernent les contenus, le programme, les références, la connaissance du secteur, la disponibilité et

<sup>63</sup> Danvers, F. (2003, 2<sup>e</sup> ed.). *500 mots clé pour l'éducation et la formation tout au long de la vie*. Les dictionnaires du septentrion. Presses universitaires du Septentrion. <http://www.septentrion.com>

<sup>64</sup> Schön, D.A. (1996). *Le tournant réflexif : pratiques éducatives et études de cas*, traduit par Heynemand et Gagnon. Montréal : Éditions Logiques.

<sup>65</sup> Raynal, F. et Rieunier, A. (1997). *Pédagogie : Dictionnaire des concepts clés : apprentissage, formation, psychologie cognitive*. Paris : ESF Editeurs.

qualification des formateurs, les modalités d'évaluation de la formation.

Ce cahier des charges fait l'objet d'appels d'offres auxquels répondent des responsables pédagogiques.

## **COMPETENCE**

Une compétence est toujours une combinaison de connaissances, de capacités à mettre en œuvre ces connaissances, et d'attitudes, c'est-à-dire de dispositions d'esprit nécessaires à cette mise en œuvre<sup>66</sup>

Le concept de compétence a été développé en analyse du travail avec trois caractéristiques principales (Enlart, 2011)<sup>67</sup> :

- 1- la compétence permet d'agir et c'est là que l'on peut la repérer ;
- 2- la compétence est contextuelle : elle est liée à une situation professionnelle donnée ;
- 3- la compétence regroupe un ensemble de rubriques constitutives dont le savoir, le savoir-faire et souvent, mais pas toujours le savoir-être.

En conséquence le référentiel de compétences est un ensemble répertorié et coordonné des compétences nécessaires à l'exercice des activités considérées en fonction d'un emploi<sup>68</sup>.

Le développement de compétences en soins palliatifs peut se décliner en quatre directions : technico-scientifique, relationnelle, éthique, de coopération (Mallet, Gallé-Gaudin, 2009)<sup>69</sup>. La composante technico-scientifique de la pratique médicale est caractérisée par une volonté d'objectivation de la plainte dans un référentiel scientifique. La composante relationnelle est attentive à la subjectivité du patient et soucieuse de favoriser une rencontre entre deux personnes. La composante éthique porte une dimension interrogative, attentive à l'analyse de la situation et à l'élaboration d'un sens pour l'action. La composante de coopération a pour but d'inscrire son exercice en articulation avec d'autres acteurs de santé.

## **DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)**

L'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) a introduit dans le code de la santé publique la notion de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé, afin de réunir dans un concept commun les notions de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Le Développement Professionnel Continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins. Le dispositif du DPC vise à mener conjointement des formations et des activités d'analyse de pratiques professionnelles, de responsabiliser les professionnels de santé et s'assurer que ces démarches ont une influence sur les pratiques professionnelles. Les programmes de DPC répondent à des orientations nationales en lien avec les politiques de santé. Le DPC est une obligation annuelle pour chaque professionnel de santé.

---

<sup>66</sup> (Haut Conseil de l'Education, [http://www.hce.education.fr/gallery\\_files/site/19/33.pdf](http://www.hce.education.fr/gallery_files/site/19/33.pdf)).

<sup>67</sup> Enlart, S. (2011). La compétence. In Carré et Caspar (2011, 3è ed.). Traité des sciences et techniques de la formation, chap 11 p. 229-267. Paris : Dunod.

<sup>68</sup> Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2008). Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs.

<sup>69</sup> Mallet, D. Gallé-Gaudin, C. (2009). Perspectives pour la formation en soins palliatifs : *Enjeux, visées et méthodes pour une formation en soins palliatifs*. In Jacquemin, D. Manuel de soins palliatifs, Paris : Dunod.

## **ECHELLE D'ATTITUDES**

Outil méthodologique utilisé dans la recherche visant à mesurer les attitudes ou les réactions d'un sujet vis-à-vis de situations problématiques. Elle est composée d'une série de 30 à 50 affirmations auxquelles le sujet doit indiquer son degré d'accord. Ces instruments sont construits et validés scientifiquement selon des principes posés par la méthode de Likert<sup>70</sup>.

## **EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP)**

L'évaluation des pratiques professionnelles est définie comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques» (Décret 14 avril 2005)<sup>71</sup>. Les démarches d'EPP concourent à l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins. Les démarches d'EPP en établissement de santé sont le plus souvent des démarches pluriprofessionnelles. Elles concernent les activités cliniques ou médico-techniques à visée diagnostique, thérapeutique ou préventive. Elles peuvent être conduites au sein d'un service, d'un secteur d'activité ou de manière transversale."

## **EVALUATION**

L'action d'évaluer consiste à attribuer une valeur à quelque chose : un événement, une situation, un individu, un produit.

En pédagogie, l'évaluation a deux grands rôles sociaux :

- L'évaluation sommative ou normative qui a pour but de sanctionner positivement ou négativement une activité d'apprentissage. Elle consiste à mesurer l'écart entre un résultat attendu et le résultat obtenu, se situe généralement en fin d'apprentissage et aboutit à un classement, à une sélection ou à une certification.
- L'évaluation formative a pour but d'informer sur le degré d'atteinte des objectifs. Elle se fait soit en référence à un cadre commun, soit à une progression de l'apprenant sur ses apprentissages. L'évaluation formative s'attache surtout à la nature de l'écart constaté pour apprécier le progrès accompli par l'élève, comprendre la nature des difficultés rencontrées et y remédier. Elle peut s'appuyer efficacement sur l'auto-évaluation.

On peut distinguer quatre grandes approches de l'évaluation :

1. L'évaluation des résultats : dans quelle mesure les actions conduites ont-elles produit les effets et les résultats attendus ?
2. L'évaluation opérationnelle : le choix et la mise en œuvre des moyens ont-ils permis d'atteindre les résultats escomptés ? C'est le but des traditionnels questionnaires de satisfaction.
3. L'évaluation systémique : quels sont les processus à l'origine des effets et des résultats constatés ?
4. L'évaluation pluraliste: quelles sont les informations nécessaires aux différents systèmes d'acteurs engagés dans le projet pour ajuster celui-ci ?

D'après Raynal et Rieunier, 1997.

## **FORMATION OUVERTE A DISTANCE (FOAD) <sup>72</sup> : e-learning**

La formation à distance utilise les technologies de l'information et de la communication.

---

<sup>70</sup> Echelle de Likert référence dans Nezet-Séguin, C. ; Goyette, G. et Villeneuve J. (1981). Une échelle d'attitudes à l'égard de la recherche en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 7, n° 1, 1981, p. 67-80.

<sup>71</sup> référence : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc\\_1249605/fr/outils-guides-methodes](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249605/fr/outils-guides-methodes)

<sup>72</sup> Fréquemment nommé le *e-learning* de son origine anglo-saxonne.

Elle se caractérise par un dispositif de formation fondé sur la prise en compte des besoins de l'apprenant. La FOAD libère des contraintes de lieux et de moments, peut être partiellement ou intégralement à distance. Elle s'appuie sur des cours par correspondance, des systèmes de formation en ligne, des centres de ressources, un temps de téléprésentiel collectif ou individuel. L'articulation des contenus de formation se fait par différents services : tutorat, forums, exercices ou simulations, accompagnement et médiation.

## **OBJECTIF**

C'est un énoncé d'intention décrivant le résultat attendu à la suite d'une action. L'objectif de formation selon la taxonomie de Bloom traduit une activité intellectuelle qui sera le noyau dur de l'apprentissage. La taxonomie du domaine cognitif distingue 6 niveaux hiérarchisés :

- 1) Connaissance : mémorisation et restitution d'informations dans les mêmes termes.
- 2) Compréhension : restitution du sens des informations dans d'autres termes.
- 3) Application : utilisation de règles, principes ou algorithmes pour résoudre un problème, les règles n'étant pas fournies dans l'énoncé.
- 4) Analyse : identification des parties constitutives d'un tout pour en distinguer les idées.
- 5) Synthèse : réunion ou combinaison des parties pour former un tout.
- 6) Evaluation : formulation de jugements qualitatifs ou quantitatifs<sup>73</sup>.

## **PROJET D'ETABLISSEMENT / PROJET DE SERVICE**

L'article L.311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles stipule que « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement [...] Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation dans les établissements médico-sociaux<sup>74</sup>.

De manière générale, le projet de service est un outil de travail qui vise à soutenir les cadres et les professionnels de terrain dans la construction de la démarche projet.

## **STRUCTURES DE SOINS PALLIATIFS**

Il existe en France différents types de structures de soins palliatifs dont les cahiers des charges sont décrits dans la circulaire de Mars 2008 :

**1/ Les unités de soins palliatifs (USP)** sont des structures d'hospitalisation accueillant pour une durée limitée les patients en soins palliatifs. Elles sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elles réservent leur capacité d'admission aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. Elles assurent ainsi une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

**2/ Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP intra et extra hospitalières)** sont des équipes interdisciplinaires et pluriprofessionnelles. Elles ont un rôle de conseil, de soutien, de formation auprès des équipes soignantes. Elles ont des fonctions d'enseignement et de recherche.

Les membres de l'EMSP se déplacent au lit du malade et auprès des soignants, à la

<sup>73</sup> Raynal, F. et Rieunier, A. (1997). *Pédagogie : Dictionnaire des concepts clés : apprentissage, formation, psychologie cognitive*. Paris : ESF Editeurs.

<sup>74</sup> [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet\\_etablissement\\_service\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet_etablissement_service_anesm.pdf)

demande des professionnels. de santé des services de l'établissement de soins.

**3/ Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP)** permettent à des services ayant une activité importante en soins palliatifs, que ce soit en court séjour (médecine, chirurgie) ou en SSR de valoriser cette activité. Cette reconnaissance est subordonnée au développement de la démarche palliative dans ces services. Ils se situent donc dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs<sup>75</sup>.

### RESEAUX DE SOINS PALLIATIFS

L'article L. 6321-1 du Code de la santé publique<sup>76</sup> définit les réseaux de santé *comme ayant « pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.. »* Ainsi, les réseaux de soins palliatifs sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels qui ont pour but de favoriser l'accès aux soins palliatifs, d'assurer la continuité de l'accompagnement des patients en phase palliative ou terminale de maladie grave et l'interdisciplinarité des prises en charge sur un territoire géographique donné. Ils ont également pour objectif de décloisonner les prises en charge entre la ville et l'hôpital. Leurs équipes d'appui apportent conseils, soutien et compagnonnage aux professionnels de proximité afin de promouvoir la démarche palliative, notamment au domicile. Un guide méthodologique produit par la DGOS en 2012<sup>77</sup>, recentre les missions des réseaux sur la coordination de proximité et son organisation.

### TERRITOIRES DE SANTE

La définition des territoires de santé est donnée par la circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération. Il s'agit d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives. Ce texte identifie trois démarches distinctes et complémentaires en matière de territorialisation :

- Des territoires de santé pour l'organisation de l'offre (cohérence territoriale des activités liées aux plateaux techniques, graduation des soins...)
- Des territoires pour la concertation (conférences sanitaires)
- Des territoires pour la proximité (territoire de 1<sup>er</sup> recours aux soins, permanence des soins et continuité de la prise en charge...)

---

<sup>75</sup> [www.sfap.org](http://www.sfap.org)

<sup>76</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>77</sup> Guide méthodologique : améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? DGOS octobre 2012.

## VI. ANNEXES

### Annexe 1

#### La composition des groupes de travail et déclaration conflit d'intérêt

##### ○ Groupe de pilotage

- Véronique BLANCHET, médecin Douleur et Soins palliatif en libéral et APHP, Formateur indépendant et responsable pédagogique de Formation et développement, Paris. [A déclaré un conflit d'intérêt potentiel.](#)
- Marie-Noëlle BELLOIR, cadre de santé CARESP et EMSP, Rennes. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Nicole CROYERE, formatrice au Centre National de Ressources en Soins Palliatifs (CNRD), Paris. [A déclaré un conflit d'intérêt potentiel.](#)
- Anne DARDEL, Chef de mission MEIMMS à la DGOS, Paris. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Marie Claude DAYDE, infirmière libérale soins palliatifs, Colomiers. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Sandra LEPRINCE, cadre de santé EMASSP CHU Angers. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Martine NECTOUX, infirmière clinicienne, chargée de mission à l' Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV). [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Alain PIOLOT, Praticien Hospitalier Clinicien EMSP Henri Mondor (APHP) Paris. [A déclaré un conflit d'intérêt potentiel.](#)

##### ○ Groupe de Cotation

- Michel BONDON, psychologue EMSP et Formateur privé, Fougères. [A déclaré un conflit d'intérêt potentiel.](#)
- Catherine COUTELIER, consultante RH -EX Responsable FC CHU. [N'a pas répondu](#)
- Monique COUTURIER, pharmacienne, Trestel. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Sébastien DOUTRELIGNE, Chargé de mission à la SFGG, coordinateur du programme MOBIQUAL, Suresnes. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Françoise ELLIEN, psychologue clinicienne Réseau SPES, Champcueil. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Caroline GALLE GAUDIN, Docteur sciences de l'éducation, CNDR Paris et Université Tours. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Domitille GUENEAU-PEUREUX, Infirmière spécialiste clinicienne EMDASP, Bry sur Marne. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Florence HAMON, cadre de santé formateur, IFSI Argenteuil. [A déclaré un conflit d'intérêt potentiel.](#)
- Alain HIRSCHAUER, médecin USP, Chef de Service, Malestroit. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Godefroy HIRSCH, praticien hospitalier, EADSP41, Blois. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Philippe HUBAULT, praticien hospitalier EMASSP, Angers. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Edith MARAIS, infirmière EMSP, Château Gontier. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Solange MARUCCI, psychologue EMSP. [N'a pas répondu](#)
- Stéphanie OBREGON, psychologue EMASSP et ERRSPP, Angers. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Corinne ROUBY, Déléguée régionale ANFH Haute Normandie, Rouen. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Muriel ROUSSEL, responsable coordonnateur Politiques Sociales l'Autonomie, CNFPT/INSET Angers. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Jean Claude SOULARY, Médecin Généraliste, MG Form, Dechy . [A déclaré aucun conflit d'intérêt](#)

### ○ Groupe de lecture

- Francis ABRAMOVICI, médecin Généraliste, Membre UNAFORMEC, Lagny sur Marne. [A déclaré un conflit d'intérêt potentiel.](#)
- Noëlle CARLIN, cadre de santé EMSP, Grenoble. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Natalie CARRARA, responsable Activités, Crte Soins Palliatifs et Formation, Paris. [A déclaré un conflit d'intérêt potentiel.](#)
- Mari Carmen DESFORGES infirmière, formatrice, Alès. [A déclaré un conflit d'intérêt potentiel.](#)
- Sédalom FOLLY, responsable de projet UNIFAF, Levallois Perret. [A déclaré un conflit d'intérêt potentiel.](#)
- Marie-Thérèse LEBLANC-BRIOT, Praticien Hospitalier soins palliatifs et gériatrie, EMSP Château Gontier. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Florence LEDUC, Directrice de Formation et Vie Associative FEHAP, Paris. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Professeur des universités, Médecine générale, Tours . [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Elisabeth MAYLIE, Infirmière libérale, Membre de l'UNPS, Castanet Tolosan. [A déclaré un conflit d'intérêt potentiel.](#)
- Lucas MORIN, Directeur de l'Observatoire de la fin de vie, Paris. [A déclaré un conflit d'intérêt potentiel.](#)
- Chantal NEVES, cadre de santé Formateur retraitée, Thonon les Bains. [A déclaré un conflit d'intérêt potentiel.](#)
- Edwige ROBERT, infirmière EMSP, La Réunion. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Pétronela RACHIERU, praticien Hospitalier Pédiatre ERRSPP, Angers. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)
- Jean-Marie REVILLOT, formateur consultant, Responsable du domaine Clinique, GRIEPS, Lyon. [A déclaré un conflit d'intérêt potentiel.](#)
- Maud VALETTE, Directrice Carrières Emploi DOMUSVI, Suresnes. [A déclaré aucun conflit d'intérêt.](#)

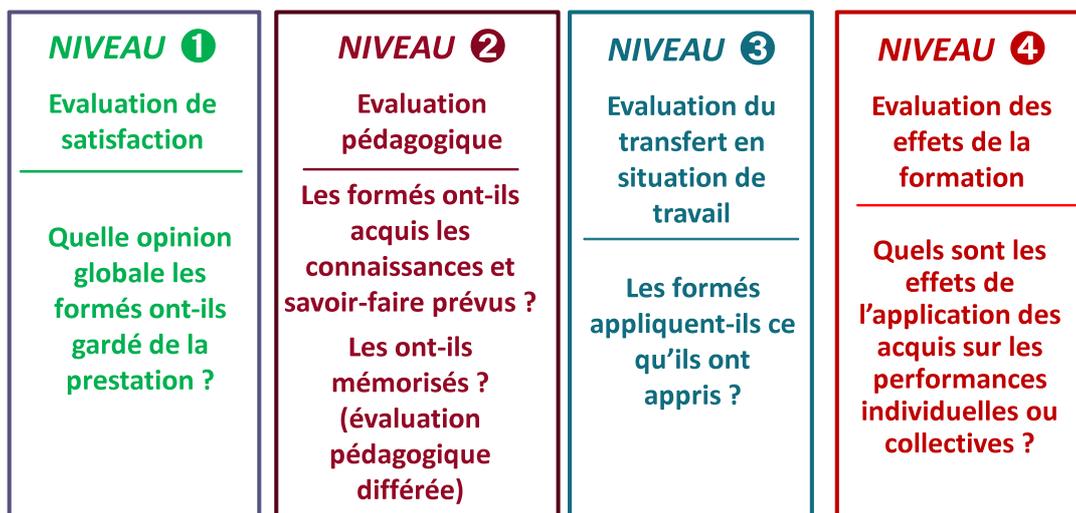
## Annexe 2. Evaluation selon modèle de Kirkpatrick



### ETAT DES LIEUX

Évaluer la formation : en théorie, un spectre large de possibilités

Le modèle de Kirkpatrick



5



**1 L'évaluation de satisfaction.** Effectuée presque systématiquement à la fin de la formation (questionnaire)

- *Nécessaire mais souvent dénigrée (le "smile effect »).*
- *Utile si elle est exploitée statistiquement, suivie dans le temps, et assortie d'actions correctives.*

**2 L'évaluation des connaissances et capacités acquises** au cours de la formation.

- *Intéressante dans les formations techniques (résultats rapidement visibles). Plus délicate dans les formations managériales.*
- *Les objectifs pédagogiques doivent être en cohérence avec les objectifs opérationnels de l'action.*

**3. L'évaluation du transfert des acquis en situation de travail.** Réalisée plusieurs semaines après la fin de la formation (questionnaire ou auto-évaluation)

- *Evaluation des réalisations ou comportement du stagiaire de retour dans son entreprise.*
- *Primordiale par l'implication du manager dans l'accompagnement et le suivi dans le temps du stagiaire.*

④ L'évaluation **des effets de la formation** sur l'activité du service ou de l'entreprise.

- Difficile à mesurer.
- *Des facteurs extérieurs à la formation peuvent favoriser ou, au contraire, freiner son efficacité.*
- > Les entreprises sont **d'accord sur le principe** d'évaluer les acquis et leur transfert (cf enquête Cegos 2009).

➔ MAIS, qu'est ce qui **empêche** leur mise en œuvre ?

- une question de méthodes et d'outils
  - une question de temps
  - une question de management
  - une question de motivation
- > Evaluer coûte cher et demande d'y consacrer du temps, des moyens et de l'énergie.
- > L'utilisation d'**outils d'évaluation** : s'ils ne résolvent pas le problème, ils permettent d'**assurer un suivi** des formations.
- > Le recours à un **audit externe de formation**, incluant un diagnostic et conduisant à des recommandations : il introduit une garantie de **neutralité**.
  - > La prise en compte des **facteurs qui influencent le transfert des acquis** : elle rend indispensable l'**implication des managers** (Devos et Dumay, 2006).
  - > La pression des **normes (ISO) et réglementations** : au-delà de la vérification du suivi de la formation, elles imposent une véritable évaluation du transfert en situation de travail.

*Les facteurs liés à l'individu* : motivation du stagiaire à se former, à transférer ce qu'il a appris, confiance en sa capacité à réussir la formation, niveau d'entrée (pré-requis), etc.

*Les facteurs liés à la formation* : équilibre entre la théorie et la pratique, conception de la formation prenant en compte les caractéristiques de l'environnement de travail du stagiaire, rythme d'apprentissage, etc.

*Les facteurs liés à l'environnement de travail* : soutien du manager et/ou des collègues dans la mise en œuvre de ce qui a été appris, disponibilité des ressources pour utiliser les acquis de la formation, culture d'entreprise encourageant au développement des compétences, etc.

### Annexe 3. Quelques précisions sur le DPC

Les professionnels de santé ont trois possibilités :

1. participer à un programme de DPC proposé par des organismes de DPC (ODPC) de leur choix enregistrés auprès de l'organisme gestionnaire et évalués positivement par la commission scientifique compétente.
2. obtenir un Diplôme Universitaire (DU) ou Diplôme Inter-Universitaire (DIU) évalué favorablement par la commission scientifique compétente
3. participer en qualité de formateur à un programme de DPC.

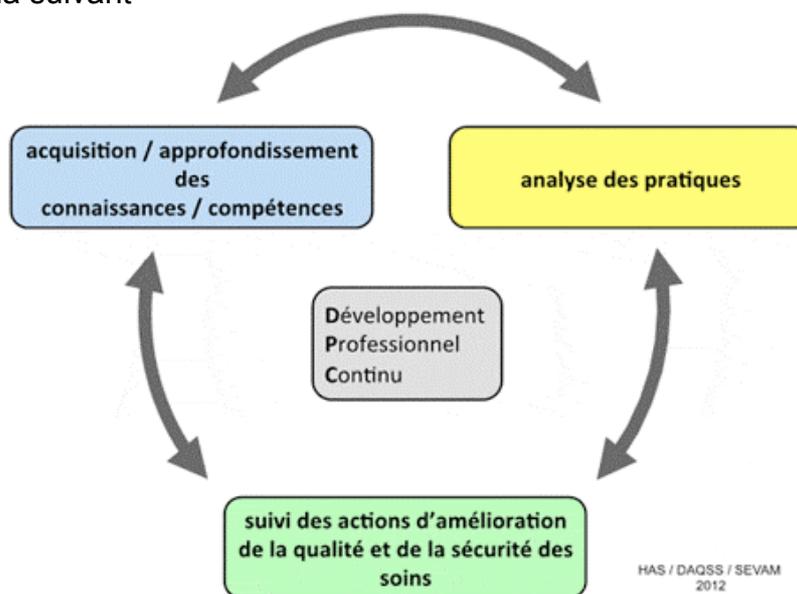
#### Concernant la participation des professionnels à un programme de DPC

Le professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC en participant, au cours de chaque année civile à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel proposé par un organisme de DPC.

Ce programme comporte une des méthodes et des modalités validées par la HAS après avis de la commission scientifique compétente. Une méthode de DPC peut être basée sur :

- une activité d'analyse de pratique ou d'EPP.
- une activité d'acquisition ou d'approfondissement de connaissances ou de compétences.

Il s'agit de combiner ces deux activités dans le cadre d'une démarche permanente selon le schéma suivant



Les méthodes seront complétées par des modalités pratiques de mise en œuvre.

#### Exemples de méthodes et outils de DPC

- Dans un objectif d'amélioration de la sécurité des soins et du patient, la HAS élabore avec les professionnels, des méthodes et des modalités de DPC qui contribuent à structurer les programmes de DPC. (Fiches techniques à venir).
- La HAS élabore et fixe, après avis des commissions scientifiques compétentes, la liste des méthodes et des modalités de DPC, avec le concours d'un organisme composé de conseils nationaux professionnels de spécialité pour les médecins.

Pour pouvoir élaborer cette liste, une réflexion est engagée avec les professions de santé notamment pour lesquelles la CSI est en place. Des groupes de travail associant représentants professionnels, société savante, instance ordinaire, les représentants des universités, collège national de bonne pratique.

- De nombreux outils, guides, documents de référence, et études ayant pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins contribuent au DPC.
- **Le DPC à travers les dispositifs existants de démarches qualité et sécurité des soins.**  
En établissement de santé, des dispositifs tels que la démarche de certification et la démarche d'accréditation des médecins (lien rubrique 4) ont pour objet d'améliorer la sécurité des soins. En milieu ambulatoire, une enquête relative à la perception de la sécurité des soins a été réalisée auprès des professionnels de premiers recours.

### À qui s'adresser?

**Pour vous accompagner dans le DPC, vous pouvez vous adresser aux partenaires suivants**

➔ **Les organismes enregistrés de DPC** ont pour missions de proposer des programmes de DPC aux professionnels de santé. Pour connaître la liste des organismes enregistrés de DPC, vous pouvez contacter l'OGC puis l'OGDPC. Les professionnels ont le choix de leur organisme enregistré.

➔ **Selon votre profession et en fonction de votre mode d'exercice**, différentes instances pourront vous orienter :

- **Vous travaillez en établissement de santé\*** : chaque année, l'établissement propose de participer à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel. Ce programme est proposé soit par un organisme de DPC enregistré par l'OGDPC de votre choix soit directement par votre établissement de santé (si il est lui même enregistré comme organisme de DPC). Pour les professions médicales et pharmaceutiques, la commission ou conférence médicale d'établissement sera votre interlocuteur.

\*Période transitoire : 2011-2012. Pour les actions d'EPP réalisées en 2011-2012 établissements de santé, les médecins qui souhaitent faire valoir ces actions adressent à l'ordre des médecins leurs justificatifs, en application de l'article 2 du décret 2011-2016 du 30 décembre 2011.

- **Vous travaillez en milieu libéral** : Vous avez le choix de l'organisme de DPC enregistré par l'OGDPC. Vous pouvez également contacter l'URPS union régionale des professions de santé de votre région ou votre instance ordinaire chargée de la promotion des programmes de DPC.
- **Vous êtes salarié non hospitalier (hors établissements de santé)** : contactez votre employeur ou l'organisme enregistré par l'OG-DPC de votre choix.  
**Les structures régionales d'appui et d'évaluation** peuvent également vous renseigner sur les démarches à entreprendre et vous accompagner dans les programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ou encore de gestion des risques.