



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT POUR L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU TITRE DE L'ARTICLE D.4133-29 DU CODE DE SANTE PUBLIQUE**

**L'agrément délivré par la Haute Autorité de santé (pour une durée initiale de 18 mois) étant donné après avis du ou des CNFMC concernés, veuillez indiquer si vous envisagez de proposer vos programmes d'EPP :**

- à des médecins libéraux
- et/ou à des médecins hospitaliers
- et/ou à des médecins salariés

*Les demandeurs devront remplir le dossier de la page 3 à la page 14 incluse, au regard des éléments suivants :*

- *Annexe 1 : Cahier des charges de l'organisme agréé pour l'évaluation des pratiques professionnelles*
- *Annexe 2 : Descriptif d'une action / d'un programme d'EPP.*

*L'annexe 3 (Grille d'évaluation en vue de l'agrément de l'organisme) est transmise pour information.*

Ce dossier de demande d'agrément pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles devra être envoyé au Directeur de la Haute Autorité de santé, en deux exemplaires :

- un exemplaire « papier » en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :

**Monsieur Alain COULOMB**  
**Haute Autorité de santé**  
**2, avenue du Stade de France**  
**93218 Saint-Denis La Plaine cedex**

- un exemplaire « électronique » par courriel à l'adresse suivante :

[demande.agrement@has-sante.fr](mailto:demande.agrement@has-sante.fr)

Le dossier devra être renseigné dans sa totalité et accompagné des pièces suivantes, le cas échéant en fonction du type juridique et de l'ancienneté de l'organisme :

- les statuts de l'organisme,
- le récépissé d'enregistrement de ces statuts et de leurs éventuelles modifications auprès des services administratifs,
- un extrait KBIS de moins de 30 jours (pour les sociétés),
- une copie du Journal officiel relatif à la publication des statuts de l'organisme (pour les GIP et les associations),
- une copie des PV des assemblées générales de l'année en cours et de l'année précédente,
- une liste exhaustive de l'ensemble des sources de financement,
- les bilans financiers de l'année écoulée,
- le budget prévisionnel détaillé poste par poste,
- une déclaration sur l'honneur que l'organisme a satisfait à ses obligations fiscales et sociales au 31 décembre de l'année précédente et les attestations et certificats correspondants délivrés par les organismes compétents,
- l'identification nominative des membres des instances dirigeantes et des experts ainsi que le résumé synthétique de leur parcours professionnel.

La HAS se réserve la possibilité de demander au candidat tout document ou information complémentaire qu'elle jugera utile pour l'étude du dossier de candidature.

La HAS rendra son avis dans les deux mois suivant la date à laquelle le dossier sera considéré complet, et informera l'organisme de cette échéance.

## COORDONNEES DE L'ORGANISME

- NOM (ET SIGLE) DE L'ORGANISME :

Organisme Agréé Réanimation de Langue Française (OARLF).....  
.....

- ADRESSE DE SON SIEGE SOCIAL :

48 Rue Claude Vellefaux.....

75010 Paris.....  
.....

- TELEPHONE : 01 45 86 74 00 .....

- FAX : 01 45 86 74 44 .....

- E-MAIL : chantal.sevens@srlf.org.....

- SITE INTERNET EVENTUEL : www.srlf.org.....

- IDENTIFICATION DU RESPONSABLE HABILITE A SOUSCRIRE A LA DEMANDE D'AGREMENT

Nom : Pr Fourrier .....

Prénom : François .....

Qualités : Président de la SRLF .....

- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A CONTACTER POUR TOUTES QUESTIONS RELATIVES A LA PRESENTE DEMANDE D'AGREMENT

Nom : Loirat .....

Prénom : Philippe.....

Qualités : Médecin, responsable du groupe projet

Email : p.loirat@hopital-foch.org

OU Nom : Jars-Guinestre

Prénom : Marie-Claude

Qualités : médecin, membre du groupe projet

Email : marie-claude.jars-guinestre@rpc.aphp.fr .....

# DESCRIPTION DE L'ORGANISME

La présente partie du document doit être renseignée de manière à répondre aux recommandations du cahier des charges des organismes agréés (Annexe 1) joint à la décision du collège de la HAS du 12 juillet 2005.

## I – Missions de l'organisme

La SRLF crée un organisme (OARLF) dont les missions sont :

- Organiser l'évaluation des pratiques professionnelles
- Mettre en place et gérer l'accréditation des médecins et équipes médicales
- Permettre aux médecins réanimateurs de répondre aux exigences de la formation médicale continue .....

Cet organisme associe les différentes structures représentant les médecins travaillant dans des unités de réanimation médicale ou médico-chirurgicales.

Il représente tous les modes d'exercice de la spécialité

L'organisme s'engage à effectuer ces missions conformément aux dispositions légales et réglementaires qui régissent l'évaluation des pratiques professionnelles

Il accepte le principe d'un audit externe portant notamment sur les procédures de fonctionnement et son financement.

Il s'engage à signaler sans délai, à la Haute Autorité de santé, toute modification de ses missions, structures ou procédures ;

Il veille à prendre en compte les orientations définies par les Conseils Nationaux de Formation Médicale Continue et les priorités de santé publique

Il sollicite auprès de la HAS l'agrément de cet organisme.

L'OARLF sollicitera également une demande auprès des CNFMC .....

## II – Fonctionnement de l'organisme

### II – 1 Organigramme :

L'organisme est formé :

- D'un comité de gouvernance professionnelle qui est la structure qui élabore la politique de gouvernance professionnelle. Il est composé de membres élus représentants toutes les composantes de la discipline. Il nomme les experts et les membres du groupe projet
- D'un comité scientifique qui élabore les référentiels et les méthodes. Il est composé de membres issus des commissions d'évaluation et des référentiels de la SRLF. Il propose au comité de gouvernance les thèmes des programmes d'EPP et des actions de formation en concertation avec le groupe projet
- D'un groupe projet : un chef de projet missionné par le CA de la SRLF dont le rôle est fondamental : animateur et mise en œuvre du programme

L'équipe projet assiste le chef de projet formée de réanimateurs experts du domaine de la qualité. Elle comporte au moins un membre du CA de la SRLF .Ses membres sont nommés par le comité de gouvernance sur proposition du chef de projet. ....

Liste des noms en annexe .....

### II – 2 Structure de Gouvernance scientifique :

De manière à assurer spécifiquement la gouvernance **un comité scientifique «comité de l'EPP et des référentiel » est créé :**

Il est formé de 24 membres issus de la commission d'évaluation et de la commission des référentiels de la SRLF ainsi que du chef de projet et d'un membre du CA de la SRLF

Il est désigné pour 4 ans.

Il a pour mission :

- Pour ce qui concerne l'évaluation des pratiques professionnelles:
  - D'élaborer des référentiels d'évaluation des pratiques, synthétiques, applicables et répondant aux besoins des patients et des praticiens
  - De proposer
    - o Des méthodes d'évaluation de pratique (audit clinique ciblé, chemin clinique, RMM)
    - o Des outils (outils informatiques, algorithmes, indicateurs)
    - o Des programmes d'évaluation
  - De proposer le programme de formation nécessaire, en concertation avec la commission scientifique de la SRLF
- Pour ce qui concerne l'évaluation des programmes : un groupe spécifique est chargé en son sein d'évaluer l'efficacité des différents programmes d'évaluation de pratiques .

.....

## II – 3 Structure de Gouvernance professionnelle :

Le **comité de gouvernance** est la structure qui élabore la politique de gouvernance professionnelle de l'organisme agréé :

Il est composé de représentants

- De la SRLF (Société de Réanimation de Langue Française) : le président et 2 membres du CA désignés par lui
- Du CNERM (Collège National des Enseignants de Réanimation Médicale) : le président et un membre du CA désigné par lui
- Du SNMRHP (Syndicat National des Médecins Réanimateurs des Hôpitaux Publics) : le président et un membre du CA désigné par lui
- Du CREUF (Collège des Réanimateurs Extra Universitaires Français) : le président et un membre du CA désigné par lui
- Du GFRUP (Groupe Francophone des Réanimateurs et Urgentistes Pédiatriques) : le président et un membre du CA désigné par lui
- De l'ARDSP (Association des Réanimateurs Du Secteur Privé) : le président et un membre du CA désigné par lui
- Du GRAH (Groupe de recherche en audit hospitalier) : un membre du CA
- Du CFAR (Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs) : un membre du CA
- Du chef du groupe projet

Il rassemble ainsi toutes les composantes scientifiques, universitaires et syndicales de la discipline.

Le comité de gouvernance élit un secrétaire et rédige un règlement intérieur.

Le comité de gouvernance a les missions suivantes :

- Coordonner l'ensemble de la démarche, définir la politique, analyser l'efficacité des programmes
- Valider le programme de travail, sur proposition du groupe de projet
- Enregistrer et régler les conflits d'intérêt
- Assurer la communication
  - Externe (HAS, CNFMC, tutelles, Ordre, UNCAM, URML, etc)
  - Interne (entre les différentes structures qui le composent)
- Nommer les membres du GP et les experts nécessaires
- S'assurer du respect de la confidentialité
- Délivrer les attestations nécessaires.....

.....

## **II – 4 Structure « projet\* » :**

**Un groupe projet :** (comité d'organisation)

Il est désigné pour 4 ans .

Le chef de projet est nommé par le président de la SRLF.

Ses membres sont nommés par le comité de gouvernance, sur proposition du chef de projet

Sa composition assure la représentation des différents modes d'exercice :

composition en 2006 : P Loirat, MC Jars-Guinestre, K Kuteifan, JC Raphael, H Gastinne, T Boulain, H Outin, F Leclerc, I Laurent

Il dispose d'un secrétariat administratif dépendant de la direction de la SRLF.

Ses missions sont les suivantes :

- Proposer un plan annuel d'action au comité de gouvernance après concertation avec le comité scientifique
- Animer et coordonner les différentes actions retenues
- Organiser la communication et la diffusion auprès des réanimateurs
- Organiser la réponse aux demandes émanant de médecins, d'équipes ou d'associations régionales
- Mettre en place les procédures permettant d'assurer la confidentialité des données

## **II – 5 Dispositif d'évaluation :**

C'est un des rôles du comité scientifique (voir plus haut) : identifier en son sein un groupe chargé d'évaluer l'efficacité des différents programmes d'évaluation de pratique .

La mise en place de ce groupe se fait en amont de l'élaboration des référentiels, avec désignation d'experts indépendants de l'élaboration des référentiels.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

\* Cette structure « projet » peut être composée de la ou des personnes qui assument la structure de gouvernance professionnelle et/ou la structure de gouvernance scientifique.

### III – Description de la politique des ressources humaines et logistiques

#### III – 1 Modalités d'identification et de gestion des conflits d'intérêts\* :

Les conflits d'intérêt seront recherchés et identifiés pour les membres du comité de gouvernance, du comité scientifique, du groupe projet et des experts lors de leur recrutement au moyen d'une déclaration individuelle . (voir document en annexe)

La prévention des conflits d'intérêt est assurée par l'indépendance financière de l'OA vis à vis de promoteurs industriels dans l'élaboration des référentiels et des programmes d'actions (charte signée par l'ensemble des partenaires privilégiés).

En ce qui concerne le travail du groupe projet et des experts, outre l'anonymisation des dossiers , ils ne pourront analyser les programmes d'EPP de médecins travaillant ou ayant travaillé dans leur établissement dans une période de trois ans.

En cas de dysfonctionnement, la gestion des conflits se fera par le comité de gouvernance dont les décisions seront souveraines

.....

#### III – 2 Modalités de recrutement et rémunération des experts :

Les experts sont des médecins réanimateurs exerçant en établissement de santé public ou privé depuis au moins 5 ans.

Le recrutement du chef de projet est fait par le CA de la SRLF sur son CV et son expérience acquise en matière d'évaluation des pratiques.

La désignation des experts est faite sur leur CV (participation aux audits qualités des services de réanimation comme auditeurs ou audités, participation à des formations qualités, à des groupes de travail de la HAS, membres de jury de conférence de consensus, responsabilités à caractère transversal au sein de leur établissement...)

Leur nomination est faite par le comité de gouvernance sur proposition du groupe projet.

Lorsque le programme sera opérationnel, les médecins qui auront rempli leurs obligations de formation et de participation aux évaluations des pratiques professionnelles pourront devenir experts

Ils suivent, à la demande du GP, les projets ou programmes d'EPP des médecins ou des services.....

Il n'est pas prévu pour le moment de mode de rémunération des experts, leurs frais de déplacement seront pris en charge par l'OA.....

.....

.....

.....

---

\* L'intérêt peut être **direct** (intérêt dans un profit personnel au cours de la coopération entre l'organisme et l'expert, susceptible d'influencer ou de paraître influencer le comportement de l'expert) ou **indirect** (tous les autres intérêts, notamment en relation avec des liens familiaux, pouvant avoir une influence sur le comportement de l'expert)



## **IV – Qualité des données scientifiques utilisées dans les actions/programmes d'évaluation des pratiques**

### **IV – 1 Sur quels éléments l'organisme évalue-t'il la qualité scientifique (niveau de preuve) des données sur la base desquelles sont élaborés les actions/programmes :**

La qualité scientifique des données qui constituent la base d'élaboration des programmes d'EPP est assurée par l'antériorité des compétences dans le domaine de la méthodologie de productions de référentiels par la SRLF (conférence de consensus, recommandations pour la pratique clinique, recommandations formalisées d'expert) voir en annexe la méthodologie des recommandations produites par la SRLF.

Ces recommandations sont produites sous l'égide de la commission des référentiels de la SRLF depuis de nombreuses années. (liste en annexe)

Elles ont été labellisées par l'ANDEM puis l'ANAES, plusieurs d'entre elles ont été menées en collaboration avec d'autres sociétés savantes : SFAR, SPLF, SPILF, SFMU.....

.....  
.....  
.....

### **IV – 2 Quelles procédure(s) permet(tent) :**

- **De valider le contenu scientifique de chaque action/programme**
- **D'identifier les interventions des différents experts dans chacune des actions/programmes**

Rôle du groupe projet qui examinera les programmes d'évaluation, fera l'inventaire des interventions des différents acteurs (identification nominale), examinera les résultats obtenus et le respect du calendrier, discutera avec le comité scientifique en cas de dysfonctionnement..

Une grille d'évaluation des programmes permettant de lister un certain nombre de critères sera pré établie : validité du contenu, respect du calendrier..

Rôle des experts qui auront une procédure commune d'évaluation de chaque action EPP permettant au moyen d'une grille de critères de vérifier la réalité et la qualité des actions entreprises (traçabilité de l'action, analyse des résultats, suivi des actions d'amélioration , indicateurs..). Cette grille une fois validée par les experts sera transmise au groupe projet.

## V – Description des actions/programmes

Le programme d'action de l'année à venir pour l'OARLF va être établi par le groupe projet et le comité scientifique en fonction d'une grille analysant les différents critères « acceptabilité, faisabilité, validité, efficacité. »

Il devra correspondre au cahier des charges fixé par la HAS .....

En ce qui concerne l'acceptabilité et la faisabilité, rôle du groupe projet qui devra identifier les thèmes importants pour les cliniciens s'assurant qu'ils couvrent bien la pratique professionnelle habituelle et quotidienne des réanimateurs quelque soit leur lieu d'exercice.

En ce qui concerne la validité scientifique, rôle du comité scientifique qui devra garantir la validité des programmes proposés (référentiels utilisés, méthodes validées..)

L'efficacité du dispositif sera établie par le comité de surveillance à partir des éléments d'évaluation fournis : bilan annuel, démarche choisie, problèmes rencontrés .....

### Proposition de programme pour l'année à venir

- 2 référentiels d'EPP au sein de la liste ci-jointe (liste des référentiels existant)
  - synthèse
  - éventuellement actualisation
  - établissement d'une liste de critères
- Adaptation à la réanimation du document « Revue de morbidité-mortalité » de l'HAS
- Fabrication d'un kit « audit clinique ciblé » sur un thème, plutôt centré sur la prévention de risques
- Participation avec un groupe du CFAR à la réalisation d'un kit « audit clinique ciblé » sur un thème commun.

.....  
*Liste de référentiels déjà publiés, relativement récents ou actualisés, qui pourraient faire l'objet d'une synthèse sous forme de référentiel d'EPP*

- Erysipèle, fasciite nécrosante (2000 SPILF)
- Prévention des hémorragies digestives (2000)
- Asthme (2002)
- TIH (2002)
- Prévention des transmissions croisées (2002 –2006 SFHH)
- Evaluation de la dénutrition (2003 Anaes)
- Nutrition entérale en réanimation (2003)
- Pancréatite (2001 SNFGE– 2004 SCCM)
- Indications du remplissage en réanimation (2004)
- Mort cérébrale (2005)
- Sevrage de la ventilation mécanique (2001 – 2005 Loi)
- Fin de vie (2002 - 2005)
- SDRA- (2006)
- Sédatation en réa (2000 – 2007)

## **VI – Production/ utilisation des résultats – rapport d’activité\***

Rapport d'activité :

Il est annuel, établi par le comité de gouvernance, et communiqué au conseil d'administration de la SRLF. Il est transmis à l’HAS et au CNFMC

Il fera l'objet d'une diffusion large en particulier par le biais de la Lettre « Esprit » de la SRLF et le site web.

L’OA favorisera la mise en place d'action de FMC sur les thèmes correspondant à des difficultés identifiées de manière récurrente au travers de l'analyse des programmes d'EPP.

### **VI – 1 Procédures mises en œuvre pour assurer la confidentialité des données d’activité individuelle collectées au cours des actions/programmes annexés**

Les procédures s’assurant de la confidentialité des données sont mises en place par le groupe projet.

Une charte doit être rédigée entre l’OA et les professionnels souhaitant s’engager auprès de cet OA.

Dès réception des demandes, les dossiers devront être anonymisés par le biais du site web avec attribution d’un code spécifique pour chaque dossier individuel personnalisé.

---

### **VI – 2 Analyse et production de résultats en aval des actions/programmes (prévisionnel en cas de nouvel organisme)**

Les indicateurs retenus seront précisés, pourront porter sur

- le nombre de médecins engagés dans la procédure
- le nombre et le type des actions programmes en cours
- les modifications des pratiques
- le taux d'adéquation entre les données déclaratives des dossier et l'analyse des documents justificatifs portant sur un échantillon de dossiers
- l'indice de satisfaction des participants
- le coût moyen par participant/programme.

---

\* Les éléments présentés dans ce chapitre seront rapportés de manière agrégée dans le rapport public annuel relatif à l’évaluation des pratiques professionnelles établi par la Haute Autorité de santé



# ATTESTATION

Je, soussigné(e) ..... (nom et prénom), .....  
agissant en ma qualité de (président, directeur ou autre).....de l'organisme  
(nom de l'organisme).....

- certifie sur l'honneur sincères et véritables les informations renseignées dans le présent dossier de candidature ainsi que les documents qui y sont joints ;
- déclare accepter une évaluation externe de l'organisme que je représente, par la Haute Autorité de santé ou par autre organisme mandaté à cet effet ;
- m'engage, au nom et pour le compte de l' organisme que je représente à garder confidentiels, et à ce que nos salariés, mandataires, conseils et toute autre personne que nous faisons intervenir gardent confidentiels, l'ensemble des faits, documents et informations dont nous pouvons avoir connaissance, à l'occasion des missions qui nous seront confiées dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Sont notamment confidentielles les données individuelles produites et collectées au cours des actions et programmes d'évaluation des professionnels de santé.

Je suis informé(e) que toute personne manquant à cette obligation de confidentialité est passible des peines prévues à l'article 226-13 du Code Pénal .

## CACHET DE L'ORGANISME

A ..... Le .....

Signature

## ANNEXES

# CAHIER DES CHARGES DE L'ORGANISME AGREE POUR L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'organisme agréé par la HAS doit répondre strictement aux conditions définies dans le présent cahier des charges.

## I – Missions de l'organisme

L'organisme s'engage dans le cadre de la description de ses missions, à :

- effectuer celles ci conformément aux dispositions légales et réglementaires qui régissent l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- signaler sans délai, à la Haute Autorité de santé, toute modification de ses missions, structures ou procédures ;
- veiller à prendre en compte les orientations définies par les Conseils Nationaux de Formation Médicale Continue et les priorités de santé publique

En tout état de cause, l'organisme devra accepter tout audit externe demandé par la Haute Autorité de santé portant notamment sur les procédures de fonctionnement et son financement.

## II - Description de l'organisme

Les modalités de fonctionnement de l'organisme doivent garantir le respect de l'indépendance professionnelle et scientifique.

L'organigramme donne la liste nominative des instances dirigeantes, celles-ci devant être constituées en majorité de médecins en exercice.

- il permet de distinguer :
  - une structure de gouvernance scientifique,
  - une structure de gouvernance professionnelle,
  - une structure projet pour la conception et la mise en œuvre des programmes (cette structure pouvant être composée des membres des gouvernances scientifique ou professionnelle),
  - une structure d'évaluation des programmes,
- il permet de distinguer les liens entre les quatre structures précédentes.

### III – Description de la politique des ressources humaines

La politique des ressources humaines doit offrir des garanties en matière d'indépendance scientifique et professionnelle ou d'identification et de gestion des conflits d'intérêts\* pour les dirigeants, pour ses membres et ses collaborateurs occasionnels notamment dans des fonctions d'expertise.

L'organisme communique :

- les modalités de recrutement et rémunération des experts ;
- les modalités de validation des niveaux d'expertises ;
- les modalités d'identification et de gestion des conflits d'intérêts.

L'organisme s'interdit de procéder lui-même à l'évaluation des pratiques professionnelles de ses propres salariés.

### IV- Description de la gestion financière

La gestion financière doit offrir des garanties en matière d'indépendance et de transparence vis à vis des différentes sources de financement de l'organisme.

L'organisme :

- s'engage à communiquer à première demande de la HAS ses comptes et états associés,
- détaille ses différentes sources de financement et la répartition de leur usage. Sont en particulier précisés tous les liens avec l'industrie pharmaceutique et les autres producteurs de biens et services médicaux, les structures d'enseignement et de recherche, les sociétés savantes, les structures de soins ou de prévention privées ou publiques, les structures de FMC, les caisses d'assurance maladie et les assurances complémentaires.

### V- Description des méthodes de réalisation des programmes

Les méthodes de réalisation des programmes doivent offrir des garanties en matière de qualité scientifique des programmes, en particulier pour les données scientifiques utilisées.

L'organisme décrit :

- les méthodes utilisées pour garantir la validité scientifique des données et des informations sur la base desquelles il élabore les programmes;
- la procédure de validation scientifique de chaque programme incluant l'identification des responsabilités prises par les experts extérieurs dans l'élaboration et la réalisation des programmes.

---

\* L'intérêt peut être **direct** (intérêt dans un profit personnel au cours de la coopération entre l'organisme et l'expert, susceptible d'influencer ou de paraître influencer le comportement de l'expert) ou **indirect** (tous les autres intérêts, notamment en relation avec des liens familiaux, pouvant avoir une influence sur le comportement de l'expert).

## **VI- Description des caractéristiques des programmes**

Les programmes mis en œuvre satisfont au cahier des charges des actions et programmes d'EPP diffusés par la Haute Autorité de santé.

## **VII- Production – utilisation des résultats – rapport d'activité**

L'organisme garantit la confidentialité\* des données individuelles

L'organisme communique à la Haute Autorité de santé toute information relative :

- à son fonctionnement, notamment le nombre des médecins engagés dans ses programmes, le coût moyen par praticien engagé dans chaque programme et la part respective du praticien et des éventuels autres contributeurs,
- à l'efficacité de ses programmes et notamment des indications sur les évolutions des pratiques enregistrées.

Ces informations sont intégrées dans le rapport annuel d'activité de l'organisme qui sera transmis à la Haute Autorité de santé et aux Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue.

L'organisme met également en œuvre une politique de diffusion de son bilan d'activité à l'intention des professionnels et le cas échéant du grand public ; il précise en particulier, les conditions de cette diffusion et les mesures d'impact qui sont effectuées.

---

\* sous réserve de l'application des dispositions de l'article D-4133-3 du code de la santé publique

## DESCRIPTIF D'UNE ACTION / D'UN PROGRAMME D'EPP

Une action/un programme d'EPP se déroule sous une des formes suivantes :

- évaluation individuelle ;
- évaluation collective mono disciplinaire ;
- évaluation collective pluridisciplinaire ;
- évaluation collective pluriprofessionnelle.

Le dispositif d'EPP correspond soit à une action ponctuelle, soit à un programme continu :

- On entend par *action ponctuelle*, une action d'amélioration des pratiques professionnelles fondée sur un cycle d'amélioration unique. Celui-ci débute par une phase d'analyse de la pratique professionnelle existante et s'achève par l'appréciation des améliorations obtenues. Elle se déroule généralement sur une durée totale inférieure à six mois.
- On entend par *programme continu*, un programme d'amélioration des pratiques professionnelles fondé sur des cycles d'amélioration successifs. Chacun d'entre eux débute par une phase d'analyse de la pratique professionnelle existante et s'achève par l'appréciation des améliorations obtenues. Une action continue peut également se traduire par une organisation de la pratique médicale autour de protocoles garants des règles de bonnes pratiques.

Tout programme d'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) doit satisfaire aux conditions suivantes.

### □ **Thématique**

Le programme d'EPP précise :

- le thème choisi ;
- les objectifs à atteindre.

Le cas échéant, le programme devra préciser la cohérence des thèmes retenus avec les priorités de santé publique et les orientations nationales retenues pour la formation médicale continue.

Le choix de la thématique retenue sera fondé sur les critères suivants :

- fréquence de la pratique évaluée dans l'activité individuelle du médecin, dans celle de l'équipe médicale, dans celle de l'établissement ;
- faisabilité de l'évaluation ;
- existence d'une marge d'amélioration possible pour le professionnel engagé.

### □ **Méthode**

Le programme s'attachera à présenter les caractéristiques suivantes : FAISABILITE, ACCEPTABILITE, VALIDITE, EFFICACITE.

Le programme d'EPP précise la méthode retenue pour l'évaluation :

- la méthode d'évaluation utilisée (audit, revue de pertinence, chemin clinique, revue de morbi-mortalité...) ainsi que les critères sur lesquels porte l'évaluation ;
- les modalités de recueil et d'analyse des données. Celles-ci peuvent être individuelles ou collectives et doivent permettre l'identification de chaque praticien engagé dans le programme ;
- les modalités de retour d'information vers les professionnels évalués.

Le programme d'EPP précise l'origine et la nature des recommandations professionnelles utilisées dans le programme d'évaluation, notamment :

- la base scientifique des références utilisées pour l'évaluation, éventuellement issues de la littérature internationale ;
- le niveau de preuve des données scientifiques et le grade des recommandations ;
- le recours éventuel – s'il n'y a pas de données validées sur le sujet – à un accord professionnel.

Le programme devra être à jour des données scientifiques utilisées comme référence.

#### □ **Confidentialité**

Le programme d'EPP contient les dispositions nécessaires à la confidentialité des parties, concernant notamment :

- les résultats de l'évaluation des professionnels évalués. Les concepteurs/animateurs du programme s'assurent notamment que les résultats ne peuvent pas être utilisés à d'autres fins que celle de l'évaluation des pratiques ;
- les données nominatives utilisées, lorsque l'évaluation porte notamment sur des données relatives à des patients. Ces données sont anonymisées, conformément aux dispositions relatives au secret professionnel.

#### □ **Mise en oeuvre et suivi des actions d'amélioration**

Le programme d'EPP comporte :

- une phase d'élaboration des actions d'amélioration ;
- une phase de mise en oeuvre des actions d'amélioration ;
- une phase de suivi dans le temps qui implique la mise en place d'une évaluation continue ou d'une succession d'évaluations ponctuelles, visant à pérenniser les améliorations obtenues.

Le programme est adapté au mode d'exercice du professionnel.

Le programme précise ce qui relève uniquement de l'activité propre du médecin, et ce qui relève de son environnement professionnel (établissement de santé, réseau de soins...).

La HAS recommande que soient mis à disposition du professionnel engagé des outils informatiques, notamment d'aide à la décision et de suivi du déroulement du programme.

□ **Qualité du programme**

Le programme d'EPP proposé au professionnel engagé doit présenter les qualités suivantes : acceptabilité, faisabilité, validité et efficacité ; ses qualités se traduisent en particulier par :

- une intégration aisée à l'exercice quotidien professionnel engagé ;
- un contenu en adéquation avec la pratique du ou des professionnels engagé(s) ;
- la collecte et l'analyse de données cohérentes avec la finalité d'amélioration de la qualité des soins ;
- un recueil des données qui permette de rendre compte des améliorations de pratique.

**GRILLE D’EVALUATION EN VUE DE  
L’AGREMENT DE L’ORGANISME**

**20 CRITERES A SATISFAIRE POUR OBTENIR L’AGREMENT :**

CHACUN DE CES CRITERES EST A APPRECIER SELON UNE ECHELLE A TROIS NIVEAUX :

**I → Satisfait**

**II → Satisfait sous Réserve(s) expresse(s) à corriger**

**III → Non Satisfait**

**Réserve(s) expresse(s) à corriger (maximum de 3 critère sur 20) :**

① .....

② .....

③ .....

<b>S</b>	<b>SR</b>	<b>NS</b>
↓	↓	↓

**I - MISSION DE L’ORGANISME ET DÉCLARATION D’INTENTION**

- |     |  |                          |                          |                          |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I.1 | CONFORMITE DE LA DECLARATION D'INTENTION   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I.2 | ACCEPTATION DU PRINCIPE DE L’AUDIT EXTERNE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**II - DESCRIPTION DES STRUCTURES ET PROCÉDURES DE L’ORGANISME**

- |      |  |                          |                          |                          |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| II.1 | MAJORITE MEDICALE DANS LES INSTANCES<br>DECISIONNELLES (SCIENTIFIQUE ET PROFESSIONNELLE) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| II.2 | IDENTIFICATION D’UNE STRUCTURE DE GOUVERNANCE<br>SCIENTIFIQUE                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| II.3 | IDENTIFICATION D’UNE STRUCTURE DE GOUVERNANCE<br>PROFESSIONNELLE                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| II.4 | IDENTIFICATION D’UNE STRUCTURE « PROJET » POUR<br>LES PROGRAMMES                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| II.5 | IDENTIFICATION D’UNE STRUCTURE « EVALUATION »<br>POUR LES PROGRAMMES                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| II.6 | FORMALISATION DES PROCEDURES ENTRE LES<br>QUATRE STRUCTURES PRECEDENTES                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**III - DESCRIPTION DE LA POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES ET  
LOGISTIQUES DE L’ORGANISME**

- |       |   |                          |                          |                          |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| III.1 | FORMALISATION DES PROCEDURES D'IDENTIFICATION<br>ET DE GESTION DES CONFLITS D'INTERET DES MEMBRES<br>DE L’ORGANISME | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

	S ↓	SR ↓	NS
III-2 FORMALISATION DES MODALITES DE COOPERATION AVEC LES EXPERTS PORTANT SUR LE RECRUTEMENT ET LEUR REMUNERATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III-3 PRESENTATION DE MOYEN HUMAINS ET LOGISTIQUES EN ADEQUATION AVEC LES MISSIONS DE L'ORGANISME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IV - DESCRIPTION DE LA GESTION FINANCIÈRE DE L'ORGANISME</b>			
IV.1 MISE A DISPOSITION DES COMPTES ET ETATS ASSOCIES (incluant le budget de l'année n-1 ou le budget prévisionnel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV.2 GARANTIE D'INDEPENDANCE ENTRE LE FINANCEMENT DE L'ORGANISME ET LES CONTENUS DES PROGRAMMES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>V - MÉTHODES MISES EN ŒUVRE POUR S'ASSURER DU NIVEAU DE PREUVE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES UTILISÉES DANS CES PROGRAMMES</b>			
V.1 IDENTIFICATION D'UNE PROCEDURE POUR EVALUER LE NIVEAU DE PREUVE DES DONNEES SCIENTIFIQUES INCLUSES DANS LES PROGRAMMES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V.2 IDENTIFICATION D'UNE PROCEDURE DE VALIDATION SCIENTIFIQUE DE CHAQUE PROGRAMME (INCLUANT L'IDENTIFICATION DES EXPERTS CONCERNES)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VI - CARACTÉRISTIQUES DES PROGRAMMES</b>			
VI.1 IDENTIFICATION DES TYPES DE PROGRAMMES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI.2 PRISE EN COMPTE DES CARACTERISTIQUES DE FAISABILITE,ACCEPTABILITE,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI.3 PRISE EN COMPTE DES CARACTERISTIQUES DE VALIDITE, EFFICACITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VII - PRODUCTION / UTILISATION DES RÉSULTATS – RAPPORT D'ACTIVITÉ</b>			
VII.1 EXISTENCE D'UNE PROCEDURE GARANTISSANT LA CONFIDENTIALITE ABSOLUE DES DONNEES D'ACTIVITE INDIVIDUELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII.2 IDENTIFICATION D'UNE PROCEDURE D'ANALYSE ET DE PRODUCTION DE RESULTAT (nombre de programmes, nombre de participants par programme, coût moyen par participant/programme <b>etc.</b> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>