



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en Établissements de Santé

### Fiche synthèse de présentation des actions/programmes d'EPP

Ce document est proposé par la HAS dans le cadre de la procédure de validation individuelle des démarches d'EPP réalisées en établissement de santé.

Ce support dont le format a été voulu le plus simple possible a été validé le 17 mai 2006 par le Groupe Contact national comportant outre la HAS, la représentation des CME, des trois CNFMC, des URML, de l'Ordre des Médecins et de la Conférence des Doyens.

Les 3 feuillets doivent être renseignés par le médecin responsable du projet. Chaque médecin engagé dans le programme doit remplir personnellement la fiche 3 d'engagement individuel. L'ensemble des documents doivent être adressés à la sous-commission de la CME en charge de l'EPP

**Service Evaluation des Pratiques**

*Version 1.1 - juin 2006*

**ACTION/PROGRAMME D'EPP**  
**① IDENTIFICATION**

**ÉTABLISSEMENT :**

**NOM DE L'ACTION OU PROGRAMME :**

Démarche réalisée dans le cadre de la certification V2 :    OUI                     NON

**MÉDECIN(S) RESPONSABLE (S) DE L'ACTION / DU PROGRAMME**

Nom, prénom :

Discipline :

Adresse professionnelle :

Téléphone :

Fax :

E mail :

**LISTE DES MÉDECINS ENGAGÉS (nom, prénom, adresse professionnelle, spécialité)**

**Le cas échéant, liste des autres professionnels, en précisant leur métier**

## **ACTION PROGRAMME D'EPP**

### **② DESCRIPTION**

*Ce descriptif général de l'action, commun à tous les médecins engagés, est rédigé par le(s) responsable(s) de l'action en liaison avec la CME*

#### **Domaine / thématique choisie**

*Fréquence, marge d'amélioration possible, faisabilité en terme de moyens et en termes de recommandations...*

#### **Calendrier**

*Date de début de la démarche, durée, étapes intermédiaires...*

#### **Mode de recueil et d'analyse des données (individuelles ou collectives)**

*Préciser le cas échéant, la méthode d'EPP utilisée (audit, revue de pertinence, chemin clinique, revue de morbi-mortalité, indicateurs, autres...)*

#### **Référence(s) et/ou recommandations utilisée(s)**

*Origine, date, niveau de preuve, modalités de mise à la disposition des médecins engagés dans le programme*

#### **Résultats obtenus**

*Points forts observés, points à améliorer*

#### **Actions d'amélioration des pratiques**

*Actions décidées, modalités de mise en œuvre et modalités de suivl...*

#### **Développements ultérieurs envisagés**

*Extension d'une action ponctuelle, pérennisation d'un dispositif, modification d'un programme continu...*

#### **Actions de communication**

*En interne ou en externe dans le cadre de partage d'expérience, de publications ou de communications scientifiques*

#### **Lien avec le programme institutionnel**

## ACTION PROGRAMME D'EPP

### ③ ENGAGEMENT INDIVIDUEL

*Cette fiche doit être renseignée par chaque médecin engagé*

Nom, prénom et discipline :

Adresse professionnelle :

Téléphone :

Fax :

E mail :

#### Comment vous êtes vous impliqué dans cette action / ce programme d'EPP ?

*A cocher                      Commentaires :*

- *Initiation de la démarche*
- *Conception du projet*
- *Recueil des données*
- *Analyse des données*
- *Mise en place actions d'améliorations*
- *Application des actions d'améliorations*
- *Suivi des actions d'améliorations*

#### Qu'est-ce que le programme vous a apporté :

##### en terme d'amélioration des pratiques professionnelles ?

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



##### en terme d'amélioration de l'organisation des soins ?

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



##### en terme d'utilité pour le patient ?

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



#### Principaux points de satisfaction ?

#### Principales difficultés rencontrées ?

#### Avez-vous repéré des améliorations possibles de la méthode utilisée ? Lesquelles ? Comment ?