



Evaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Formation à l'intention des professionnels des 3C

Le 15 septembre 2022 en Webinaire de 10h à 12h

Dr Catherine Pourin et Bénédicte Guerrier, Ccecqa

Programme de l'intervention

- Définition, enjeux, acteurs et périmètre de l'EPP
 - La mise en œuvre d'une démarche pluridisciplinaire
 - QR
- Présentation des différents dispositifs qualité et GDR
 - Certification, système de signalement, IQSS, expérience patient
 - QR
- Présentation des différents méthodes EPP
 - Choix et principes généraux
 - Usage des résultats, communication et suivi
- Données de santé et réglementation
 - Règlementation RGPD
 - Sécurisation des données de santé, hébergeurs de santé
 - Analyse d'Impact (PIA)

Définition, enjeux, acteurs et
périmètre de l'EPP

Tout va bien, les patients sont bien soignés mais ...

- le dossier est perdu
- l'examen complémentaire n'est pas reçu
- le patient n'était pas à jeun
- l'ordonnance est incomplète
- le résultat n'est pas celui attendu
- le patient n'est pas satisfait
- « le genou » c'est vous / ce n'était pas vous ?...
- ...

d'après le diaporama A. GENESTIER, Et N.HERMAN

Évaluer....(v. tr.)

« C'est donner une valeur, un prix, une importance »

Evaluer c'est s'assurer d'avoir

De bonnes **structures** qui augmentent la probabilité de...

de bons **processus** qui augmentent la probabilité de...

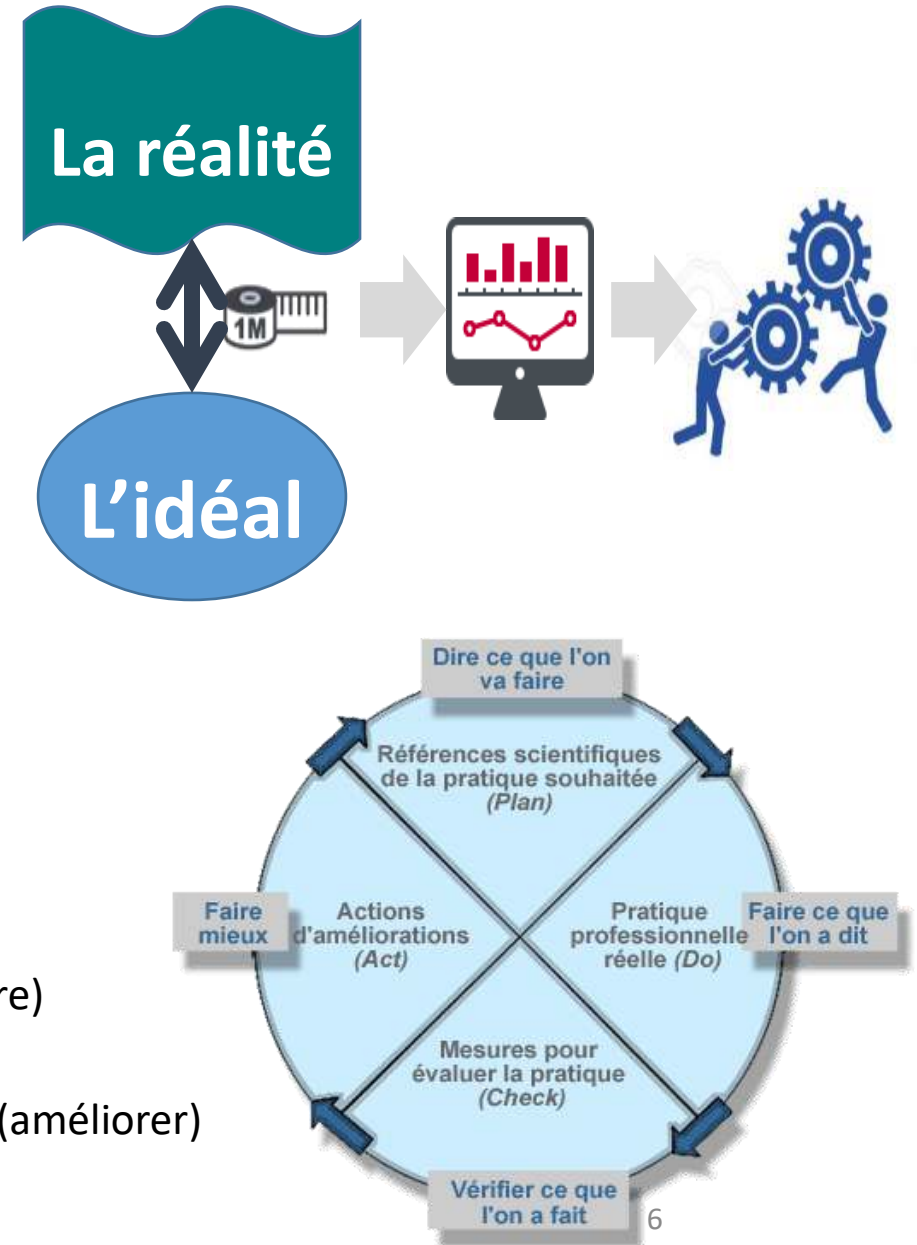
de bons **résultats par le service rendu aux patients par les professionnels**

D'après A. Donabedian 1960s Pr. Public Health Michigan

d'après le diaporama A. GENESTIER, et de N.HERMAN

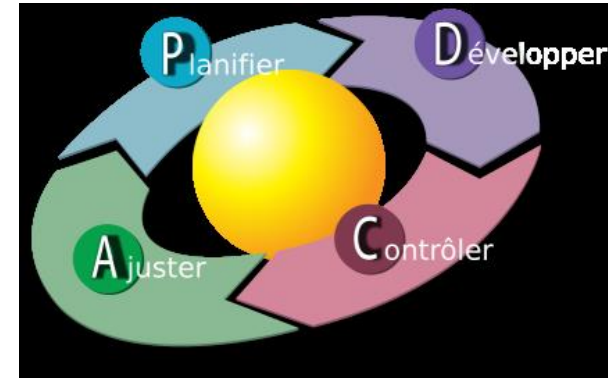
L'EPP, un style d'exercice professionnel ...

- **Auto-évaluation collective**
 - Intégrée à sa pratique individuelle et en équipe
 - Intégrée à sa formation continue
 - Intégrée aux orientations de la structure
- Formalisée
 - Méthodes
 - Utilisation des recommandations professionnelles
 - Mise en œuvre de mesures correctives et de suivi
- Finalité : sécurité, efficacité et efficacies des soins
 - Favoriser l'approche réflexive et pro-active sur sa pratique (prévoir)
 - Identifier des écarts et mieux comprendre sa pratique (mettre en œuvre)
 - Aider à la décision en situation d'incertitude (vérifier)
 - Changer s'il le faut sa pratique sans introduire de nouveaux problèmes (améliorer)



Textes de référence

- [Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles](#) :
« l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques »
- Et son article L.4133-1-1 « l'EPP a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques ».
- [HAS](#) : Dès lors qu'un enjeu d'amélioration est identifié, toute démarche ou programme mettant en relation les pratiques avec les références correspondantes et permettant de mesurer et d'apprécier les résultats obtenus, est une démarche d'EPP valide



Enjeux professionnels

- Maintien de la qualité des soins
 - Analyse de ses pratiques et de leurs bons fonctionnements pluridisciplinaires (ex RCP, PPS, DA, DCC)
 - Assurabilité pour certains professionnels (accréditation individuelle professions risques)
 - Attentes sociétales de rendre plus lisible l'offre de soins
- Harmonisation des pratiques : cohérence de l'ensemble des actions
 - Evolutions rapide des techniques, des organisations et des prises en charge
 - Une des outils d'aide à la décision
 - Une des outils au service de l'éthique et à l'accès aux soins
 - Un des outils favorisant la formation des équipes
- Espaces de travail collaboratifs à retrouver
 - Analyse pluri professionnelle
 - Travail en / entre équipes et compétences partagées
 - Qualité des relations au travail
 - Turn over des équipes des praticiens
 - Aller au-delà du simple recueil et de la traçabilité de données
 - Mobiliser les données du dossier communiquant en cancérologie

Enjeux institutionnels

- Orientation stratégique du projet d'établissement
- Dialogue de gestion interne et externe / contractualisation
- Image et attractivité
- Autorisations
- Assurabilité

Acteurs

- Le professionnel
- Les équipes et l'encadrement
- Le service qualité
- Les structures ressources régionales
- Les soins primaires
- Les bénéficiaires
- ...

Périmètre

- Types de prises en charge
 - Transversales
 - Ex: Evaluation de la préparation de la sortie du patient hospitalisé
 - Ex: Evaluation de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse de chimiothérapie orale
 - Ex :Evaluation de l' information du patient après chirurgie mammaire
 - Ex : Evaluation du recours/ aux plateformes de télésanté
 - Non transversales
 - pluriprofessionnelles/monoprofessionnelles (mono ou pluridisciplinaires)
 - Ex: Evaluation de la prise en charge de la douleur, de la fragilité gériatrique
 - EX : Evaluation des besoins / de l'accès aux soins de supports
 - Ex: Evaluation de la pertinence des prescriptions des examens complémentaires
- Types de professions
 - Médicales, paramédicales
 - Ex: Evaluation de la pertinence de l'antibio-prophylaxie lors d'une chirurgie digestive
 - Ex: Evaluation des pratiques de surveillance des plaies opératoires
 - Ex : Evaluation de l'usage de nouveaux matériels (pompes, logiciels ...)
- Types de soins
 - Prévention, dépistage, diagnostic, thérapeutique, réhabilitation
 - Ex: Evaluation de la rééducation après chirurgie en cancérologie
 - Ex : Evaluation de la prescription de l'APA en cancérologie
 - Ex: Evaluation de programme d'ETP de patients sous traitements anti-cancéreux oraux

Dispositifs d'évaluation

L'EPP, sa place dans différents dispositifs

National

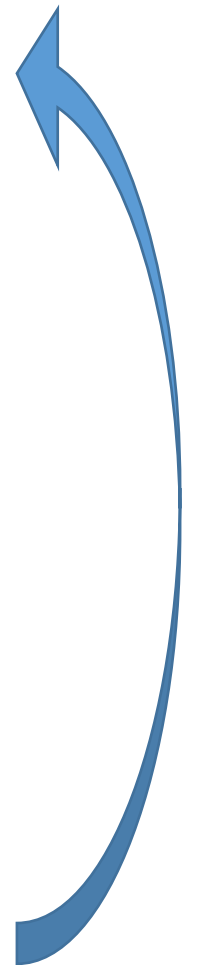
- Stratégie décennale de lutte contre les cancers
- Réforme des autorisations en cancérologie
- Référentiels de prise en charge et référentiels organisationnels
- Portail national de signalement des EIGS, Base HAS Rex-EIGS, Flashs sécurités
- Site d'information HAS QualiScope (certification HAS et indicateurs IQSS)
- Arrêté fixant les modalités de calcul du montant de la dotation relative aux indicateurs qualité des soins
- Enquête DGOS Forap ENEIS
- Semaine sécurité des patients

Régional

- ...
- Projet régional de santé, Feuille de route cancer
- Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (Iraps)
- Réseau régional des vigilances et Appui (RREVA)
- Dispositif Spécifique Régional du Cancer (DSRC)
- Contractualisations
- Inspections
- Contrôles
- Suivi des résultats de certifications Has
- ...

Local

- Projet d'établissement (médico-social, usagers), de territoire, de service, PAQSS
- Contractualisation de service, de pôle
- Campagne de mesure des IQSS
- Préparation à la certification HAS
- Accréditation d'équipe
- Déclarations des EIAS interne et externe
- 3C ?
- ...



Le signalement des EIGS

Article L1413-14

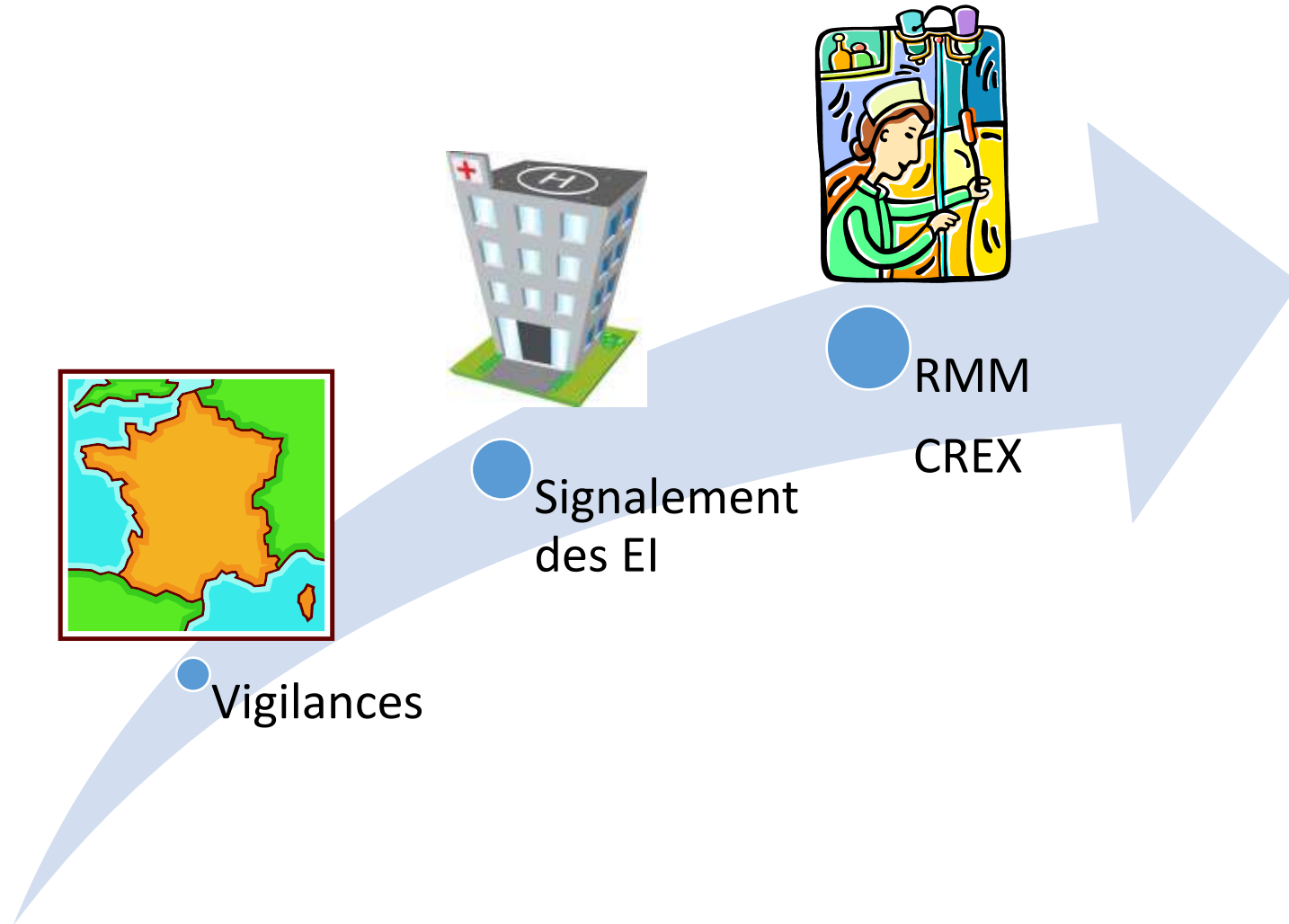
- Tout professionnel de santé, établissement de santé ou établissement et service médico-social ayant constaté soit une infection associée aux soins, dont une infection nosocomiale, soit tout événement indésirable grave associé à des soins, dans le cadre de soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux y compris à visée esthétique ou d'actions de prévention en fait la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé.
- Les professionnels de santé concernés analysent les causes de ces infections et événements indésirables.



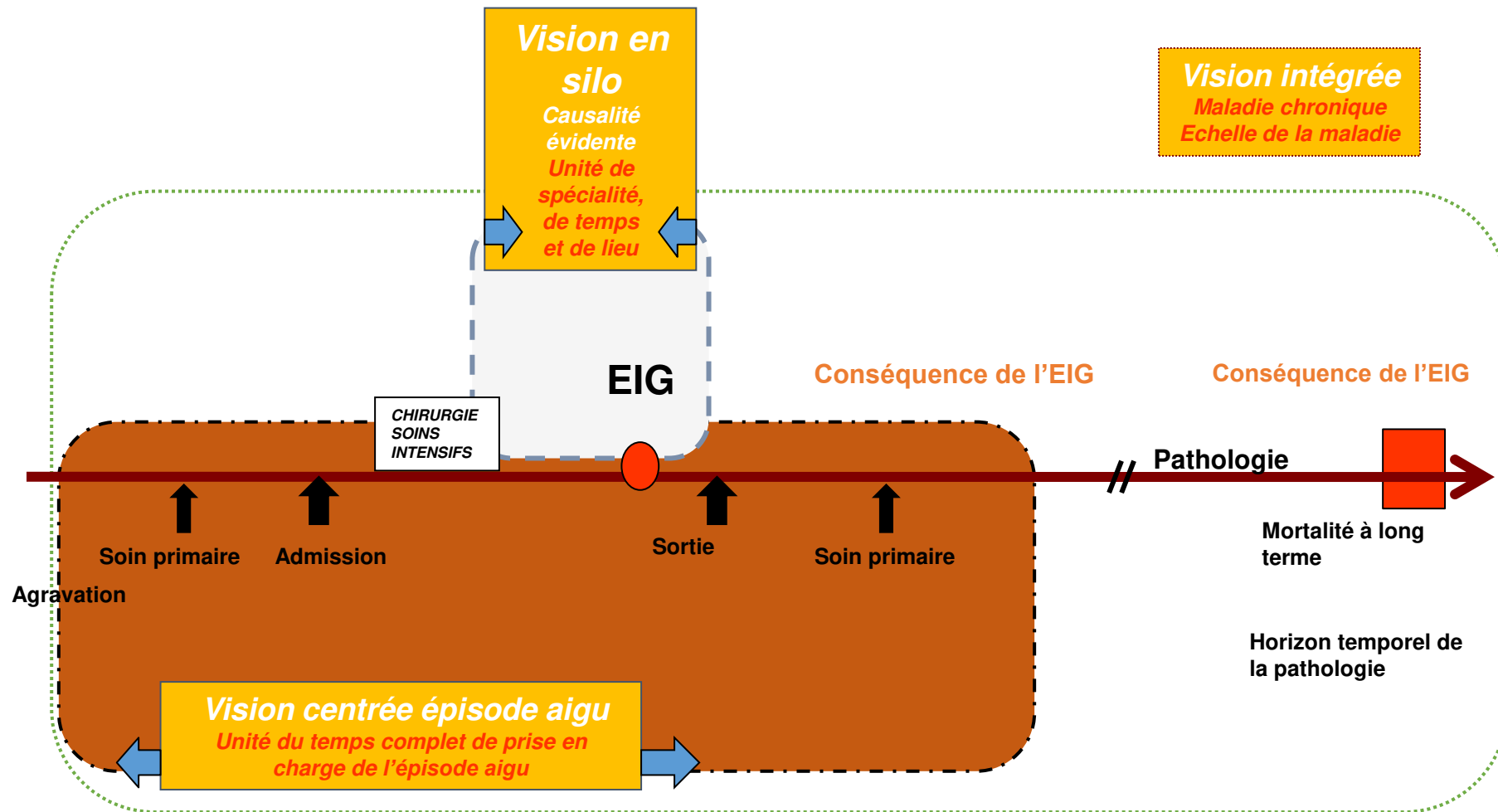
Les idées fausses ...

- Il ne s'agit pas *d'outils et de méthodes pour réduire ou gérer les plaintes*, mais d'outils d'amélioration de la sécurité des soins
- Il ne s'agit pas seulement d'un *système de signalement des événements indésirables* mais aussi d'une démarche proactive
- Il ne s'agit pas d'une *affaire de gestionnaires et de qualitiens* mais d'un comportement de l'ensemble des professionnels

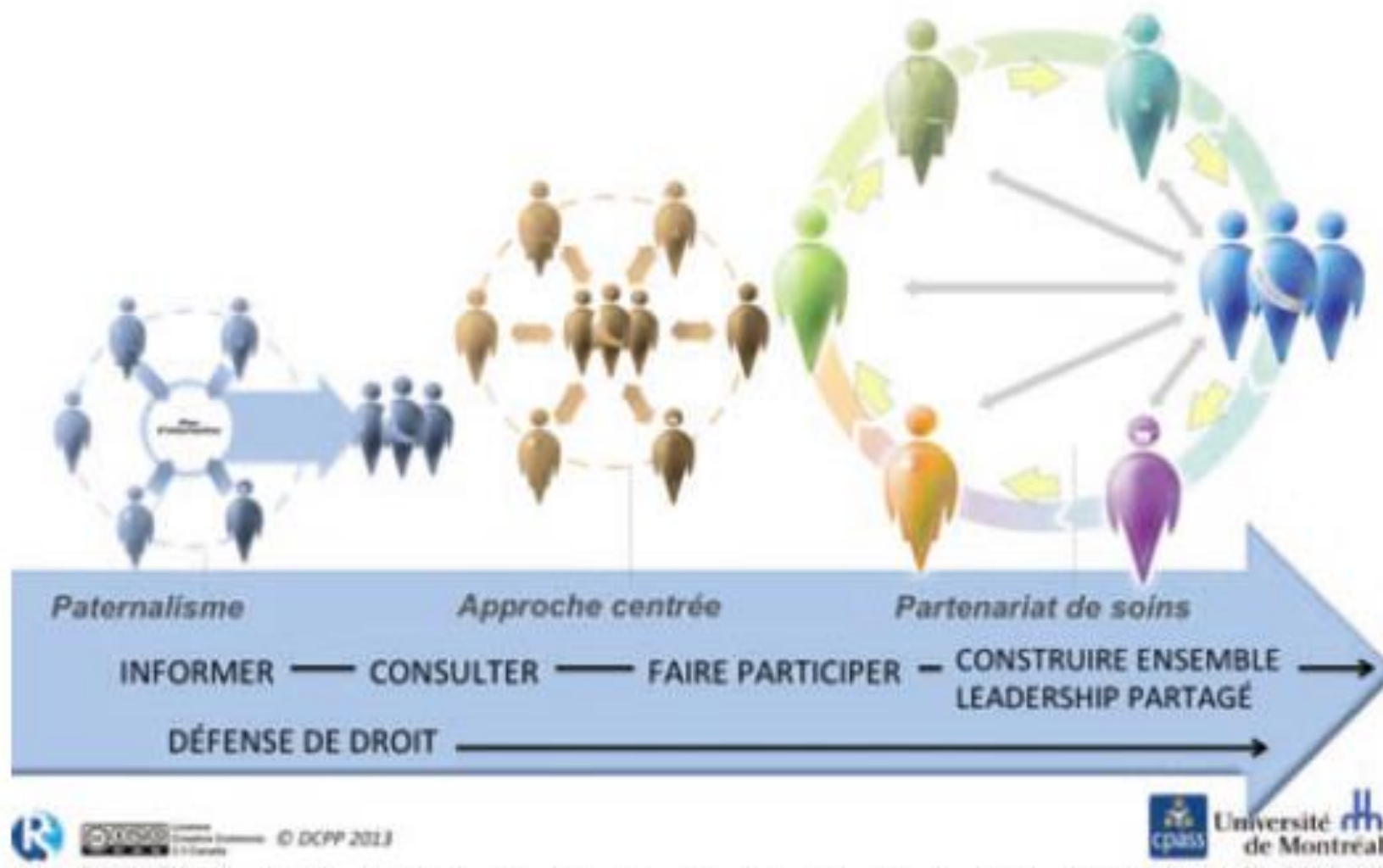
Evolution des dispositifs d'alerte et d'analyse *a posteriori* des événements



On ne pense pas assez parcours du patient, histoire du patient, on reste centré sur sa spécialité



Trois horizons temporels pour analyser le risque (source René AMALBERTI)



Marie-Pascale Pomey et Al. Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé publique volume 27 / N° 1 Supplément - janvier-février 2015

PREMS/PROMS/
Satisfaction/PRIMs

Mesurer le point de vue du patient

The Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)



Questions Réponses

Les méthodes

Principales méthodes

- Plusieurs méthodes proposées par l'HAS
- Un modèle commun
 - 1 Planifier : identification des pratiques, choisir un thème
 - 2 Faire : observation des pratiques, diagnostic de la situation
 - 3 Analyser : comparaison et élaboration de pratiques optimales
 - 4 Améliorer : réduction des écarts, évaluation des pratiques.
- Approche par les standards de soins
 - Audit clinique, audit clinique ciblé
 - Revue de pertinence des soins
 - Chemin clinique
 - Patient Traceur, parcours traceur, traceur ciblé
- Approche par l'analyse de cas
 - RMM, CREX
 - Revues de dossiers, Staff EPP, groupes de pairs
 - RCP
- Approche par la mesure
 - Indicateurs de performance : processus, résultats

Approches Quantitatives



Approches qualitatives

- Revues de pertinence
- Audits de pratiques cliniques, ciblé, critères composites,
- Indicateurs de résultats, registres (observatoires) des pratiques, IQSS

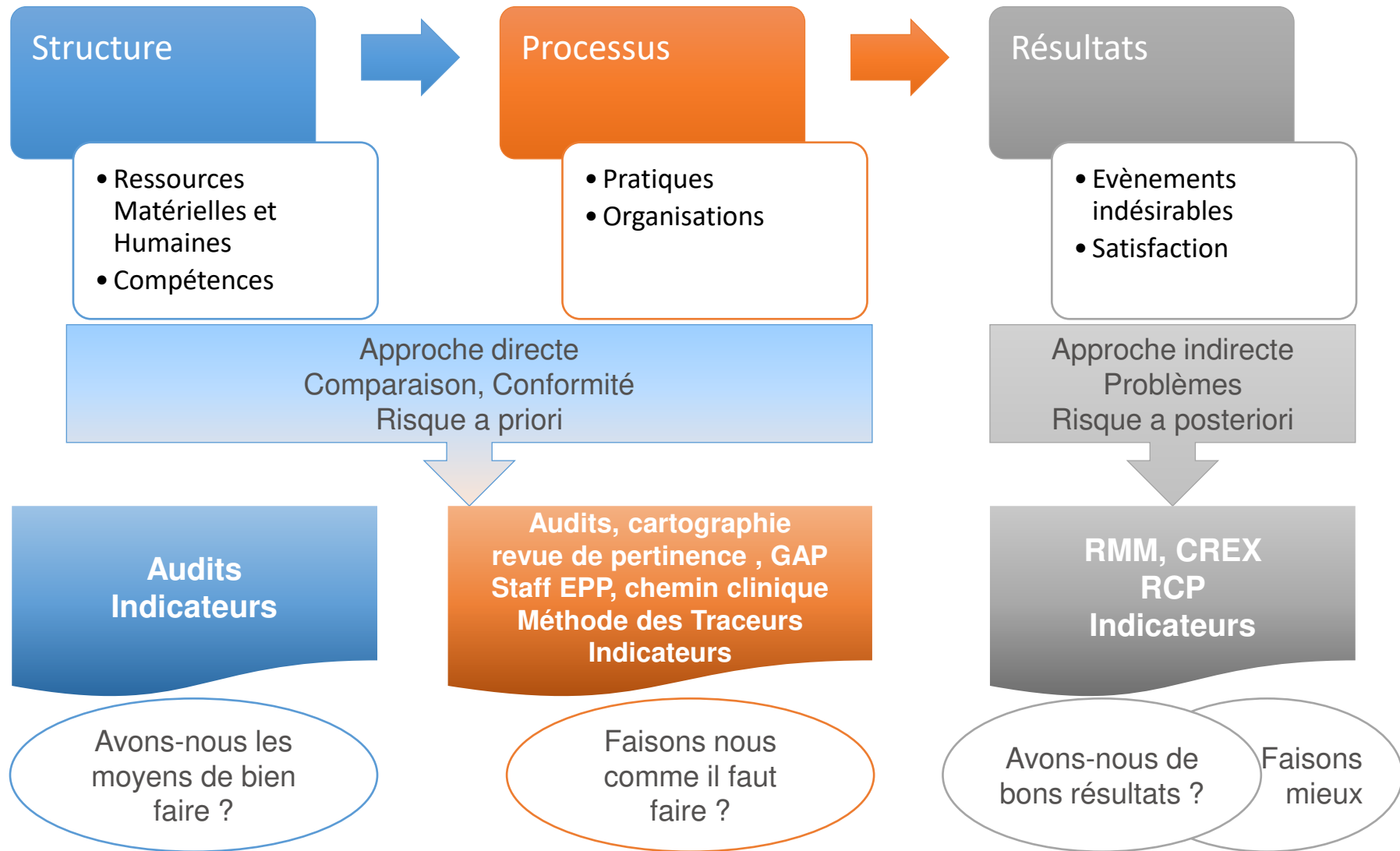
- Groupes d'analyses de pratiques (GAP)
- Réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP)
 - [Gestion des RCP - ONCOPL](#)
- Analyses des causes d'évènement(s) indésirable(s), RMM, Crex
- Traceurs (parcours, ciblé, patient)
- Analyses de processus, chemins cliniques

- Protocole, Grille, Recueil de données
- Traitement de (bases) données
- Mesure des conformités, des écarts par rapport à un référentiel, des valeurs attendues (réseaux, Inca, FNLCC)
- Comparaisons spatiales et temporelles
- 'Notification' ou non de ressources / intéressements, accréditation des équipes, certification périodique



- Expression et débats au sein d'une équipe ou entre équipes, avec le patient, réguliers, à partir de présentation et d'analyse de cas cliniques effectifs avec une confrontation des pratiques et le choix d'actions d'amélioration
- Recherche bibliographique réalisée et partagée pour identifier et sélectionner les données de la littérature scientifique et professionnelle permettant d'apporter des réponses aux questions
- Compte rendu rédigé : résumé des cas présentés, problèmes identifiés, réponses apportées et divergences éventuelles, références utilisées et les actions d'améliorations choisies et leur suivi à mettre en place, liste de présence
- Support : charte ou règlement intérieur précisant l'organisation et le fonctionnement, fiche de suivi des actions d'amélioration, indicateur de suivi, nouvelle procédure de prise en charge ...

Positionnement des méthodes



Patient Traceur

- **Définition :**

Méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques qui consiste à partir d'un séjour d'un patient présent dans l'établissement à évaluer la qualité et la sécurité de sa prise en charge, de son entrée à aujourd'hui

- **Objectifs :**

- Apprécier le développement de l'engagement du patient : individuellement partenaire de sa propre prise en charge et collectivement partenaire de l'établissement dans l'amélioration de ses pratiques
- Impliquer l'ensemble des acteurs dans une démarche et dynamique d'équipe centrée sur le patient
- Réaliser un diagnostic global de la qualité et de la sécurité des prises en charge par la réalisation d'évaluations « patients traceurs » dans tous les secteurs de l'établissement

Parcours traceur

- **Définition :**

Méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques qui consiste à partir d'un dossier patient, à évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge, le travail en équipe, et la culture qualité et sécurité des soins au cours du parcours du patient.

- **Objectifs :**

- Rencontrer les professionnels ayant participé à un type de parcours (équipe pluri professionnelle et pluridisciplinaire/ clinique, médico techniques, équipes support et sociales) dans une **démarche centrée sur la coordination et le travail en équipe**
- Evaluer la **pertinence clinique et organisationnelle d'un type de parcours** en fonction des recommandations de bonnes pratiques et des attentes des patients
- Conduire les professionnels à **s'interroger sur leur culture de mesure et revue de leurs résultats**, notamment sur la pertinence de leurs décisions, basée sur leurs pratiques quotidiennes
- A **partir d'une prise en charge** d'un patient sorti récemment (< 2 mois), au travers d'un dossier fil rouge. Ou de plusieurs dossiers de parcours identiques, si un seul dossier ne permet pas de recueillir l'ensemble des informations.

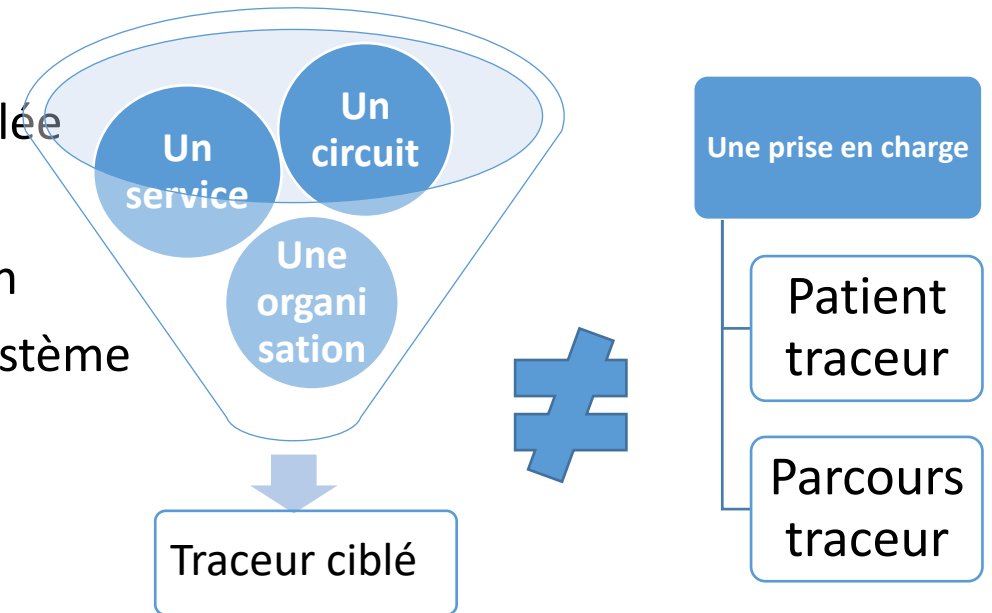
Traceur ciblé

- **Définition :**

Méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques qui consiste à **investiguer sur le terrain** et à évaluer la **mise en œuvre réelle d'un processus** et s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.

- **Objectifs :**

- S'assurer de la mise en œuvre des bonnes pratiques sur un processus ciblé à partir d'une donnée d'entrée ciblée
- S'assurer du fonctionnement d'un processus sur le terrain et interroger ensuite, en cas de dysfonctionnement, le système et les organisations qui s'y rattachent
- Evaluer la culture de qualité et de sécurité des soins et le travail en équipe



Synthèse des 3 méthodes traceurs

	Patient Traceur	Parcours Traceur	Traceur ciblé
Objectif / Modalités	Evaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient présent dans l'établissement de santé, de son entrée à aujourd'hui en intégrant l'avis du patient Apprécier le développement de l'engagement du patient : individuellement partenaire de sa propre prise en charge et collectivement partenaire de l'établissement dans l'amélioration de ses pratiques Par le recueil de l'avis du patient sur la perception de son séjour, sur son vécu = droits du patient respectés, son implication dans son projet de soin, ...	Rencontrer les professionnels ayant participé à un type de parcours (équipe pluri professionnelle et pluridisciplinaire/ clinique, médico techniques, équipes support et sociales) dans une démarche centrée sur la coordination et le travail en équipe Evaluer la pertinence clinique et organisationnelle d'un type de parcours en fonction des recommandations de bonnes pratiques et des attentes des patients Conduire les professionnels à s'interroger sur leur culture de mesure et revue de leurs résultats, notamment sur la pertinence de leurs décisions, basée sur leurs pratiques quotidiennes	S'assurer de la mise en œuvre des bonnes pratiques sur un processus ciblé à partir d'une donnée d'entrée ciblée S'assurer du fonctionnement d'un processus sur le terrain et interroger ensuite, en cas de dysfonctionnement, le système et les organisations qui s'y rattachent Evaluer la culture de qualité et de sécurité des soins et le travail en équipe
Dossier patient	oui = fil conducteur de l'entretien avec l'équipe. Apporter les éléments de preuve des dires du patient et de l'équipe sur sa PEC	oui = Expliquer l'organisation du parcours pour une typologie de PEC	Oui = apporter la preuve des bonnes pratiques de traçabilité sur les cibles retenues (lorsqu'elles exigent une traçabilité / Ne s'applique pas à tous les sujets abordés)
Implication du Patient	Patient présent dans le service de soins, au plus proche de sa sortie. Information et recueil de son consentement préalable sont nécessaires	Patient non concerné recueil d'information sur dossiers de patients sortis < 2 mois	Non
Investigations	Expérience du patient / satisfaction du patient Mesure de l'écart entre qualité voulue (par les équipes, les professionnels) et la qualité perçue (par le patient)	Evaluation des Organisations, du travail en équipe, des fonctionnements des Interfaces entre équipes, entre établissements Evaluation de la capacité des équipes à gérer leurs risques, s'interroger sur leurs pratiques, s'évaluer pour sécuriser	Evaluation de la conformité de pratiques à risques (ciblées) pour maintenir ou atteindre un niveau de sécurité, sécuriser ces pratiques

Audit de processus

- Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs.
- Mené selon la logique du « PDCA »*, l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.

* : *Plan Do Check Act / Planifier, Mettre en œuvre, Evaluer, Réagir*

Méthodes	Entretien			Consultation		Observation Entretien
	Patient	Équipe	Gouvernance	Dossier du patient	Autres documents	
Patient traceur	●	●		●		●
Parcours traceur		●		●		●
Traceur ciblé		●	●		●	●
Audit système		●	●		●	

Extrait manuel HAS 2020 certification sanitaire

Audit clinique

- **Définition** : mesurer la qualité d'une pratique à l'aide de critères explicites, objectifs et de comparer les résultats au référentiel
- **Champ d'application** : Prise en charge d'un problème de santé, réalisation d'un acte de soins
- **Réalisation** de l'audit en 6 étapes :
 - Choix du thème et constitution d'un groupe de travail
 - Choix des critères d'évaluation (grille d'audit)
 - Choix de la méthode de mesure : nombre de sélection d'observations, mode de sélection, modalités de recueil des données
 - Recueil des données (à l'aide de la grille) :
 - À partir du dossier patient : recueil rétrospectif
 - En observant les pratiques : recueil prospectif
 - En interrogeant les professionnels : recueil déclaratif
 - Analyse des résultats : identifier et comprendre les écarts entre qualité souhaitée (référentiel) et qualité appliquée (constats)
 - Mise en place d'un plan d'amélioration, puis du suivi de son impact

ACC Audit Clinique Ciblé sur l’organisation de l’annonce

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
OQS 1 Permettre à tous les patients de bénéficier du dispositif d’annonce du cancer.					
1	Quelles que soient les modalités de l’annonce initiale, l’organisation assure à tout patient d’être intégré dans le dispositif d’annonce du cancer.				
OQS2 Favoriser un climat de confiance avec le patient et ses proches.					
2	L’établissement dispose d’un lieu de consultation calme et propice à la qualité des échanges et à la confidentialité.				
3	La présence d’un ou plusieurs proches à la consultation est proposée à chaque patient.				
4	Il existe une procédure de communication systématique du Programme Personnalisé de Soins au patient et au médecin traitant.				
5	Des brochures d’information sont mises à la disposition des patients et de leurs proches.				

OQS3 Appuyer le dispositif d’annonce sur une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.					
6	Les consultations (médicales et paramédicales) dédiées au dispositif d’annonce sont structurées.				
7	Des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont organisées.				
8	Des formations spécifiques à l’écoute et à l’accompagnement sont organisées pour les professionnels impliqués dans le dispositif d’annonce.				
OQS 4 Assurer la coordination et la continuité des soins entre les professionnels concernés.					
9	L’établissement a mis en place un dossier de cancérologie patient précisant les documents indispensables aux consultations médicales d’annonce.				
10	Le dispositif d’annonce établi par l’établissement mentionne les modalités d’information précoce du médecin traitant.				
OQS 5 Suivre et évaluer les éléments du dispositif d’annonce.					
11	Des indicateurs de suivi du dispositif d’annonce sont élaborés et mis en place et donnent lieu à un bilan d’activité annuel.				
12	Une évaluation périodique du dispositif d’annonce par les patients / les médecins traitants est organisée.				

Revue de pertinence

- **Définition** : vérifier qu'une action de soins est justifiée pour un patient au regard des indications
- **Champ d'application** : modalité de PEC, thérapeutique, examen
- **Réalisation** : comme toutes méthodes d'amélioration, comparer une pratique clinique à une démarche optimale, souvent résumée dans un référentiel de pratique.
 - Causes principales de non pertinence à explorer :
 - Organisation des soins : temps d'attente, modalités d'admissions, journée d'hospitalisation...
 - Décision médicale : prescription, thérapeutique utilisée, recours à un avis...
 - Interface patients, familles, acteurs d'aval : information, projet de soins, projet de vie, organisation de la sortie
 - Mise en place d'un plan d'amélioration, puis du suivi de son impact

Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en nutrition parentérale au Centre régional de lutte contre le cancer (CRLCC) de Rennes

M. Som, F. Chelle, E. Vauléon, F. Lebrun, C. Bertrand, R. Thibault

► To cite this version:

M. Som, F. Chelle, E. Vauléon, F. Lebrun, C. Bertrand, et al.. Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en nutrition parentérale au Centre régional de lutte contre le cancer (CRLCC) de Rennes. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, Elsevier Masson, 2016, 30 (3), pp.290-296. 10.1016/j.nupar.2016.08.001 . hal-01451695

Résultats.- 49 dossiers de prescription (46 patients) de NP ont été étudiés. L'indication était pertinente dans seulement 53% des cas. La nutrition entérale avait été tentée ou proposée mais refusée dans 2% des cas. L'évaluation de l'état nutritionnel était réalisée dans 65 % des cas. Dans 39% des cas, les apports énergétiques étaient inadaptés : >35 kcal/kg/jour dans 6% ou <20 kcal/kg/jour dans 33% des cas. L'adjonction de micronutriments était manquante dans 14% des prescriptions. La durée moyenne de la NP était de 10.9±8.8 jours. La surveillance du poids était réalisée dans 31% des cas et la surveillance biologique, incomplète dans 96% des cas.

Conclusion.- La plupart des prescriptions de NP ne respectait pas les recommandations de la SFNEP, notamment parce que le recours à la nutrition entérale et le dépistage de la dénutrition étaient insuffisants.

Ex : Revue de pertinence

NI TROP

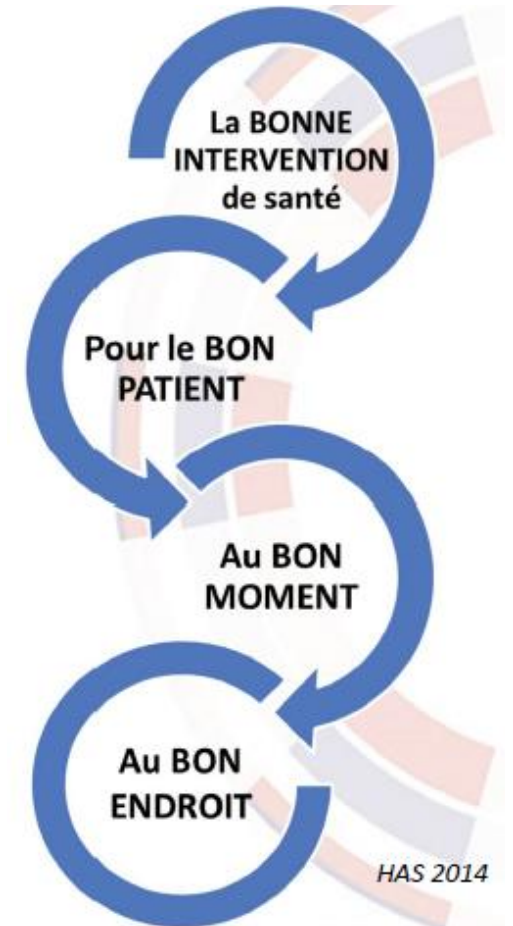
- Intervention inutile ou excessive (gaspillage, superflus, médecine défensive)
- Sur-usage, overuse
- Sur-diagnostic, risques ou effets secondaires ou complications évitables

NI MAL

- Mauvaises indications
- Mésusages, misuse
- Soins inappropriés, non conformes aux standards

NI TROP PEU

- Absence d'intervention,
- Fort risque ou mauvais résultats (médecine défensive)
- Sous-usage, underuse
- Retard de diagnostic, des traitements, valeur en santé
- Perte de chance
- Renoncement aux soins



Admissions, journées d'hospitalisation, transferts, mutations, parcours d'éducation thérapeutique, SSR, recours aux services des urgences, orientation par le Samu ...

Des actes

Indication et réalisation d'un acte chirurgical , de radiologie interventionnelle, d'endoscopie, de kinésithérapie, de télémédecine ...
Les plus nombreux, les plus innovants, les plus à risques, les plus coûteux, variabilité des pratiques ...

Pertinence
des soins ou
soin
approprié

Des
prescriptions
(et
observance)

Des séjours
et des
parcours

Des modes de
prises en
charge

Virage ambulatoire, Hospitalisation de jour, HAD, orientation en SSR, suite d'intervention, maladies chroniques, coordination Ville-Hôpital et continuité d'une prise en charge, intégration des soins primaires et sociaux, Téléconsultation, Récupération améliorée après chirurgie ...

Médecine préventive ou curative
Médicamenteuses, produits de santé, produits sanguins, antibiotique, hors référentiel, examens paracliniques, dispositifs médicaux, contentions physiques, mise en chambre d'isolement, transports sanitaires, régime alimentaire, activité physique ...

Pertinence des soins en quête d'une éthique entre biopouvoir et rétribution au mérite



En replay sur www.ccecqa.fr



© Ccecqa2020

- Directeur de l'Espace de réflexion éthique de Nouvelle-Aquitaine (ERENA) www.espace-ethique-na.fr
- Professeur émérite de neurologie Université de Poitiers
- Doyen honoraire de la faculté de médecine pharmacie de Poitiers

Extraits ...

- *...La pertinence des soins ne surgit pas comme une question préalable dans la relation entre les soignants et soigné : elle est considérée comme un prérequis ou comme une démarche coextensive à l'acte de soins ...*
- *... Sur un plan éthique, la dimension financière de la pertinence n'est pas sans risque si elle est portée par le seul objectif de réduction des coûts ; elle devient incontournable si le but poursuivi est porté aussi par le souci de préserver un système de soins solidaire donc conforme au Bien commun...*
- *... Le pouvoir politique, agissant au nom de la pertinence des soins, peut-il aller jusqu'à prendre parti dans des débats scientifiques non résolus ? ...*
- *... Les programmes d'incitation financière exposent à des tensions éthiques préoccupantes ...*
- *...Viser la pertinence des soins est incontestablement une nécessité vitale pour un système de santé solidaire face à des soins de plus en plus coûteux...*
- *... Un élément clé de la formation à la pratique médicale ...*

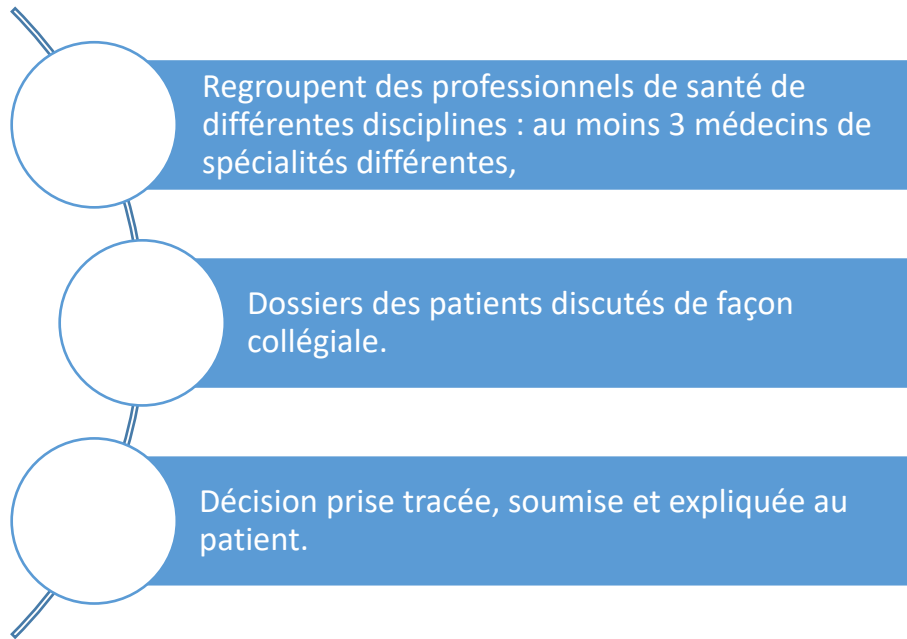
Chemin clinique

- **Modalités :** Dans sa forme la plus aboutie, le chemin clinique se présente sous forme d'un dossier où chaque étape de la prise en charge est décrite en présentant tous les actes à réaliser pour la pathologie concernée. Ce dossier est documenté au fur et à mesure de la prise en charge de chaque patient. Tous les actes contribuant à la prise en charge étant définis à l'avance, il s'agit en général de cases à cocher ou de planification horaire à proposer. Chaque acte doit être signé par la personne qui l'a réalisé, permettant ainsi d'assurer la traçabilité
 - **Objectifs :** planifier le parcours du patient durant sa prise en charge par l'identification des étapes du processus de PEC / en coordonnant les activités des différents professionnels intervenant dans la PEC
- **Intérêts :**
 - Redéfinir les rôles des différents intervenants.
 - Déterminer les résultats attendus des différentes composantes de la prise en charge.
 - Réduire la variabilité des durées de séjour ou des modalités de prise en charge.
 - Optimiser l'utilisation des ressources.
 - Éviter les répétitions inutiles et les oublis.
 - Diminuer les risques d'erreurs.
 - Alléger la charge des professionnels en l'utilisant comme fiche de recueil des données du dossier du patient pour cette prise en charge.
 - Disposer d'outils de communication avec le patient.

Les Staff-EPP

- **Définition** : revue de dossiers de patients dont la prise en charge est analysée collectivement à la lumière de références scientifiques.
- **Organisation** : au niveau d'un pôle, d'un secteur de soins, d'une activité...
- **Réalisation** :
 - Les dossiers sont sélectionnés par rapport à un thème défini
 - Les dossiers sont présentés en séance : sélection explicite de dossiers par l'équipe, qui fait émerger questionnement sur des domaines variés (modalités de PEC, diagnostic, traitement, pronostic, iatrogénie, qualité et efficience des soins...)
 - Une revue de la bibliographie sur le thème est présentée : meilleures références (niveau de preuve) qui permettent d'apporter des réponses aux questions posées + expertise médicale (*EBM Evidence Base Médecine*)
 - Identification des écarts, définition d'action d'amélioration et de suivi : discussion entre professionnels
 - Les réunions font l'objet d'un compte rendu.

Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)



Organisation de la RCP

En oncologie :

- s'impose pour tous les patients
- Se déroule dans un ES, un groupement d'ES,

- Formalisée avec un rythme établi (au moins 2 fois par mois en oncologie)
- 1 coordonnateur,
- 1 secrétariat,
- Traçabilité systématique : décisions, références scientifiques utilisées, essai thérapeutique proposé si besoin, nom du professionnel référent qui assure le suivi de la décision

pour PEC
nique, ...)

Modalités
d'organisation de
la RCP définies par
l'article D. 6124-
131 CSP

Analyse des dossiers

- Présentation de chaque dossier
- PEC définie collectivement
- Evaluation régulière de la pertinence, de l'adéquation des décisions/recommandations
- Concordance proposition thérapeutique /traitement délivré

Avis de la RCP

- Date
- Proposition thérapeutique/alternatives possibles
- Nom et qualification des participants

Suivi d'indicateurs

- **Caractéristiques d'un indicateur de qualité et sécurité des soins**
 - Pertinence. L'indicateur permet :
 - De refléter les critères de bonne pratique d'un processus de PEC
 - D'identifier un potentiel d'amélioration de qualité
 - D'identifier des différences inter-structures ou inter-organisations de PEC
 - Une aide à la décision
 - Validité. L'indicateur a la capacité de bien traduire ce qu'il importe d'analyser et d'évaluer. Il a du sens pour les professionnels (*Mesure-t-on réellement ce qu'on voudrait mesurer*)
 - Fiabilité. Une mesure est considérée comme fiable si elle produit des résultats constants lorsque elle est appliquée de façon répétitive sur un même phénomène (*Obtient-on la même valeur si on reproduit la mesure*)
 - Faisabilité/Acceptabilité du recueil et de la mesure. L'indicateur est :
 - Intégré à l'exercice quotidien du professionnel de santé, peu consommateur de ressources, simple et facile à mettre en place et à utiliser
 - Formulé de manière claire et sans ambiguïté.

De nouveaux indicateurs pour améliorer, tout au long de leur parcours, la qualité et la sécurité des soins des patients atteints d'un cancer de l'ovaire ou d'un adénocarcinome du pancréas

COMMUNIQUÉ DE PRESSE - Mis en ligne le 02 déc. 2021

2 décembre 2021



1. Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose dans un établissement autorisé réalisant un minimum de 20 omentectomies par laparotomie pour cancer de l'ovaire par an
Atteindre > 98 % Alerte < 90 %
2. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection ou une IRM abdomino-pelvienne et un scanner thoracique
3. Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose ayant eu une IRM pelvienne
4. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose ayant eu une coelioscopie d'évaluation pré-thérapeutique
5. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu le premier traitement (chirurgie ou chimiothérapie) dans un délai de moins de 4 semaines à compter de la date de la coelioscopie ou de la biopsie
6. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire ou de la trompe à un stade présumé précoce ayant eu une omentectomie et une lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique
7. Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine de stade avancé ayant eu une chirurgie d'intervalles dans un délai de 3 à 6 semaines après le dernier cycle de chimiothérapie néoadjuvante
8. Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant reçu une première cure de chimiothérapie adjuvante dans un délai inférieur à 6 semaines à compter de la date de chirurgie de cytoréduction
9. Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé et non opérables/résécables d'emblée ayant eu le schéma suivant : 3 à 4 cycles de chimiothérapie néoadjuvante + cytoréduction d'intervalles + 2 à 4 cycles de chimiothérapie adjuvante
10. Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine, ayant eu une complication dans les 30 jours suivant l'acte chirurgical

RMM

Revue de Mortalité et Morbidité (RMM)

La **RMM** (23) permet une analyse collective, rétrospective et systémique d'événements ayant causé un décès, une complication ou qui auraient pu causer un dommage au patient. Elle peut donc tout à fait être utilisée pour analyser une EM.

➔ La RMM est un espace de discussion en équipe pour l'analyse, la mise en œuvre et le suivi d'actions

➔ **Objectif** : Mise en œuvre et suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

➔ Modalités de la RMM en 4 étapes

❶ Présentation du cas (qu'est-il arrivé ?).

Description de l'EM rencontrée et du processus d'administration des médicaments

❷ Recherche et identification du problème de soins (comment est-ce arrivé ?).

Identification, parmi ces pratiques, de celles jugées non optimales, ainsi que les problèmes rencontrés lors du processus d'administration des médicaments.

❸ Recherche de causes et analyse de la récupération (pourquoi est-ce arrivé ?)

Analyse afin de rechercher les facteurs contributifs et les causes, identifier également les actions et les éléments ayant permis d'éviter des dommages chez le patient.

❹ Synthèse et proposition d'un plan d'action (qu'avons-nous appris ? quels changements mettre en œuvre ?)

- proposition d'actions d'amélioration visant à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque (actions préventives) ou à en limiter leurs effets délétères, et leur gravité (actions protectrices),
- suivi et évaluation des actions entreprises.

CREX

Comité de retour d'expérience (CREX)

Le **retour d'expérience** (13,25) est une démarche organisée et systématique de recueil et d'exploitation des signaux que donne un système. Il consiste à apprendre de ce qui se passe et de ce qui s'est passé (performances, erreurs évitées, incidents et accidents) pour mieux maîtriser l'avenir.

➡ Le CREX est une instance de décision et de pilotage

➡ **Objectif** : Il s'agit d'une **démarche collective** où la recherche de l'ensemble des causes, à partir d'une analyse systémique des événements recensés, le choix des actions correctives et la mise en œuvre de ces actions nécessitent une implication forte de l'ensemble des acteurs. Le CREX peut décider de mettre en œuvre une RMM ou une REMED.

➡ Conduire de la démarche en 7 étapes

- ➊ Présentation des événements du mois (Fréquence mensuelle – durée idéale : de 1h15 à 1h30) Écoute et recensement des événements du mois écoulé.
- ➋ Choix collégial par le CREX d'un événement
 - présence obligatoire de chacune des fonctions (médicale, paramédicale, pharmaceutique), (5 à 8 personnes, etc.),
 - choix d'un seul événement pour analyse – recours possible à une analyse de criticité pour étayer le choix (produit de la fréquence par la gravité).
- ➌ Choix d'un pilote (formé à la méthode spécifique Orion®)
- ➍ Présentation par le pilote de l'analyse Orion de l'événement choisi lors du CREX précédent
- ➎ Choix des actions correctives et désignation du responsable de l'action et de son échéance
- ➏ Suivi des actions correctives précédentes
- ➐ Communication

CREX/RMM : quelles différences ?

	RMM	CREX
Évènements concernés	Tous les décès et certains accidents morbides pré-déterminés ou non Possibilité d'analyser tout évènement qui aurait pu causer un dommage	Précurseurs Presque accidents Choix collégial de l'évènement
Participants	Groupe pluridisciplinaire	
	Ensemble de l'équipe médicale + paramédicaux	Personnes impliquées directement ou indirectement dans le processus étudié
Responsable	Un médecin expérimenté, volontaire, formé, impliqué dans le fonctionnement du secteur d'activité et reconnu par ses pairs	Un référent proche du terrain, sensibilisé aux problématiques du service, formé et bénéficiant de la confiance du service, incitant à la déclaration
Méthode	Analyse collective, rétrospective et systémique	
Périodicité	4 à 6 fois par an en fonction du périmètre et de la spécialité	Planning de réunion préétabli à l'année, tous les mois (ou deux mois)
Confidentialité / Traçabilité	Participants soumis au secret professionnel Compte rendu de réunion anonymisé, pas dans le dossier patient, permettant le suivi des actions Bilan annuel	
Communication	Conservation des CR par le responsable de la RMM	Conservation des CR par le responsable du CREX
	Centralisation des bilans et plans d'actions par le coordonnateur des risques pour consolidation des actions engagées à l'échelle de l'établissement	

EIGS 30 questions pour caractériser et analyser un EIAS

- Evènement défavorable pour le patient associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de préventions
- But : quoi, quand, comment, pourquoi, apprendre et non accuser, indemniser, expertiser
- Cet événement est-il lié aux soins ?
- Cet événement est-il grave ?
- Quelles sont les facteurs qui ont facilité la survenue de cet événement ?
- Cet événement est-il évitable ?

Principes d'analyse d'un évènements indésirable associé aux soins modèle de Reason

Des barrières de sécurité contre les risques d'erreurs non fonctionnelles ou qui n'existent pas ou plus

Causes patentes
Ex. Erreur de médicament
Ex. Erreur de voie d'administration
Etc.

Causes latentes
Ex. Allergie non connue du patient
Ex. Absence de coordination entre acteurs
Ex. Insuffisance d'organisation
Ex. Protocole inadapté
Etc.

Accident non intentionnel
résultant de défaillances
dans le système de
management

Définition des
responsabilités, gestion
du personnel ...

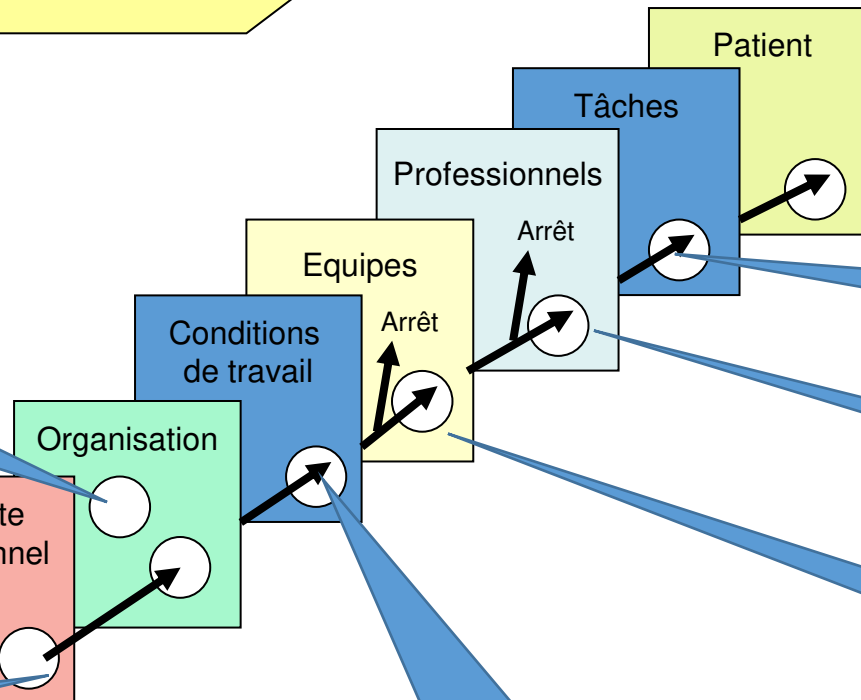
Protocoles, accessibilité à
l'information, planification

Connaissance,
aptitude, échanges

Communication,
collaboration,
supervision ...

Contraintes
financières, culture
qualité / risque

Locaux,
équipements,
charge de travail ...



Questions Réponses

Choix, usages, communication,
suivi

Mise en œuvre d'une EPP

Communiquer

- Choisir les thèmes et définir leurs objectifs
- Faire valider (cohérence institutionnelle entre les différentes approches et les ressources à mobiliser)
- Choisir la méthode d'évaluation en fonction des objectifs (audit clinique, revue de pertinence, chemin clinique,...)
- Identifier les acteurs du projet et leurs rôles
- Planifier et REALISER les EPP
- Restituer et valider les résultats
- Définir les plans d'action d'amélioration
- Faire le suivi des actions et mesurer les résultats

Programme coordonné



Critères de choix de la thématique

- Fréquence de la pathologie ou de la situation clinique de la situation à risque
- Variabilité des pratiques (fréquence des écarts au texte de référence)
- Gravité des écarts au texte de référence (individuel ou collectif), accidents
- Coûts des écarts au texte de référence, seconde victime
- Potentiel d'amélioration des pratiques et des organisations
- Adhésion des professionnels
- Actions correctrices faisables et acceptables
- Existence d'outil d'évaluation, temps dédiés
- Existence de recommandations, de textes de référence, de textes réglementaires, « traduisibles » en outil d'évaluation

Les points de vigilance

- Implication des acteurs identifiés
- Communication sur l'avancement et les progrès
- Conformité à la réglementation
- Ressources et faisabilité
- Nombre d'actions modéré
- Suivi d'actions d'amélioration avec identification du porteur, calendrier
- Suivi des actions et gestion du turn over des équipes
- Intégration dans le PAQSS en lien avec le service qualité
- Valorisation dans les dispositifs d'évaluation externe (certification, accréditation d'équipe, autorisation)
- Communication institutionnelle dont commission des usagers CDU, aux équipes, aux déclarants...
- Communication externe et transparence des résultats

Questions Réponses

Données de santé

Le RGPD : une première en Europe, un pas vers une harmonisation mondiale

- Le RGPD a joué un rôle de catalyseur pour de nombreux pays et régions du globe qui réfléchissent à la manière de moderniser leurs règles en matière de protection de la vie privée.
- Ex : Chili, Corée du Sud, Brésil, Japon, Kenya, Inde, Tunisie, Indonésie, Taïwan, État de Californie,...

Le RGPD ??

Règlement (UE) 2016/679
du Parlement Européen et du Conseil
du 27 avril 2016

relatif à la protection des personnes physiques à l'égard
du traitement des données à caractère personnel
et à la libre circulation de ces données,
abrogeant la directive 95/46/CE
(règlement général sur la protection des données)
RGPD

Le champ d'application du RGPD

- Champ d'application matériel (article 2) : traitement **automatisé ou non automatisé** de données
- Champ d'application territorial (article 3):
 - Traitement dans le cadre des activités **d'un établissement d'un responsable du traitement ou d'un sous-traitant sur le territoire de l'Union**
 - Traitement de données relatives à des **personnes concernées qui se trouvent sur le territoire de l'Union**

Les 3 objectifs du RGPD



Uniformisation des règles
de protection des
données personnelles au
niveau européen



Accroissement des droits
des personnes
concernées par les
traitements de données



Renforcement de la libre
circulation des données
en contrepartie d'une
responsabilisation des
acteurs



Donnée personnelle

Toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, **directement** ou **indirectement**



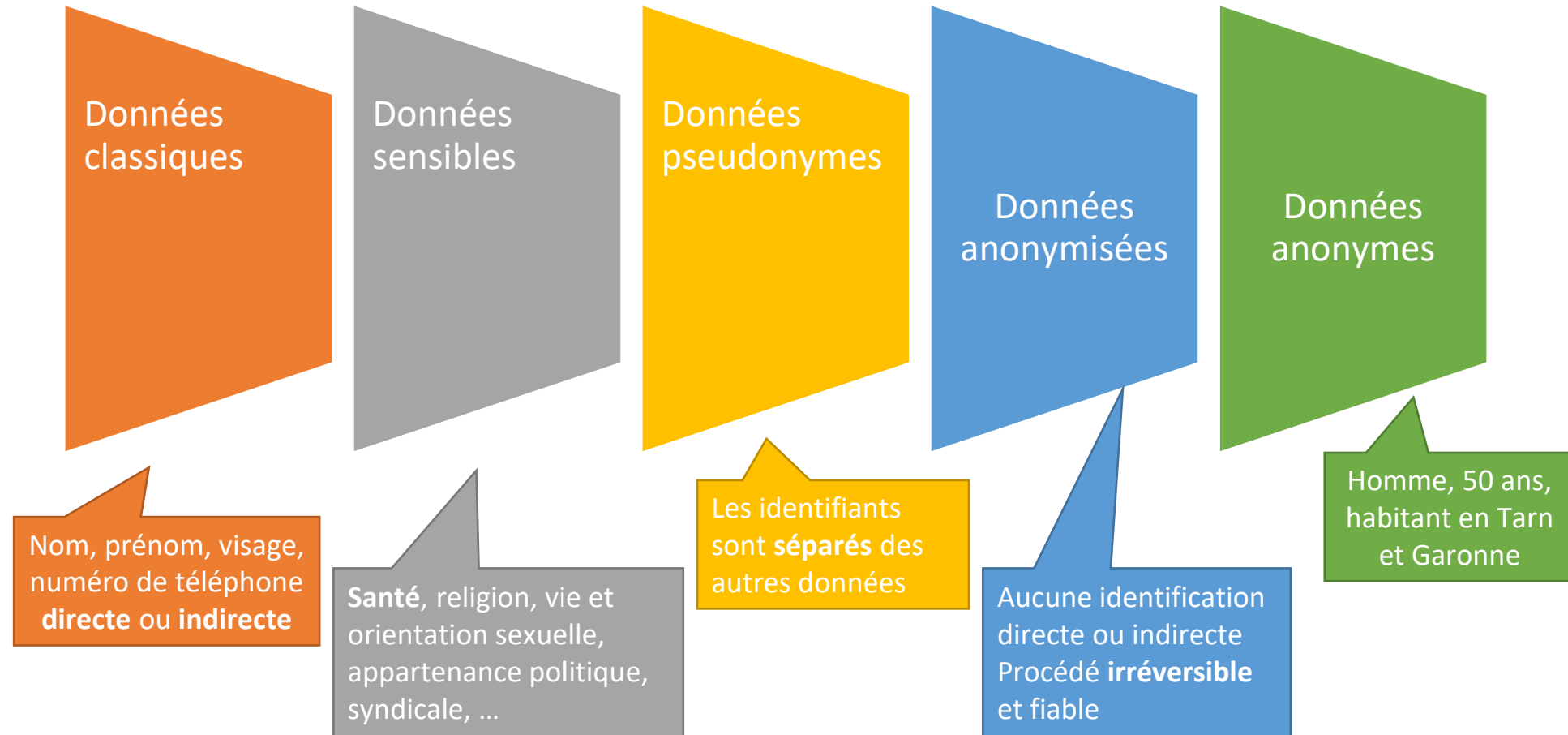
Traitement de données

Toute opération ou ensemble d'opérations automatisés ou non portant sur de telles données quel que soit le procédé utilisé

Donnée à caractère personnel :

- tout ce qui permet d'identifier **directement** ou **indirectement** (ex : par croisement) une **personne physique**.
- les **catégories particulières de données** (données dites « sensibles ») :
 - listées à l'article 9 du RGPD et article 44 de la LIL 4 ;
 - données d'infraction et de condamnation : article 10 du RGPD et article 46 de la LIL4 ;
- les **données à caractère hautement personnel** (non définies par le RGPD) qui, sans être des données « sensibles » sont susceptibles de présenter un risque élevé pour les droits et libertés des personnes (ex : RIB, rémunérations, le NIR, etc.) ;
- les **données anonymisées** ne sont pas des données à caractère personnel.
- les **données pseudonymisées** sont des données à caractère personnel qui ont perdu (un peu) de leur pouvoir identifiant.

Les données



Le principal changement introduit par le RGPD

Le principe d' « accountability »

Changement de paradigme : la cnil ne contrôle plus a priori et les acteurs sont responsables



Fin (presque totale) des formalités préalables



Obligation pour le RT de garantir et démontrer à tout moment sa conformité au RGPD

En pratique ...

- Elaborer un **registre des activités de traitement** ;
- Obligation de conduire des **analyses d'impact** pour les traitements présentant un risque élevé ;
- Assurer l'effectivité de l'**information** à délivrer aux personnes ainsi que l'effectivité de leurs droits ;
- Garantir la **sécurité** des données ;
- Désigner un Délégué à la protection des données (**DPD**) ;
- Mettre en place des **procédures** (exercice des droits, violation de données, création de traitement, etc.) ;
- Gérer la **durée de vie des données**.

l'accountability : être responsable et rendre compte

- Double obligation :
 - **mettre en œuvre** des règles contraignantes, des outils et des bonnes pratiques (dans les domaines techniques et organisationnels) ;
 - **démontrer** l'efficacité des mesures prises.
- **Art 5 du RGPD** : « *le responsable du traitement est **responsable** [du respect des principes relatifs au traitement de données à caractère personnel] et est en mesure de démontrer que ceux-ci sont respectés* ».

A retenir : l'**accountability** oblige les organisations à



- se mettre **seules** en conformité avec le règlement ;
- s'assurer que cette conformité est **constante** ;
- se donner les moyens de le **prouver**.



Données sensibles = collecte interdite



Origine raciale ou
ethnique



Orientations
sexuelles



Convictions
religieuses ou
philosophiques



Opinions
politiques ou
syndicales



Etat de
santé



Données
biométriques



Données
génétiques

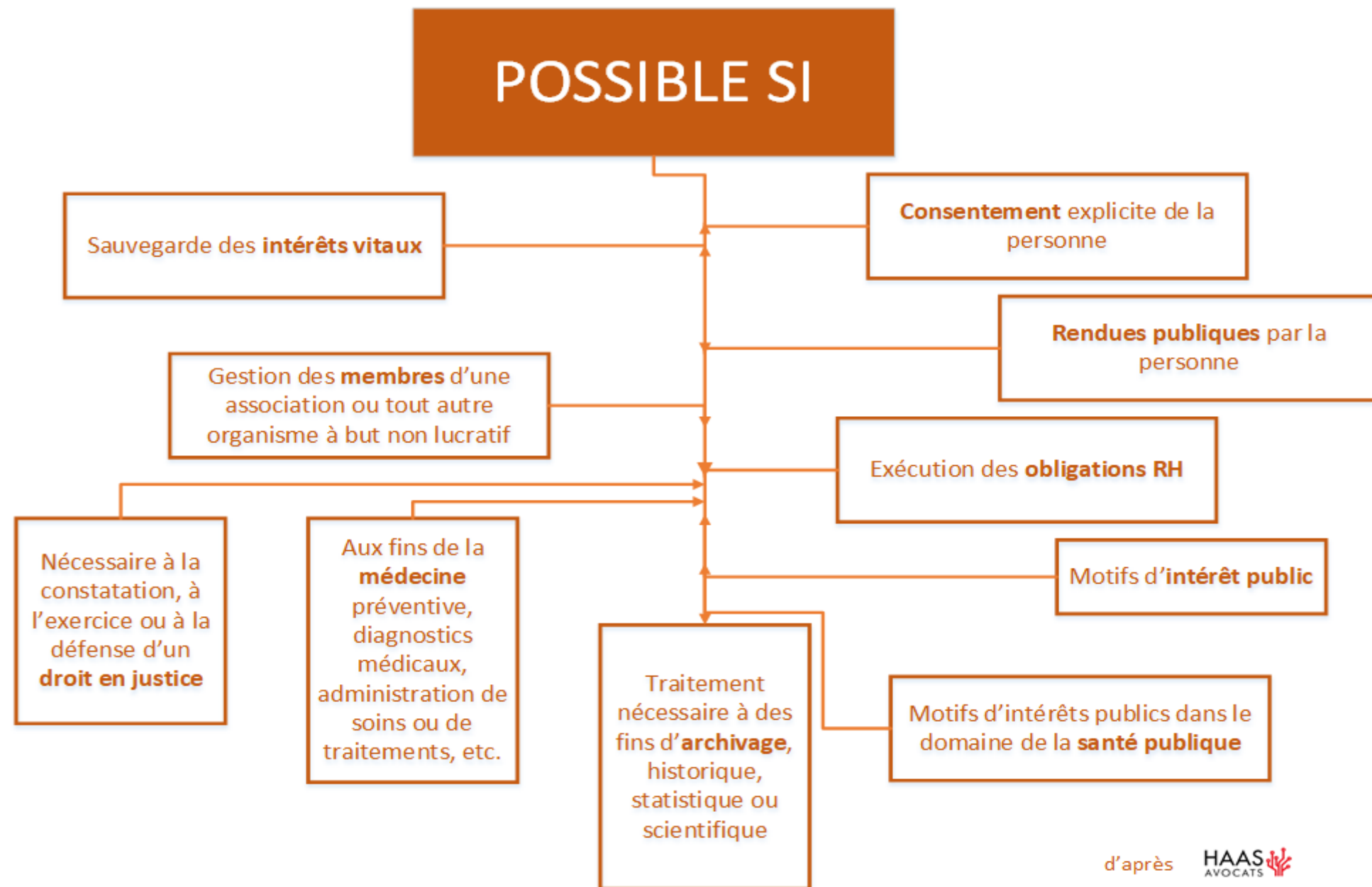


Condamnations
pénales et
infractions

RGPD Article 9

RGPD Article 10

Données sensibles (Art 9) = les exceptions permettant de les traiter



Les outils de la conformité RGPD



La fin des formalités préalables

- Sauf exceptions, il n'y a plus aucune formalité préalable à accomplir à compter de la mise en œuvre du règlement européen
- En contrepartie :
 - Tenue obligatoire d'un **registre des traitements** par le responsable de traitement et le sous-traitant, sauf exceptions (art. 30 règlement UE),
 - Le «**délégué à la protection des données**» devient obligatoire dans certains cas (art. 37 et s. règlement UE)
- ➡ les traitements déclarés avant le 25 mai 2018 doivent être inscrits au registre (mais ne sont pas soumis à PIA avant 3 ans) pour savoir si le traitement a été déclaré consulter le « fichier des fichiers »
<https://www.cnil.fr/fr/les-formalites-prealables-accomplies-aupres-de-la-cnil-avant-le-25-mai-2018>

Les outils de la conformité

- Le **Registre** des traitements.
- Le **Délégué** à la Protection des Données.
- Les **Analyses d'Impact** relatives à la Protection des Données.
- Le **Référentiel** de sécurité.
- La notification des **violations de sécurité**.
- Les lignes directrices du CEPD, les référentiels de la CNIL, les Codes de Conduite.

L'analyse d'impact sur la protection des données : une EPP



Les analyses d'impact relatives à la protection des données personnelles (AIPD-PIA)

Voir infographie CNIL

- Evaluer la **probabilité** et la **gravité** d'un **risque** afin de déterminer les **mesures appropriées** » .
- 2 piliers :
 - **principes et droits fondamentaux**, « non négociables », fixés par la loi. Ils ne peuvent faire l'objet d'aucune modulation, quelles que soient la nature, la gravité et la vraisemblance des risques encourus ;
 - **gestion des risques sur la vie privée** des personnes concernées, qui permet de déterminer les mesures techniques et d'organisation appropriée pour protéger les données personnelles.
- Un PIA contient :
 - une **description du traitement** étudié et de ses finalités,
 - une **évaluation de la nécessité et de la proportionnalité des opérations de traitement** au regard des finalités,
 - une **évaluation des risques pour les droits et libertés** des personnes concernées et les mesures envisagées pour faire face aux risques.

Liste des traitements soumis à l'obligation de réaliser une AIPD

Délibération CNIL du 6/11/2018

Traitements de **données de santé** mis en œuvre par les établissements de santé ou les établissements médico-sociaux pour la prise en charge des personnes.

Traitements portant sur des données génétiques de personnes dites « vulnérables » (patients, employés, enfants, etc.)

Traitements établissant des profils de personnes physiques à des fins de gestion des ressources humaines

Traitements ayant pour finalité de surveiller de manière constante l'activité des employés concernés

Traitements ayant pour finalité la gestion des alertes et des signalements en matière sociale et sanitaire

Traitements ayant pour finalité la gestion des alertes et des signalements en matière professionnelle

Traitements des données de santé nécessaires à la constitution d'un entrepôt de données ou d'un registre

Traitements impliquant le profilage des personnes pouvant aboutir à leur exclusion du bénéfice d'un contrat ou à la suspension voire à la rupture de celui-ci

Liste des traitements soumis à l'obligation de réaliser une AIPD

Délibération CNIL du 6/11/2018

Traitements mutualisés de manquements contractuels constatés, susceptibles d'aboutir à une décision d'exclusion ou de suspension du bénéfice d'un contrat

Traitements de profilage faisant appel à des données provenant de sources externes

Traitements de données de localisation à large échelle

Traitements ayant pour finalité l'accompagnement social ou médico-social des personnes

Traitements de données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique parmi lesquelles figurent des personnes dites « vulnérables » (*élèves, personnes âgées, patients, demandeurs d'asile, etc.*)

Instruction des demandes et gestion des logements sociaux

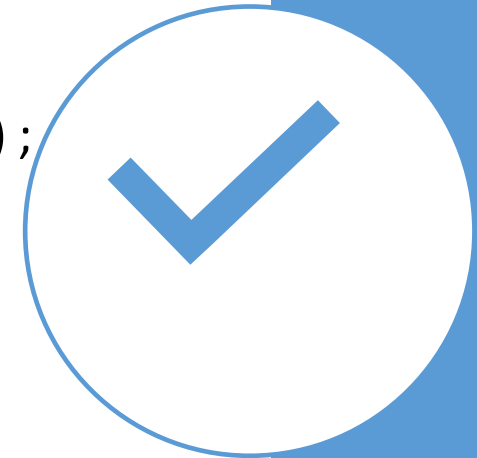
Liste des traitements pour lesquels une AIPD n'est pas requise

Délibération CNIL 2019-118 du 12 septembre 2019

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A84A1F65E584E1FB4BDE8DCCAF42E675.tplgfr27s_3?cidTexte=JORFTEXT000039248939&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000039248459

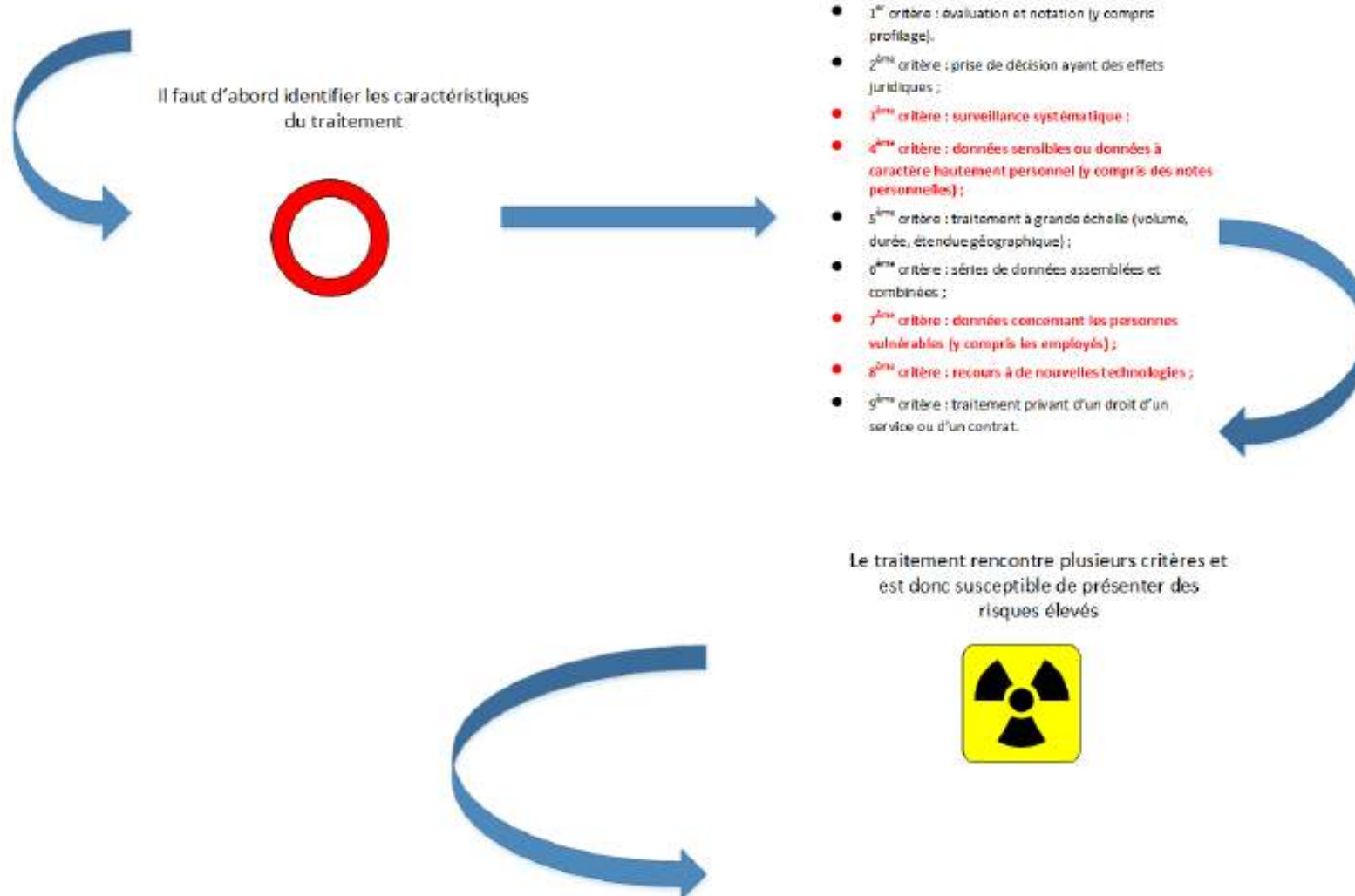
Critères selon le CEPD

- 1^{er} critère : évaluation et notation (y compris profilage).
- 2^{ème} critère : prise de décision ayant des effets juridiques ;
- 3^{ème} critère : surveillance systématique ;
- 4^{ème} critère : données sensibles ou données à caractère hautement personnel ;
- 5^{ème} critère : traitement à grande échelle (volume, durée, étendue géographique) ;
- 6^{ème} critère : séries de données assemblées et combinées ;
- 7^{ème} critère : données concernant les personnes vulnérables (y compris les employés) ;
- 8^{ème} critère : recours à de nouvelles technologies ;
- 9^{ème} critère : traitement privant d'un droit d'un service ou d'un contrat.

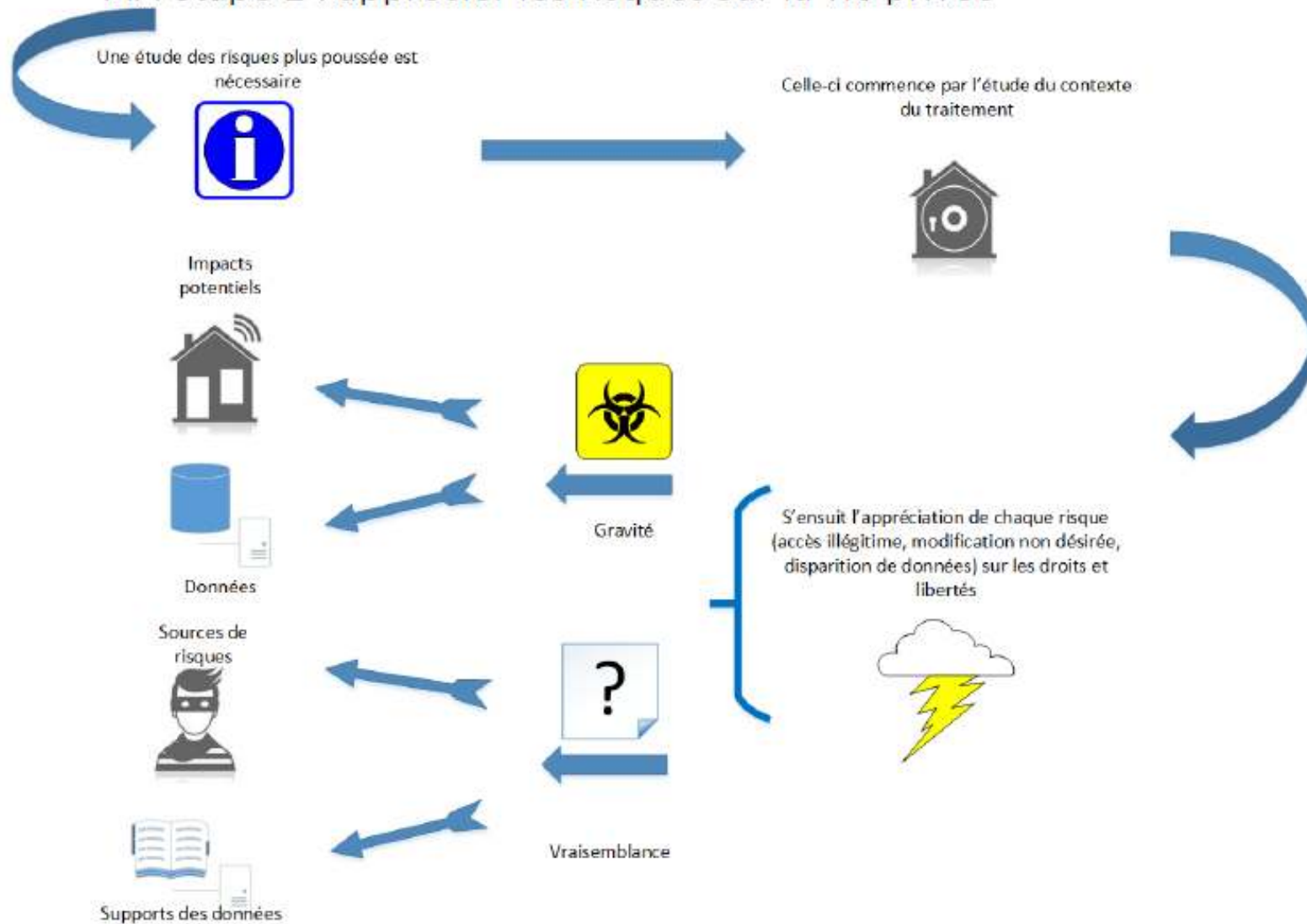


Dès que l'opération répond à **2 critères** une analyse est requise.

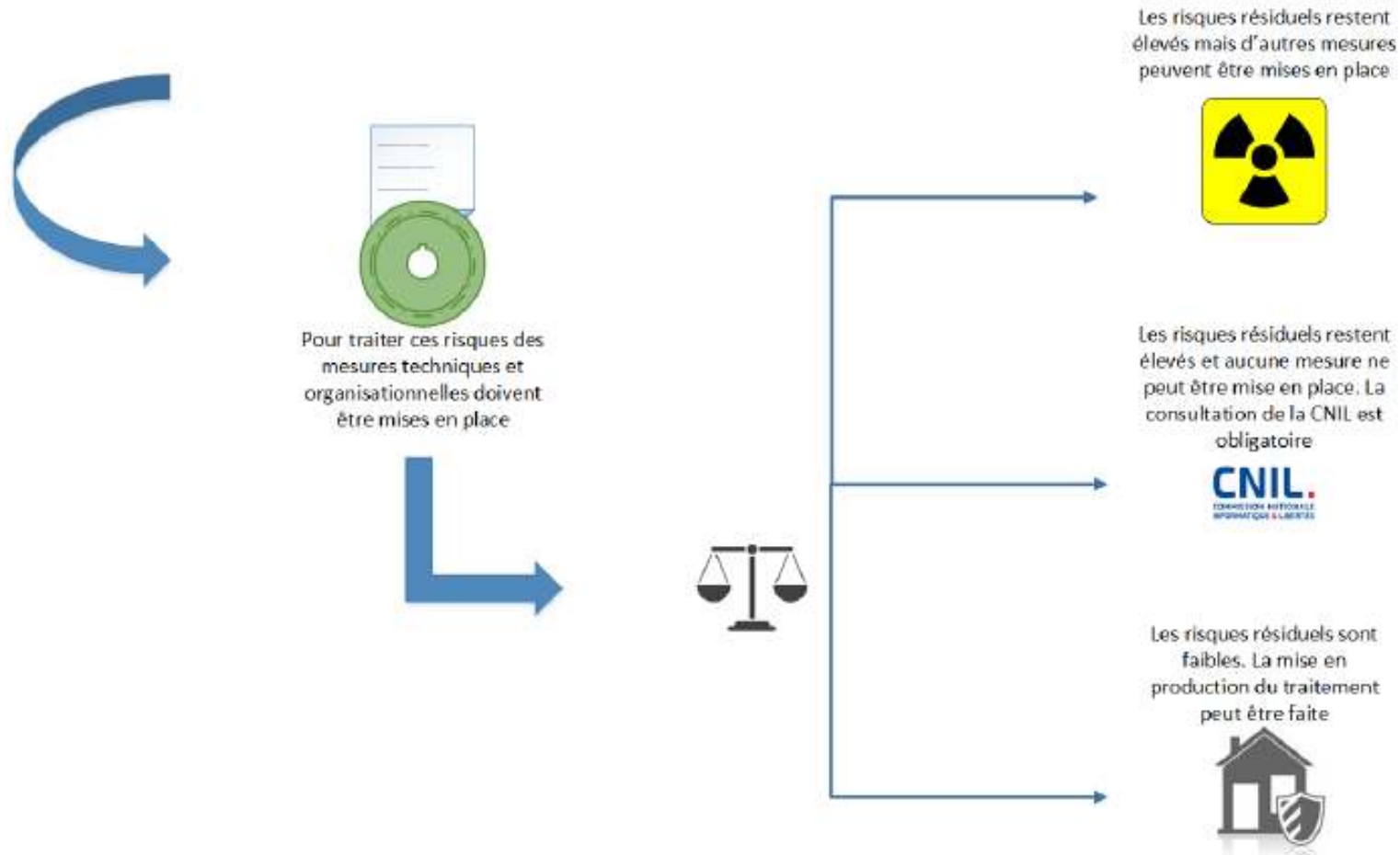
PIA étape 1 : qualifier le traitement



PIA étape 2 : apprécier les risques sur la vie privée



PIA étape 3 : traiter les risques



Les analyses d'impact AIPD - DPIA

- A réserver aux traitements présentant un risque élevé.
- Limiter tant que possible le nombre d'analyses d'impact à réaliser
- Prévoir plutôt en amont d'un projet.
- Choisir un outil simple.

<https://www.cnil.fr/fr/outil-pia-telechargez-et-installez-le-logiciel-de-la-cnil>

Pia | **analyse d'impact sur la protection des données** privacy impact assessment

Annexes

Le DPD est obligatoire ...

Article 37 du RGPD, le DPD est obligatoire :

- lorsque « ***le traitement est effectué par une autorité publique ou un organisme public*** » ce qui englobe « ***les personnes morales de droit privé poursuivant une mission d'intérêt général et financées principalement sur fonds publics*** » (Ordonnance du 23/7/2015 et Article L311-1 du CASF) ;
- « ***les activités de base [...] consistent en des opérations de traitement qui, du fait de leur nature, de leur portée et/ou de leurs finalités, exigent un suivi régulier et systématique à grande échelle des personnes concernées*** »
- « ***les activités de base [...] consistent en un traitement à grande échelle de catégories particulières de données visées à l'article 9*** ».

La CNIL a confirmé cette interprétation.

- par « *grande échelle* » on peut entendre le volume, le territoire ou la durée du traitement (cas du parcours d'un usager).

Le DPD est obligatoire également lorsque des données d'infraction ou de condamnation sont traitées (article 103 LIL)

Questions Réponses

Merci de votre participation

www.ccecqa.fr

Linkedin Ccecqa

catherine.pourin@ccecqa.asso.fr