

Demande d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence Régionale de Santé

INTITULE DU PROGRAMME

« Je gère mon diabète »

Pathologie Concernée

Diabète de type 2

Population concernée

Patients diabétiques de type 2 du canton de St Romain de Colbosc et environs, adressés ou non par leur médecin traitant (ou un autre professionnel de santé), accompagnés ou non de leur entourage.

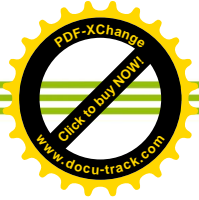
Rappel – Conformément aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du code de la santé publique : « ...Dans le cadre des programmes (d'éducation thérapeutique), ...tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit... ».

Les programmes (d'éducation thérapeutique), ...ne peuvent être élaborés ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé... ».

Lien avec entreprise dans l'élaboration et/ou la mise en œuvre du programme ETP :

- OUI NON





IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

Nom de la structure porteuse : *Maison de Santé Caux Estuaire*

Rue : *RD81 Vieille Route*

Code postal : *76430*

Ville : *St Romain de Colbosc*

Type de structure :

- Association de PS libéraux
- Association de patients
- Assurance maladie (tous régime)
- Centre de santé
- HAD
- Maisons et pôles de santé pluri-disciplinaires
- MCO
- Organismes complémentaires
- Psychiatrie
- Réseaux de santé
- SSR
- Autres : Préciser _____

Nom du représentant légal (directeur de la structure porteuse) :

Dr Dero Dominique & Mme Morfoisse Elisabeth (co-gérants)

Mail : *maisondesantecauxestuaire@gmail.com*

Tél : *02 35 55 43 43*

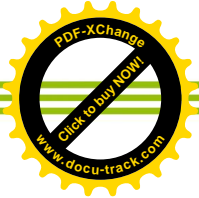
Fax: *02 35 55 19 03*

Nom du responsable ETP au sein de la structure : *Jessica LEMESLE*

Fonction du responsable ETP au sein de la structure : *Diététicienne*

Mail : *jessica.lemesle@hotmail.fr*

Tél : *02 35 55 43 43*



STRUCTURE ACCUEILLANT LE PROGRAMME
Lieux et modalités de mise en œuvre du programme ETP

En structure hospitalière :

- Hospitalisation (jour, semaine, traditionnelle)
- Ville ou consultations externes

Service : _____

En commune :

Lieu 1
*Maison de Santé Caux Estuaire
RD81 Ancienne Vieille Route
76430 St Romain de Colbosc
Salle de Réunion + Cuisine Thérapeutique*

Lieu 2

Statut juridique :

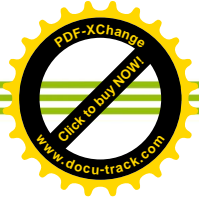
SIREN ou FINESS EJ :

Horaires d'ouverture :

*8h - 20 du Lundi au Vendredi
8h - 12h15 le samedi*

Si le programme comporte plus d'une structure d'accueil, fournir en annexe, pour chaque structure, ces mêmes informations.





PROFIL DU COORDONNATEUR DU PROGRAMME ETP

Nom : *Lemesle*

Prénom : *Jessica*

Tel : *02 35 55 43 43*

Mail : *jessica.lemesle@hotmail.fr*

Formation spécifique ETP

Formation spécifique coordonnateur

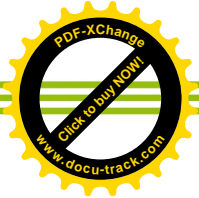
NB : Niveau de formation :

- Niveau 1 : Expert en éducation thérapeutique (formations spécialisées)
- Niveau 2 : Responsable d'éducation thérapeutique (DU de 120 à 200 h)
- x Niveau 3 : Sensibilisation intensive à l'éducation thérapeutique (modules de formation de 30 à 50 h)
- Niveau 4 : Sensibilisation à l'éducation thérapeutique (congrès, enseignements post – universitaires)

- **Fournir la photocopie du ou des documents attestant de ces formations.**

Fonction :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Masseur-kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Cadre de Santé | <input checked="" type="checkbox"/> Diététiciens |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Pharmacien |
| <input type="checkbox"/> Représentant associatif | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Puéricultrice |
| <input type="checkbox"/> IDE | <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____ |



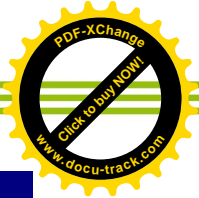
L'EQUIPE

<u>Fonction</u>	<u>Nombre</u>	<u>Niveau de formation ETP</u> (1, 2, 3 ou 4)
<input type="checkbox"/> Assistante sociale		
<input type="checkbox"/> Aide-soignant		
<input type="checkbox"/> Association de patients		
<input type="checkbox"/> Cadre de Santé		
<input checked="" type="checkbox"/> Diététicien(ne)	1	N3
<input type="checkbox"/> Educateur médico-sportif		
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		
<input checked="" type="checkbox"/> IDE	6	5 : N4 1 : N2
<input checked="" type="checkbox"/> Kinésithérapeute	5	2 : N4 2 : N3 1 à former en 2015 (N3)
<input checked="" type="checkbox"/> Médecin	8	6 : N4 2 : N3 2 : à former en 2015 (N3)
<input type="checkbox"/> Orthophoniste		
<input type="checkbox"/> Patient intervenant		
<input checked="" type="checkbox"/> Podologue	1	N4
<input checked="" type="checkbox"/> Pharmacien	1	N4
<input checked="" type="checkbox"/> Psychologue	1	N1
<input type="checkbox"/> Psychomotricien		
<input type="checkbox"/> Puéricultrice		
<input type="checkbox"/> Secrétaire		
<input type="checkbox"/> Autre association		
<input checked="" type="checkbox"/> Autre (Chirurgien dentiste)	1	A former en 2016 (N3)

NB : Niveau de formation :

- Niveau 1 : Expert en éducation thérapeutique (formations spécialisées)
- Niveau 2 : Responsable d'éducation thérapeutique (DU de 120 à 200 h)
- Niveau 3 : Sensibilisation intensive à l'éducation thérapeutique (modules de formation de 30 à 50 h)
- Niveau 4 : Sensibilisation à l'éducation thérapeutique (congrès, enseignements post – universitaires)

• Fournir pour chaque membre de l'équipe ayant des compétences en éducation thérapeutique, la photocopie du ou des documents en attestant.



LE PROGRAMME

Intitulé complet du programme :

« *Je gère mon diabète* »

Pour les programmes dont le coordonnateur est un médecin ou un autre professionnel de santé :

Le programme a-t-il été co-construit avec une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique ?

Oui Non

Si oui, avec quelle association ?

Cette association participera-t-elle au déroulement du programme ?

Oui Non

Pour les programmes dont le coordonnateur est un membre d'une association de patients agréée au titre de l'article L 1114-1 du code de la santé publique :

Le programme a-t-il été co-construit avec une équipe médicale ?

Oui Non

Si oui, avec quelle équipe ?

Cette équipe médicale participera-t-elle au déroulement du programme ?

Oui Non

A quel(s) programmes de santé le programme s'adresse-t-il ?

Au-moins une des 30 affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD 30, cf. liste jointe au cahier des charges)

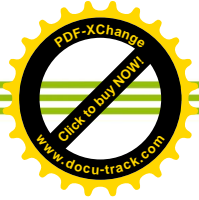
L'asthme et/ou BPCO

Une ou plusieurs maladies rares.

Une priorité régionale Cancer, Diabète, maladies cardiovasculaire et AVK

Autre. Préciser : _____





Quelle est l'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels du programme ?

Le programme d'éducation thérapeutique est-il couplé avec une action d'accompagnement au sens de l'article L 1161-3 ?

oui

Avez-vous développé des stratégies de recrutement spécifiques pour les populations précaires ou vulnérables ? Préciser

Accès gratuit, discours simple, lieu accessible aux personnes à mobilité réduite

Objectifs du programme :

L'objectif de notre programme est de transmettre des savoirs aux patients diabétiques de type 2 pour les aider à mieux gérer leur diabète au quotidien.

La population ciblée par le programme (description, modalités de recrutement)

Patients diabétiques de type 2 du canton de St Romain de Colbosc et environs, adressés ou non par leur médecin traitant (ou un autre professionnel de santé). Le recrutement se fait par les médecins, les paramédicaux ou part le bouche à oreilles. La coordinatrice se charge des inscriptions.

L'entourage du patient est-il pris en compte dans le programme ? Si oui comment ?

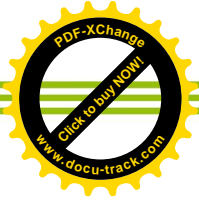
Lors du diagnostic éducatif réalisé par la coordinatrice, celle-ci explique au patient la possibilité et l'intérêt d'être accompagné par une personne de son entourage. Le choix est laissé au patient d'être accompagné ou non.

Quelle articulation avec d'autres programmes d'éducation thérapeutique dans votre établissement ou sur votre territoire ?

Néant au jour d'aujourd'hui, nous envisageons de nous rapprocher du GHH (porteur de l'unité transversale d'ETP - UTEP, qui harmonise l'offre ETP sur le territoire de santé du Havre) en 2015.

Joindre en annexe une description du programme en deux pages maximum, en veillant à ce que l'ensemble des éléments du paragraphe « le programme » du cahier des charges y figurent (suivre le modèle joint « le programme »)

Cf. Annexe 1

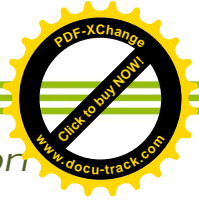


Décrire succinctement quelles modalités de coordination et d'information entre les intervenants au sein du programme sont envisagées.

- ✓ *La coordinatrice met en place un planning avec une session d'ETP, celui-ci est affiché au secrétariat des médecins, et dans les bureaux des paramédicaux afin qu'ils puissent s'inscrire en tant qu'intervenants,*
- ✓ *Les ateliers ont été conçus par des groupes de travail de professionnels de la Maison de Santé. Ils sont évolutifs et session après session chaque binôme peut choisir d'y apporter des modifications selon son ressenti, sans modifier le fond du programme. Ces modifications sont soumises en réunion à la coordinatrice qui évalue leur pertinence.*
- ✓ *Un classeur pour chaque atelier est accessible par tous les professionnels dans la salle de réunion, il contient la fiche pédagogique de l'atelier, une vue du diaporama s'il y en a un, un exemplaire des documents à distribuer ainsi qu'un exemplaire des pré et post test,*
- ✓ *Un temps d'échange entre animateur et coordinatrice est prévu à la fin de chaque atelier afin de recueillir les impressions de chacun, une fiche de liaison entre atelier est complétée afin de créer un lien entre tous les animateurs. La coordinatrice assiste à chaque atelier.*

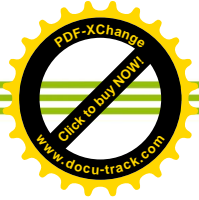
Décrire succinctement quelles modalités de coordination et d'information avec les autres intervenants du parcours de soins du patient sont prévues, notamment son médecin traitant.

- ✓ *Le recrutement des patients se fait par les médicaux ou paramédicaux, ou par le bouche à oreilles, les affiches...*
- ✓ *La coordinatrice contacte les patients intéressés pour procéder à leur inscription,*
- ✓ *Pour chaque inscrit, elle transmet une fiche de liaison (contenant quelques informations sur le patient et les objectifs thérapeutiques envisagés) au médecin traitant qui la complète avant la date du diagnostic éducatif,*
- ✓ *Elle reçoit chaque patient en individuel pour procéder au diagnostic éducatif,*
- ✓ *L'animation des ateliers se fait en binôme (médecin + paramédical), la coordinatrice assiste à chaque atelier, une feuille de présence, un pré et un post test est complété par les*



patients ainsi qu'un questionnaire d'évaluation qualitative de l'atelier.

- ✓ A la fin de la session, la coordinatrice reçoit chaque patient en individuel afin de faire un bilan « à chaud » du programme. Elle reprend avec le patient les réponses données aux questionnaires et pointe pour chaque objectif pédagogique s'il est atteint ou non. En fonction, elle propose lorsque nécessaire, un suivi individuel podologique, diététique et/ou psychologique.
- ✓ La coordinatrice rédige un bilan éducatif pour chaque patient, reprenant la question de synthèse, le bilan du programme et les suggestions de suivi qu'elle adresse au médecin traitant. Lorsque le médecin exerce au sein de la maison de santé, le bilan éducatif est intégré informatiquement au dossier médical partagé du patient.
- ✓ 6 mois après la session, les patients sont convoqués pour un bilan « à froid » en groupe afin de faire le point sur les modifications de leur prise en charge depuis le programme ETP.
- ✓ Une fiche de liaison est à nouveau complétée à 1 an par le médecin traitant. A la vue de l'atteinte des objectifs pédagogiques à 1an, le médecin pourra proposer au patient un suivi individuel ou une reprise éducative (par une participation par exemple à 1 ou plusieurs ateliers du programme).



Joindre en annexe une copie des documents d'information et de consentement du patient lors de son entrée dans le programme.

Décrire selon quelles modalités la confidentialité des données (y compris informatisées, le cas échéant) concernant le patient est assurée et selon quelles modalités son consentement pour l'entrée dans le programme et son consentement pour la transmission des données le concernant seront recueillis.

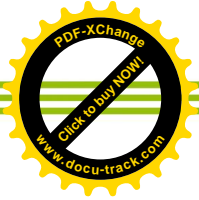
- ✓ *Données informatisées notamment Bilan Educatif protégé par logiciel*
- ✓ *Données papier stockées dans une armoire sous clefs accessible dans une salle fermée par digicode*
- ✓ *Consentement du patient recueilli lors du diagnostic éducatif (Annexe 2 : Consentement du patient)*
- ✓ *Charte de confidentialité remise au patient lors du diagnostic éducatif (Annexe 3 : Chartres d'engagement de confidentialité et de déontologie)*

Le cas échéant, l'exploitation des données individuelles donnera-t-elle lieu à une demande d'autorisation auprès de la CNIL ?

Oui non

Joindre en annexe une copie de la charte d'engagement de confidentialité que devront signer les intervenants.

Joindre en annexe une copie de la charte de déontologie qui sera conclue entre les intervenants.



L'EVALUATION DU PROGRAMME

Décrire selon quelles modalités et sur quel(s) critère(s) sera réalisée l'auto-évaluation annuelle du programme.

Afin de répondre aux auto-évaluations annuelles, nous prévoyons des indicateurs :

- ✓ D'évaluation de l'activité globale :
 - *File active des patients*
 - *Taux de participation des patients*
 - *Nombre de séances réalisées*
 - *Participation des animateurs (équipe pédagogique)*
- ✓ De suivi du déroulement du programme :
 - *Taux de patients ayant bénéficié d'un diagnostic éducatif individuel avant sa participation au programme,*
 - *Taux de patients pour qui la fiche de liaison a été complétée par le médecin traitant,*
 - *Taux de patient ayant eu un bilan individuel à l'issue du programme pour évaluer les progrès réalisés*
 - *Taux de transmission de bilan éducatif de synthèse a minima au médecin traitant du patient*

Décrire selon quelles modalités et sur quel(s) critère(s) sera réalisée l'évaluation quadriennale du programme.

La coordinatrice de l'ETP organisé la mise en œuvre de l'évaluation quadriennale selon 2 axes :

- ✓ *1^{er} axe : reprise des rapports des évaluations annuelles depuis l'autorisation du programme et les actions d'amélioration qui ont été menées (évolution des pratiques professionnelles, création de document,...).*
- ✓ *2^{ème} axe : évaluation des effets du programme (impacts sur la vie quotidienne des patients, apprentissage (connaissances et compétences), changement des pratiques des professionnels,... Pour ce faire, nous organiserons une réunion bilan à 4ans pour les professionnels et pour les patients. Le but est de relever dans le discours de chacun les évolutions perçues.*

LA TRANSPARENCE

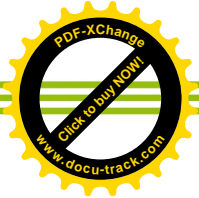
Lister les éventuelles sources de financement du programme en précisant, pour chaque source, le montant du financement.

ENMR



Ateliers	Durée de l'atelier	objectif général de l'atelier (A l'issue de l'atelier, le patient doit être capable de :)	Animateurs
Qu'est ce que le diabète?	1h30	Expliquer sa maladie (mécanisme, évolution, complications)	Médecin Généraliste
			IDE
Le Traitement	1h30	Expliquer l'action de ses médicaments, la conduite à tenir en cas d'hypoglycémie	Médecin généraliste
			IDE
Groupes d'aliments et Equilibre Alimentaire	1h30	Expliquer la composition d'un repas équilibré	Médecin généraliste
			Diététicienne
Bouger au Quotidien	1h30	Citer des exemples d'activité physique, expliquer la différence entre sport et activité physique	Médecin Généraliste
			Masseur Kinésithérapeute
Le Pied Diabétique	1h30	Expliquer pourquoi et comment surveiller ses pieds	Médecin généraliste
			Pédicure Podologue
Atelier cuisine	1h30	Faire l'expérience qu'un repas équilibré peut être convivial et agréable	Diététicienne
Dimension psychologique du diabète	1h30	Exprimer son ressenti par rapport à la maladie, notamment vis-à-vis de son entourage	Psychologue





Maison de Santé Caux Estuaire

Madame, Monsieur,



Les médecins et soignants de la Maison de Santé Caux Estuaire conduisent un **programme d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques de type 2**.

L'éducation thérapeutique vise à vous accompagner dans la gestion de votre diabète, en vous aidant à acquérir des compétences de soin, à vous adapter aux contraintes de la maladie et à vous mettre en sécurité par rapport au risque de complications.

L'inscription dans le programme se fait avec l'accord de votre médecin traitant.

Après avoir défini avec vous les objectifs personnalisés du programme, des séances éducatives (connaissance de la maladie, du traitement, soins des pieds, diététique, exercice physique) vous sont présentées. A l'issue du programme, un suivi plus personnalisé pourra vous être proposé.

Vous conserverez le libre choix de votre médecin et de vos soignants.

Aucune participation financière ne vous sera demandée pour suivre ce programme, à l'exception d'une participation à l'achat des denrées pour l'atelier de cuisine (5€/personne).

Toutes les informations personnelles vous concernant seront conservées avec la même confidentialité que pour votre dossier médical.

Nous avons besoin de recueillir votre consentement à participer à ce programme :

Je soussigné consens à participer au programme d'éducation thérapeutique pour mon diabète, qui m'est proposé par les professionnels de santé de la Maison de Santé Caux Estuaire.

Signature





Maison de Santé Caux Estuaire



Chartres d'engagement de confidentialité et de déontologie

Les éducateurs et les intervenants du programme d'éducation thérapeutique de la Maison de Santé Caux Estuaire, s'engagent à respecter la confidentialité des informations concernant le patient et son entourage auxquelles ils auront accès au cours de sa prise en charge. Avec l'accord du patient l'équipe d'éducateurs peut partager ces informations qui resteront confidentielles (Médecin Traitant, Infirmières, Kinésithérapeute,...).

Les professionnels de santé s'engagent à respecter le secret professionnel, selon leur code de déontologie. Tous s'engagent à œuvrer dans l'intérêt du patient et de son entourage, en dehors de toute discrimination. Ils respectent le choix des patients et les tiennent constamment informés de l'évolution du programme d'Éducation Thérapeutique.

Remis au patient le :

Noms et signatures des intervenants

Goulart (ma) Lefevre C Julien C (NK) DE OLIVIERE Aïse (Biologue)
 MARGUERITE EAE) LE BRET G (TK) FRANCIS Thierry (MG)
 HOUÏGNE Claudia (Psychologue) LENAIRE C. (NK)
 HANRIX Pierre JEROME JL
 JERO D...ique (AG) DOMINIQUE
 SPADIER J. Del F. Sautier
 Nom et prénom du patient : B. S...