

PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT ATTEINT DE TUBERCULOSE

La demande d'autorisation
à l'Agence Régionale de Santé
(A.R.S.)



CLAT 29



CLAT 28

L'éducation thérapeutique du Patient (ETP) *

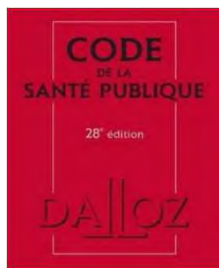
Processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d' **actions intégrées au projet de soins.**

But: rendre le malade **plus autonome** par **l'appropriation de savoirs et de compétences** afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement.

* SAOUT C., CHARBONNEL B., BERTRAND D. *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient.* Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Paris, septembre 2008, 165p.

L'ETP permet d'améliorer la qualité de suivi des patients en TM et en ITL mais aussi l'efficacité de la prise en charge

- ➔ Comprendre sa maladie et le traitement de longue durée (initiation ou modification)
 - ➔ Coopérer avec les soignants
 - ➔ Disposer d'une qualité de vie acceptable
 - ➔ Prendre en charge son état de santé
 - ➔ Acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie
-
- ➔ **Santé publique: limiter l'apparition de MDR**



Conformément à...

Première partie: **Protection générale de la santé**
Livre 1: **Protection des personnes en matière de santé**

Titre VI: Education thérapeutique du patient

Chapitre 1^{er}: dispositions générales

Article L1161-2

• Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 84](#) (*hôpital Patient Santé Territoire*)

« Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont **conformes à un cahier des charges national** dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par **arrêté** du ministre chargé de la santé.



Ces programmes sont **mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé**. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Ces programmes sont **évalués par la Haute Autorité de santé**. »



Conformément à...

Première partie: **Protection générale de la santé**
Livre 1: **Protection des personnes en matière de santé**

Titre VI: Education thérapeutique du patient Chapitre 1^{er}: dispositions générales

Article L1161-1 et L161-4

Relatifs aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration des programmes et leur mise en œuvre.

Article L1161-3

Définit les obligations relatives à la composition et aux compétences de l'équipe du programme d'éducation thérapeutique.



Conformément à...

Première partie: **Protection générale de la santé**
Livre 1: **Protection des personnes en matière de santé**

Titre VI: Education thérapeutique du patient Chapitre 1^{er}: dispositions générales

- La décision d'autorisation est **valable pour 4 ans**.
- Une décision d'autorisation ARS ne vaut pas accord de financement.
- Disposition pénale:
Art.L. 1162-1.-Est puni de 30 000 € d'amende le fait de mettre en œuvre un programme sans une autorisation prévue aux articles L. 1161-2 et L. 1161-5.



Ce qu'il faut présenter à l'ARS



Avant la rédaction du dossier:

Il est conseillé de prendre contact avec l'ARS



⇒ Le CLAT identifie ainsi le référent ETP de l'ARS

(sa fonction, ses attentes, l'estimation des bénéficiaires du programme).

⇒ Cet entretien permettra de remplir le dossier en portant une attention aux attentes de l'ARS (dossier téléchargeable sur site internet des ARS)



Ce qu'il faut présenter à l'ARS



Ce que demande l'ARS

Dossier ARS

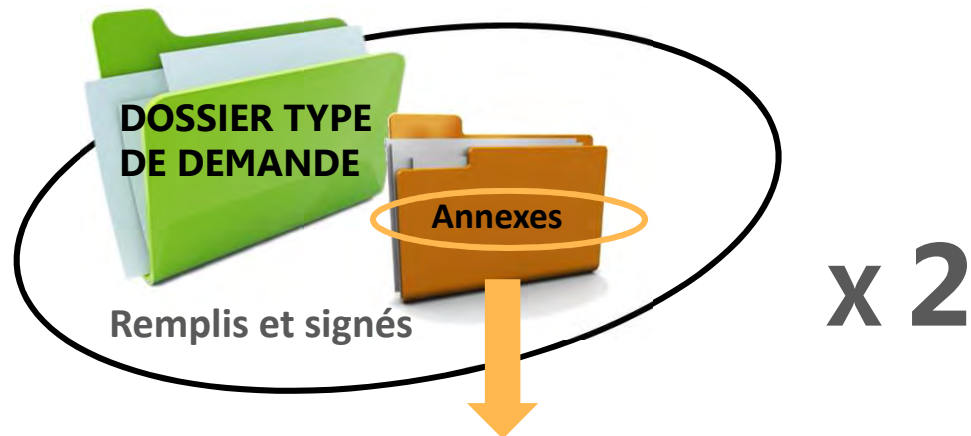
Arrêté du 14 janvier 2015- art.5

**CAHIER DES CHARGES D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT**

Point de développement apporté par le groupe ETP du RNLAT



Ce qu'il faut présenter à l'ARS



- ⊗ Copie des documents attestant des compétences pour chaque intervenant, en éducation thérapeutique du patient (nombre d'heures d'heures, contenu de la formation).
- ⊗ Description du programme
- ⊗ Document d'information donné au patient lors de son entrée dans le programme
- ⊗ Modèles de courriers au médecin traitant
- ⊗ Charte d'engagement signée par les intervenants (voir modèle de l'ARS)



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Renseignements généraux

Structure porteuse du programme

Nom/Raison sociale:.....

Adresse du siège social :.....

Statut juridique :.....

N°FINESS EJ ou SIREN :.....

Représentant légal de la structure (nom / prénom / fonction) :.....

Courriel/Téléphone du correspondant de la structure :.....



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Renseignements généraux

Identification du programme d'ETP

Intitulé : Programme d'ETP atteint de tuberculose-maladie et/ou d'ITL
au sein de la structure du CLAT...

Le programme est-il réalisé ?

- en ambulatoire au cours d'hospitalisation les deux



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques

EQUIPE

PROGRAMME

COORDINATION

**CONFIDENTIALITE
DEONTOLOGIE**

EVALUATION

TRANSPARENCE



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques

EQUIPE

PROGRAMME

COORDINATION

CONFIDENTIALITE
DEONTOLOGIE

EVALUATION

TRANSPARENCE

Rappel Code Santé Publique- Article R1161-3

Créé par [Décret n°2010-904 du 2 août 2010 - art. 1](#)

« Les programmes d'éducation thérapeutique du patient mentionnés aux [articles L. 1161-2 à L. 1161-4](#) sont coordonnés par **un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients** agréée au titre de [l'article L. 1114-1](#).

Un programme doit être mis en œuvre par **au moins deux professionnels de santé** de professions différentes [...]

Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, **l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin.** »



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques



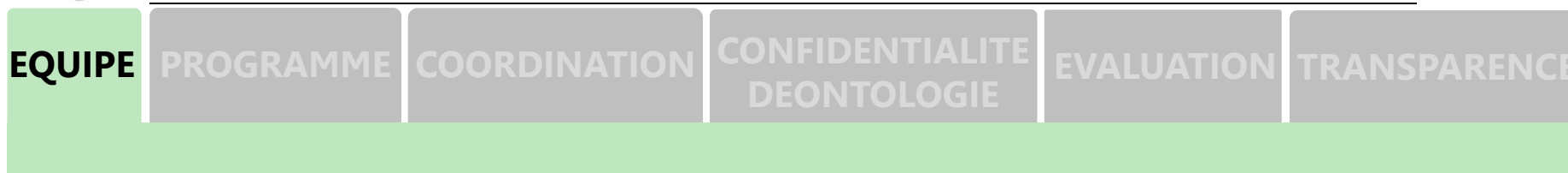
Le coordonnateur du programme :

- Nom – Prénom :.....
- Adresse professionnelle :.....
- Fonction :.....
- Courriel :.....
- Organisme d'appartenance (en préciser le statut juridique) :.....
- Niveau de formation en ETP du coordonnateur du programme :.....
- Formation spécifique à la coordination d'un programme : Oui Non



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques



L'équipe (dont le coordonnateur) :

Joindre en **annexe** une copie des documents attestant des compétences en éducation thérapeutique du patient précisant le nombre d'heures et le contenu de la formation.

| Nom / Prénom | Structure d'appartenance | Catégorie des membres * | Rôle dans le programme ** <i>(sur quelle séance)</i> | Formation d'au moins 40 heures <i>(OUI/NON)</i> | Expérience d'au moins 2 ans dans un programme autorisé <i>(OUI/NON)</i> |
|--------------|--------------------------|-------------------------|---|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

L'équipe comporte-t-elle un ou plusieurs patients intervenant dans la mise en œuvre du programme ? : Oui Non



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques



Population cible du programme :

- A quels types de patients le programme s'adresse-t-il ? :
- De quelle ALD ou problèmes de santé ces patients relèvent-ils ? : Au moins une des 29 affections de longue durée exonérant du ticket modérateur, préciser le (les) ALD concernée(s) :
- D'un autre problème de santé (dont priorité régionale) :
- Profil du public accueilli :
 - Enfants (0 à 16 ans)
 - Adultes (17 à 65 ans)
 - Personnes âgées (> 65 ans)
- Quelle est l'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels du programme par an :

A noter: la file active des patients nécessaire à l'ouverture d'un programme ETP tuberculose est définie par les ARS et varie selon les territoires



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques



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.114-1 du code de santé publique ?
 Oui Non

Si oui, avec quelle association ?

Cette association participe-t-elle à la mise en œuvre du programme ?
 Oui Non

La participation d'un ou de patients au programme est-elle prévue ?
 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 ?

Participe-t-elle à la mise en œuvre du programme ?



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques



Type d'offre proposé :

- INITIALE : qui suit l'annonce de la maladie chronique ou proposée à un patient qui n'en a jamais bénéficié au cours de sa maladie.
- REGULIER : en complément du suivi médical, une à deux fois par an par exemple.
- SUIVI APPROFONDI : reprise en cas de difficultés à acquérir une compétence.

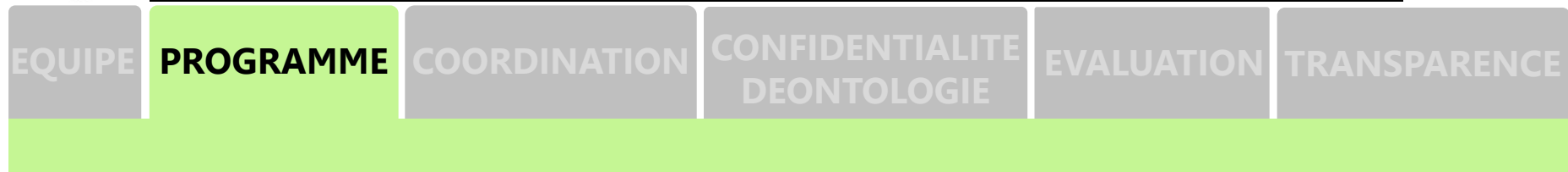
Le programme est-il réalisé ?

- En ambulatoire au cours d'hospitalisation les deux



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques



Au regard de l'offre d'ETP :

Comment le programme s'inscrit-il sur le territoire (partenariat, mutualisation, diffusion ...) ?

Voir  : **Intérêt de développer un programme d'ETP au sein du CLAT**

Le programme est-il mis en œuvre sur plusieurs lieux (par l'équipe décrite précédemment) ?

Oui Non

Si oui, précisez les lieux de mise en œuvre (structures, communes) et conditions d'intervention (intervenants, conventions, locaux ...).

Joindre en annexe le **Descriptif du programme**





Intérêt de développer un programme ETP au sein du CLAT

Un CLAT doit mettre en avant ses spécificités de territoire et de missions

Quelques pistes:

- Présentation du CLAT (équivalent temps plein, tutelle, spécificité du CLAT et ses autres missions)
- Epidémiologie locale (nombre de DO, TM, ITL <15 ans), activités, multi-résistance, problèmes rencontrés (trouble de l'observance, perdus de vue)
- Recommandations mondiales et nationales (plus value par rapport à la DOTS, fait partie des 6 axes du programme nationale de 2007-2009)
- Définir l'infection qui sera intégrée au programme (TM/ITL)

Exemple



Proposition de PLAN

- **INTRODUCTION**
- **LE CADRE**
- **LE DEROULEMENT DU PROGRAMME**
 - le recrutement
 - l'entretien initial
 - la description des séances
 - l'entretien d'évaluation
 - le réseau avec les partenaires

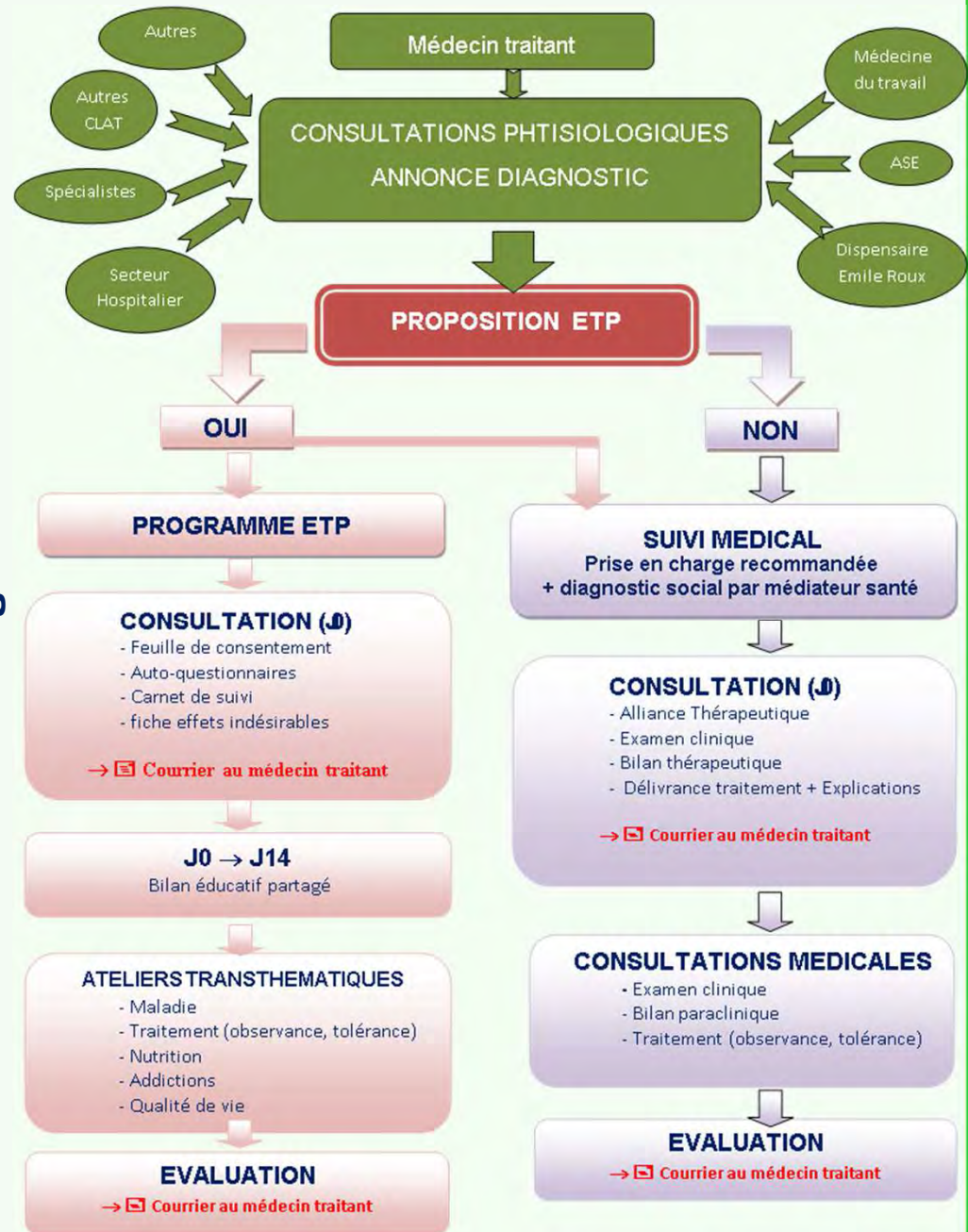


Descriptif du programme

Exemple



ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ETP TUBERCULOSE MALADIE (TM)





Exemple



Algorithme de prise en charge 1/3

T0 (J0)

DIAGNOSTIC DE TUBERCULOSE

- Patient hospitalisé
- Mise en route du traitement par médecin hospitalier
- Déclaration obligatoire de tuberculose envoyée à l'ARS
- TRANSMISSION DE LA DO AU CLAT (Centre de Lutte Antituberculeuse)



T1 (J+1 à 8 jours)

DECLENCHEMENT DE LA VISITE D'ENTOURAGE

- 1^{er} contact de l'infirmière du CLAT avec le patient
⇒ DEBUT DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE
Visite à l'hôpital (ou à domicile si patient non hospitalisé)
Recueil de données :
- Prise de connaissance du traitement
 - Anamnèse du patient
 - Recueil des symptômes liés à la tuberculose
 - Si signalement téléphonique directement au CLAT vérifier si DO faite et envoyée à l'ARS
 - Voir si demande ALD faite
 - Vérification de la couverture sociale (possibilité de remise du traitement par le CLAT si non assuré)
 - Recensement des sujets contacts



Exemple



Algorithme de prise en charge 2/3

DEMARCHE EDUCATIVE AUPRES DU PATIENT

- Présentation du parcours d'Education Thérapeutique
- Proposition du programmé éducatif
- Consentement et signature des chartes d'engagement
- Evaluation du contexte socio-psychologique du patient et de son entourage pour prise en charge du traitement
- Reprise des informations sur l'importance de l'observance et de la compliance au traitement
- Information sur la maladie
- Reprise de l'informations sur la contagiosité
- Diagnostic éducatif
- Compétence du patient pour la compréhension de sa maladie et du traitement (également pour la durée de traitement et sa prise en charge).

EVALUATIONS

- Clinique
- Pédagogique
- Psychosocial



T2 (j+ 1 mois)

Séance éducative durant l'hospitalisation ou au moment de la sortie et en collaboration avec l'équipe soignante hospitalière.

Vérification de la compréhension :

- De la maladie
- De l'importance du traitement
- Des capacités d'observance

Vérifier les coordonnées du patient

Prendre le 1^{er} rendez-vous extérieur



Exemple



Algorithme de prise en charge 3/3

T3 (J+2 mois)

Séance éducative au domicile, au dispensaire ou lors d'une consultation médicale.

Vérifier :

- si examen de contrôles effectués
- traitement toujours bien pris
- prescriptions respectées
- évolution des symptômes



T4 (J+3 à 6 mois)

EDUCATION DE RENFORCEMENT ET DE SUIVI

En complément de consultations médicales ou alternance de ces consultations :

- Voir les facteurs de vulnérabilité
- Vérifier si les prescriptions sont toujours bien comprises (en particulier lors de changement (4 à 2 antituberculeux)
- Vérifier l'observance
- Voir respect du suivi et des rendez-vous médicaux
- Evolution des symptômes
- Reprendre les compétences non acquises



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques



La Coordination doit se faire :



En interne : entre les intervenants au sein du programme



En externe : avec les partenaires extérieurs (médecin traitant...)



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques



Décrire les modalités de coordination et d'information entre les intervenants au sein du programme:

- Les données administratives, médicales et éducatives du dossier ETP sont consignées dans un **dossier patient** forme **papier**, souvent crée par l'équipe, et pour beaucoup **informatisé**.

Ce dossier permet de faciliter la coordination et l'information au sein de l'équipe.

- Le **bilan éducatif partagé**  (anciennement « **Diagnostic éducatif** ») rempli lors de la consultation initiale, est inclus dans le dossier du patient est consultable par l'ensemble des intervenants.

- Le **livret de suivi** est remis au patient et optimise son suivi. 

- La **grille des compétences** permet à l'équipe de valider les acquis des patients. 



Bilan éducatif partagé

Exemple

FICHE DE BILAN EDUCATIF PARTAGE TUBERCULOSE

TM

ITL



DATE : NOM/PRENOM :

DDN : CP : NATIONALITE :

PROVENANCE :

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> SPONTANE | <input type="checkbox"/> CADA | <input type="checkbox"/> PMI | <input type="checkbox"/> CHU |
| <input type="checkbox"/> MEDECIN TRAITANT | <input type="checkbox"/> MEDECIN HOSPITALIER | <input type="checkbox"/> PRIMO-ARRIVANT | <input type="checkbox"/> RELAIS SANTE |
| <input type="checkbox"/> MEDECINE DU TRAVAIL | <input type="checkbox"/> SPECIALISTE LIBERAL | <input type="checkbox"/> SOLIDARITE SANTE 63 | <input type="checkbox"/> ERGM |
| <input type="checkbox"/> OFII | <input type="checkbox"/> AUTRE CLAT | <input type="checkbox"/> CE/CLER | <input type="checkbox"/> PROF. EXPOSEES |
| | | | <input type="checkbox"/> AUTRE |

PROPHYLAXIE :

DIMENSION SOCIO-PROFESSIONNELLE

■ **Situation familiale :**
Nombre de personnes vivant dans le foyer dont enfants

■ **Catégorie socio-professionnelle :**

Actif secteur 1 Actif secteur 2 Actif secteur 3
 Bénéficiaire du rSa En formation Etudiant
 Invalidité – AAH Retraité Inactif
 En recherche d'emploi

■ **Niveau d'études :**

Niveau I Niveau II Niveau III Niveau IV
 Niveau V Niveau V Bis

■ **Couverture sociale :**

Sécurité sociale CMU AME PEC PASS
 Sans Autres
 Complémentaire oui non

■ **EPICES :** Isolement relationnel

■ **Personnes ressources :**

DIMENSION BIO-CLINIQUE

Poids : kg Taille : m IMC :

Contraception : oui non

■ **Antécédents médicaux :**

SIDA Diabète Silicose Tuberculose
 Insuffisance rénale chronique , Hémodialyse Dénutrition
 BW HEP B HEP C Déficit immunitaire
 Leucémie Lymphome Cancer

■ **Antécédents chirurgicaux :**

Greffe d'organe solide Gastrectomie
 Anastomose iléo-jéjunale

■ **Traitement :**

Anti TNF Corticoïdes Chimiothérapie Antipileptiques
 AVK Traitements antirétroviraux Digitaliques
 Immunosuppresseurs

INDICATEURS DE VULNERABILITE

Tabac : oui non Alcool : oui non Cannabis : oui non
 Autres : oui non
 Maîtrise du français : oui non
 > 60 ans



Coordination

Exemple

Bilan éducatif partagé

1/2



Document n° :

Date de l'entretien :

DIAGNOSTIC EDUCATIF DU PATIENT DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT DE TUBERCULOSE.

| | |
|---|---|
| Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Adresse : _____ Tél. : _____ Pays d'origine : _____ | Activité professionnelle : _____ Couverture sociale : AFFILIE CPAM <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> MUTUELLE <input type="checkbox"/> Demande ALD faite : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Traitement à remettre par le CLAT : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| INDICATEURS DE VULNERABILITE : Maîtrise de la langue française : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Nécessité d'un interprète: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Vit en foyer : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SDF OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Nomade : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Addictions : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> si oui lesquelles : _____ | |
| DATE DU DIAGNOSTIC : _____ LOCALISATION DE LA TUBERCULOSE : _____ NATURE DES PRELEVEMENTS : ED+ : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> CULTURES+ : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ANTIBIOGRAMME : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI RESISTANCE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI A QUEL(S) ANTIBIOTIQUE(S) : _____ RESULTATS THORAX : _____ RESULTATS SCANNER : _____ VACCINATION BCG CONNUE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> IDR : _____ | |



Coordination

Exemple

Bilan éducatif partagé

2/2



FEUILLE D'EVALUATION ET DE SUIVI EDUCATIF DU TRAITEMENT

| TRAITEMENT | POSOLOGIE | HORAIRE DES PRISES | EFFETS SECONDAIRES | OBSERVANCE | |
|--|-----------|--------------------|--|------------|----------|
| | | | | Déclarée | Observée |
| Date de mise en route / / > RIMIFON > RIFADINE > PIRILENE > ETHAMBUTOL Autres : > | | | Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Troubles de la vision <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires <input type="checkbox"/> Douleurs épigastriques <input type="checkbox"/> Urines colorées <input type="checkbox"/> Erythème <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> | | |

| ORGANISATION DES RENDEZ-VOUS | | | | | | | |
|------------------------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|------------------|-----|
| MEDECIN | | LABORATOIRE | | DISPENSARE | | HOSPITALISATIONS | |
| DATE | / / | DATE | / / | DATE | / / | DATE | / / |
| Observations | | Observations | | Observations | | Observations | |

POIDS :

Communication avec l'entourage : (Expliquer, rassurer, remise de documents)

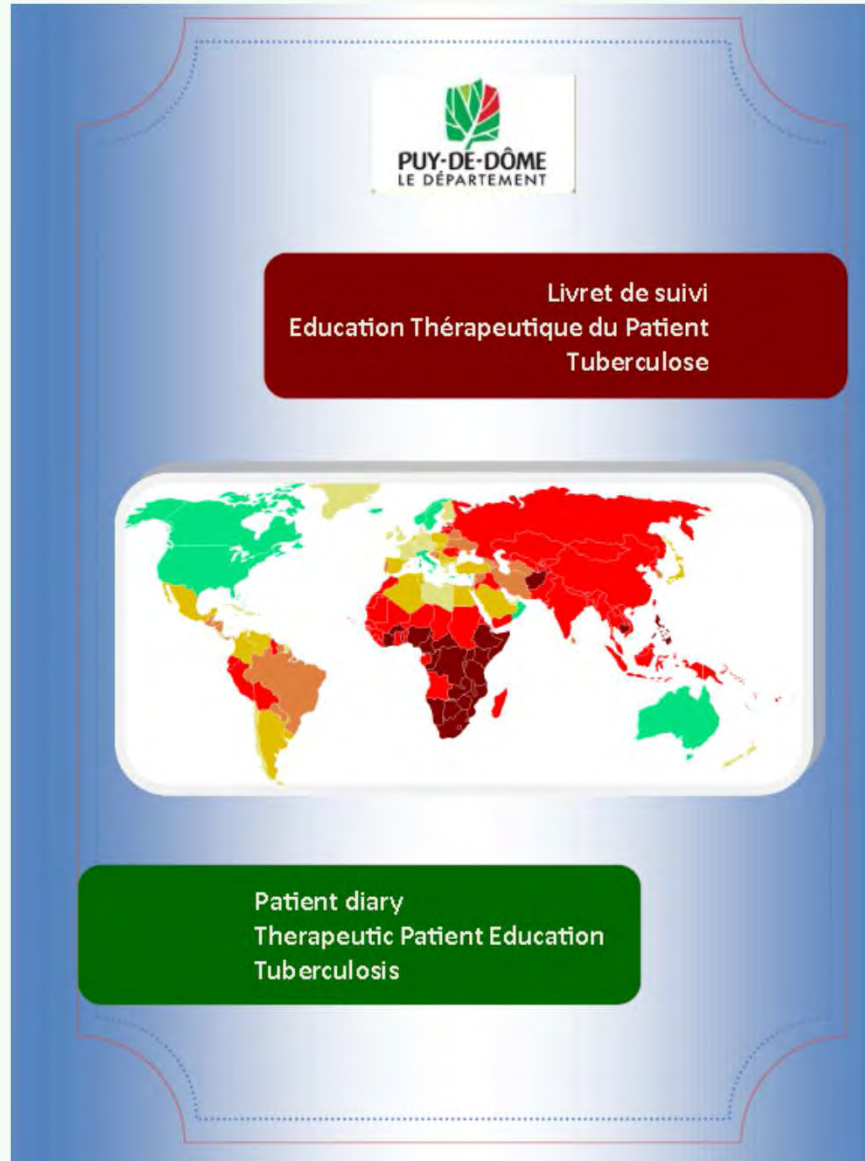


Coordination

Exemple



Livret de suivi





Coordination

Grille de compétences

Exemple



B
I
L
A
N
D
E
S
C
O
M
P
E
T
E
N
C
E
S

| BILAN DES CONNAISSANCES ET DES COMPETENCES | BILAN INITIAL | | | SEANCE 1 | | | SEANCE 2 | | | SEANCE 3 | | | SEANCE 4 | | | SEANCE 5 | | | EVALUATION | | |
|--|---------------|----|----|----------|----|----|----------|----|----|----------|----|----|----------|----|----|----------|----|----|------------|----|----|
| | LE : | | | LE : | | | LE : | | | LE : | | | LE : | | | LE : | | | | | |
| | PAR : | | | PAR : | | | PAR : | | | PAR : | | | PAR : | | | PAR : | | | | | |
| | A | PA | NA | A | PA | NA | A | PA | NA | A | PA | NA | A | PA | NA | A | PA | NA | A | PA | NA |
| CONNAISSANCES ET SAVOIRS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Connaître le nom et la localisation de la maladie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expliquer ce qu'est la maladie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Citer les modalités de contaminations | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Citer les médicaments et/ou couleur et taille et posologie (antibiotiques) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Connaître les horaires de prise journalière | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expliquer le schéma thérapeutique (durée du traitement) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expliquer les conséquences d'une mauvaise observance (résistance) et les objectifs du traitement (guérison) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nommer les effets indésirables des traitements (vomissements, nausées, troubles de la vision, douleur articulaires, urines rouges ,,,) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMPETENCES D'AUTO SOINS - SAVOIR FAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A: Surveiller les symptômes. Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Surveiller le poids et l'appétit, la température, surveiller le cycle menstruel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Repérer l'apparition de nouveaux symptômes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMPETENCES D'AUTO SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B: Adapter des doses de médicaments, initier un auto-traitement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etre capable de gérer les effets secondaires de son traitement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| fonction de son rythme de vie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intégrer de façon routinière les prises quotidiennes des traitements (importance de l'observance) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C: Réaliser des gestes techniques et des soins | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utiliser un pilulier | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Savoir mettre un masque (durée, le mettre correctement) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D: Mettre en œuvre des modifications de son mode de vie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adapter son alimentation en fonction de la maladie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Initier une aide à l'arrêt du tabac ou de l'alcool ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Coordination

Exemple



Grille de compétences

1/2

Les Objectifs d'éducation pour la Tuberculose Contrat de sécurité

LES OBJECTIFS COGNITIFS

| Niveau | Objectif |
|--------|---|
| 1 | Définir brièvement la tuberculose |
| 2 | Repérer précisément la bactérie responsable |
| 3 | Expliquer le seul mode de transmission de la tuberculose contagieuse |
| 1 | Identifier la seule tuberculose contagieuse |
| 1 | Nommer quelques signes de la tuberculose |
| 2 | Décrire brièvement les signes de la tuberculose |
| 3 | Indique toute la conduite à tenir en cas d'apparition de signes de la tuberculose |
| 1 | Citer deux complications de la tuberculose maladie |
| 2 | Reconnaître les deux complications de la tuberculose maladie |
| 3 | Préciser la conduite à tenir en cas d'apparition de ces deux complications |
| 1 | Enumérer tous ses médicaments antituberculeux |
| 2 | Préciser exactement l'heure de prise de traitement |
| 1 | Citer trois effets secondaires des médicaments |
| 1 | Définir approximativement la durée du traitement |
| 1 | Citer le seul moyen d'isolement pendant la période de contagion |
| 3 | Résumer simplement son organisation |
| 3 | Argumenter sur la non adhésion au traitement |
| 2 | Décrire correctement les conséquences de la non adhésion au traitement |



Coordination

Grille de compétences

2/2

Exemple



Niveau 1 : mémorisation

Niveau 2 : interprétation de données

Niveau 3 : résolution de problème

OBJECTIFS GESTUELS

- Prendre quotidiennement son traitement
- Noter exactement le nombre de jour de non prise de traitement

OBJECTIFS RELATIONNELS

- Adapter son hygiène de vie à sa pathologie



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques



Décrire les modalités de coordination et d'information avec les autres intervenants du parcours de soins du patient, notamment le médecin traitant .

=> **Des courriers type** sont adressés au médecin traitant du patient et/ou au médecin prescripteur du programme d'ETP en début et en fin de programme.





Coordination

Exemple



**Direction Générale
De la Solidarité et de l'Action Sociale**

Direction de la Solidarité

N° 630786853

**Docteur Jean PERRIOT
Chef de Service**

*Pneumo-physiologie - Allergologie
Tabacologie - Addictologie*

**Docteur Ludivine DOLY KUCHCIK
Médecin Adjoint**
Physiologie - Tabacologie - Addictologie

**Marc HERTZLER
Cadre Infirmier**
☎ 04 73 14 50 80
Poste 50.77

**Sophie CANTON
Infirmière ETP - Coordinatrice**
☎ 04. 73. 14. 50. 80
Poste 51.84

**Frédéric MERSON
Psychologue**

**Marine CLADIÈRE
Médiatrice sanitaire sociale**
☎ 04 73 14 50 80
Poste 51 84

Infirmierie
☎ 04 73 14 50 80
Poste 51 62

Secrétariat
☎ 04 73 14 50 80
☎ 04 73 14 50 81

Clermont-Ferrand, le

**M
Centre de Lutte Antituberculeuse**

Cher Confrère,

En accord avec votre patient(e), Mr/Mme une prise en charge en éducation thérapeutique liée à une infection respiratoire

Infection Tuberculose Latente

Tuberculose Maladie

a été mise en place au sein du Dispensaire Emile Roux, Centre de Lutte Anti Tuberculeux du Puy de Dôme.

Lors du bilan initial des objectifs pédagogiques partagés ont été fixés :

-
-
-
-
-

Ces objectifs ont pour but de mieux appréhender de la part de votre patient la pathologie tuberculeuse. Je ne manquerai pas de vous tenir informé de l'issue de ce programme dans un prochain compte rendu.

Mon équipe et moi-même, restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et plus particulièrement Mme Sophie CANTON infirmière déléguée à cette mission.

Bien cordialement.

Docteur

**DISPENSARE EMILE ROUX - CLAT 63 - CDAG 63 - CIDDIST 63 - Centre de Vaccinations 63
11 rue Vaucanson - 63100 Clermont-Ferrand - Tél. : 04 73 14 50 80 - Fax : 04 73 14 50 81**



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques



Décrire selon quelles modalités la confidentialité des données (y compris informatisées, le cas échéant) concernant le patient est assurée:

Les données administratives et médicales sont saisies dans un **fichier informatique**. Certaines données recueillies anonymement sont utilisées pour la réalisation des RAP et recherches cliniques.

Décrire selon quelles modalités le consentement du patient pour l'entrée dans le programme et pour la transmissions des données le concernant sont recueillis:

Une fiche de consentement éclairé est remise aux patients participant au programme d'ETP. Celle-ci détaille le but et le déroulement du programme, informe le patient sur les règles de confidentialité et d'information que respecte le programme, que celui-ci pourra à tout moment consulter et modifier ses données personnelles et se retirer du programme s'il le désire.



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

- Oui
- Non



Exemple



Fiche d'engagement et de consentement 1/2

ENGAGEMENT DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE TUBERCULOSE MALADIE

Votre tuberculose nécessite une prise d'antibiotiques sur plusieurs mois. Ainsi nous vous proposons de vous accompagner pour vous aider.

Ce programme éducatif a pour objectif :

- Guérir votre tuberculose
- Eviter la survenue de complications
- Maintenir une qualité de vie pendant cette période de traitement
- Protéger votre entourage

Vous bénéficierez d'une prise en charge individuelle et personnalisée. Cependant, si vous le souhaitez, nous vous proposons, de faire participer une personne de votre choix.

*Je soussigné(e)
certifie avoir été informé(e) par le professionnel de santé..... de l'organisation et des buts du programme d'éducation thérapeutique proposés par le Centre Antituberculeux du Finistère.*

Lu et approuvé à Quimper le :

Identité du représentant légal :

Signature du patient(e) :

Signature du représentant :





Exemple



J'atteste par ma signature :

- Souhaiter participer au programme personnalisé (de deux à quatre séances)
- Avoir été informé(e) par le professionnel de santé..... des bénéfices thérapeutiques espérés.
- Avoir été informé(e) du déroulement du programme.

De ce fait, je m'engage :

- A suivre le programme personnalisé (de deux à quatre séances)
- A signaler mon souhait de sortir du programme.

Dossier médical :

Conformément aux dispositions de la loi no 78-16 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le patient ou son représentant légal :

- a l'accès aux informations le concernant ;
- conserve un droit de rectification ou suppression de ses données administratives ;
- reste propriétaire de ses données de santé ;
- donne son accord à la transmission des informations de santé le concernant aux autres professionnels de santé collaborant au programme ainsi qu'aux partenaires de santé libéraux.

Les professionnels de santé sont dépositaires des dossiers des patients, le secret médical ne pouvant être levé que dans l'intérêt direct du patient ou sur obligation légale.



Exemple



CHARTRE D'ENGAGEMENT POUR LES INTERVENANTS DES PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT AUTORISE PAR L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

Cette charte d'engagement est destinée aux divers intervenants impliqués dans des programmes d'éducation thérapeutique du patient, qu'ils soient professionnels de santé ou non ou patients intervenants. Elle vise à énoncer des principes de fonctionnement communs pour l'ensemble des intervenants quel soit leur statut.

Préambule : respect des principes législatifs et des règles déontologiques en vigueur.

La présente charte s'inscrit dans le respect des articles L. 1110-1 à L. 1110-11 du code de la santé publique.

Elle ne saurait déroger aux obligations professionnelles ni aux codes de déontologie en vigueur. En particulier, chaque professionnel intervenant dans le programme est tenu au respect du code de déontologie propre à la profession lorsqu'il existe (1).

Article 1 « Respect de la personne et non-discrimination » : L'éducation thérapeutique est proposée à toutes les personnes atteintes de maladies chroniques qui en ont besoin. Elle concourt à la nécessaire prise en charge globale (biomédicale, psychologique, pédagogique et sociale) de chaque personne malade. La proposition de participer à un programme d'ETP ne doit faire l'objet d'aucune discrimination, notamment en raison du mode de vie, des croyances, des pratiques en santé, des prises de risque et des comportements des personnes malades.

Article 2 « Liberté de choix » : La personne malade peut librement choisir d'entrer ou non dans un programme d'éducation thérapeutique. Elle peut le quitter à tout moment, sans que cela puisse constituer, de la part de l'équipe soignante qui assure habituellement sa prise en charge, un motif d'interruption du suivi médical ou de la thérapeutique. Cette liberté de choix suppose notamment que toute personne malade soit informée des programmes d'éducation thérapeutique susceptibles de la concerner et de leur contenu.

Article 3 « Autonomie » : L'intérêt des personnes malades doit être au centre des préoccupations de tout programme d'éducation thérapeutique. Celui-ci permet à la personne malade d'être véritablement acteur de sa prise en charge et non uniquement bénéficiaire passif d'un programme. La démarche éducative est participative et centrée sur la personne et non sur la simple transmission de savoirs ou de compétences. Elle se construit avec la personne.

Les proches des personnes malades (parents, conjoint, aidants) sont également pris en compte. Ils sont associés à la démarche si le soutien qu'ils apportent est un élément indispensable à l'adhésion au programme ou à sa réussite.



Exemple



Article 4 « Confidentialité des informations concernant le patient » : Le programme d'éducation thérapeutique garantit à la personne malade la confidentialité des informations la concernant. Les non-professionnels de santé intervenants dans un programme d'éducation thérapeutique s'engagent à respecter les règles de confidentialité (2). L'exploitation des données personnelles des personnes malades doit respecter les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (3)

Article 5 « Transparence sur les financements » : Un programme d'éducation thérapeutique du patient ne doit pas poursuivre de visée promotionnelle, notamment au bénéfice du recours à un dispositif médical ou un médicament, conformément aux articles L. 5122-1 et L. 5122-6 du code de la santé publique. Dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, les différentes sources de financement sont précisées par les promoteurs.

Article 6 « Respect du champ de compétence respectif de chaque intervenant en éducation thérapeutique » : Chaque intervenant au sein de l'équipe pluriprofessionnelle d'éducation thérapeutique agit dans son champ de compétence et assume ses responsabilités propres vis-à-vis de la personne malade. Le médecin traitant est tenu informé du déroulement du programme d'éducation thérapeutique.

Signatures :



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques



Rappel:

Obligation d'évaluer si il y a une autorisation de l'ARS.

L' **HAS** est **responsable** de l'évaluation annuelle et l'évaluation quadriennale.
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Pour cela, l'HAS met à disposition des **guides méthodologiques** (*voir webographie*)

Il est conseillé d'élaborer la méthode d'évaluation en même temps que l'élaboration du programme.

Au sein du programme, les évaluations sont sous la responsabilité du coordinateur.



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques



Voir fiche : Evaluation annuelle et évaluation quadriennale

Décrire succinctement les modalités et les éléments d'évaluation annuelle du programme :

L'évaluation sera essentiellement **quantitative**



Décrire succinctement les modalités et les éléments d'évaluation quadriennale du programme :

Portera sur les effets attendus du programme sur les patients, ainsi que l'évolution du programme au cours des quatre années. A terme proposition d'évolution et d'adaptation du programme au plus près des attentes des patients.



Evaluation annuelle et évaluation quadriennale

**Evaluation Annuelle
(EA)**

ou **autoévaluation Annuelle**
Activité globale + Déroulement
voir Guide HAS mars 2012

**Evaluation Quadriennale
(EQ)**

Activité globale + Déroulement + Résultats (effets)
voir Guide HAS mai 2014

Autorisation

ARS



Un rapport d'évaluation est un outil de communication auprès des bénéficiaires et partenaires



Evaluation du programme ETP

Exemple

RAPPORT D'ACTIVITE ANNUEL DU PROGRAMME



1. Nombre de patients orientés par :
 - médecin traitant
 - établissement hospitalier
 - le CLAT 63
 - autre
2. Nombre de patients inclus dans le programme :
 - en totalité
 - pour tuberculose maladie
 - pour infection tuberculeuse latente
3. Nombre de diagnostics éducatifs et objectifs personnalisés fixés en TM et en ITL
4. Nombre d'objectifs atteints en totalité
5. Nombre d'objectifs atteints partiellement
6. Nombre d'observance / de non observance
7. Nombre de patients ayant suivi la totalité du programme
8. Nombre de guérison des TM
9. Nombre de patients ayant interrompu le programme pour:
 - Abandon
 - Perdue de vue
 - Suivi autre Clat
 - Autre
10. Evolution de la qualité de vie mesurée par le SF 36 avant/après
11. Origine ethnique des patients
12. Nombre de séances réalisées par patients
13. Nombre de courrier transmis aux médecins traitants
14. Nombre d'orientation consultations spécialisées
15. Nombre de consultation médiateur sanitaire et sociale
16. Nombre de consultation psychologue
17. Nombre d'information de conseil de sevrage tabagique donné
18. Nombre de sevrages tabagiques initiés à 6 mois et à 12 mois
19. Nombre de réduction à 50 % à 6 et 12 mois
20. Précarité sociale évalué par scores epices / migrants
21. Nombre de fumeurs avec TM / ITL



Evaluation du programme ETP

Exemple



Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse Questionnaire de satisfaction

Votre sexe : Masculin Féminin

Votre âge : - de 15 ans entre 15 et 30 ans entre 30 et 60 ans + de 60 ans

Les consultations d'éducation thérapeutique vous ont été proposées parce que :

| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| - Vous aviez une tuberculose | | |
| - Vous aviez une infection tuberculeuse latente (ITL) | | |
| - Vous aviez débuté pour la première fois un traitement anti-tuberculeux | | |
| - Vous présentiez des difficultés à prendre votre traitement | | |
| - Vous souhaitiez un accompagnement dans la prise de votre traitement | | |

Comment évaluez-vous le déroulement des séances d'éducation thérapeutique ?

| | Très bien | Bien | Moyen | Mauvais |
|--|-----------|------|-------|---------|
| - Le délai pour obtenir un rendez-vous | | | | |
| - La qualité de l'accueil | | | | |
| - L'attente avant de rendez-vous | | | | |
| - La durée de l'entretien | | | | |
| - Les réponses aux questions que vous vous posez | | | | |
| - La clarté des explications | | | | |
| - La notion de confidentialité respectée | | | | |

Les consultations thérapeutiques vous ont permis :

| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| - De mieux comprendre votre maladie ou votre ITL | | |
| - De mieux accepter votre maladie ou votre ITL | | |
| - De mieux prendre votre traitement (prise régulière, renouvellement d'ordonnance, voyages...) | | |
| - De mieux gérer les effets indésirables liés au traitement | | |
| - De mieux prendre soins de vous | | |
| - consommation de tabac, d'alcool, de drogues | | |
| - alimentation équilibrée | | |
| - activité physique | | |
| - sommeil | | |
| - De rencontrer d'autres professionnels de santé (diététicien, psychologue, tabacologue...) | | |

Ces consultations d'éducation thérapeutiques :

| | Oui | Non |
|---|-----|-----|
| - Sont complémentaires du suivi de votre médecin traitant | | |
| - Ont-elles répondu à vos attentes ? | | |
| - Les recommanderiez-vous ? | | |

Avez-vous des suggestions à nous communiquer ?

.....

.....

.....



LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE

Les onglets spécifiques

| | | | | | |
|--------|-----------|--------------|--------------------------------|------------|---------------------|
| EQUIPE | PROGRAMME | COORDINATION | CONFIDENTIALITE DEONTOLOGIE | EVALUATION | TRANSPARENCE |
|--------|-----------|--------------|--------------------------------|------------|---------------------|

Pistes de financement:

ETAT

- **FSE:** Fond Social Européen (FSE)
- **FIR:** Fond d'intervention Régional
- **T2A:** mode de financement des établissements de santé français , publics et privés.
- **FIQS:** fonds d'Intervention de la Qualité des Soins
- **DGS:** Direction Générale de la Santé (finance certaines associations)
- **INPES:** Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (enveloppe pour projet suite à un appel ou pas)

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE ET MUTUELLES

Mutualité française

MSA: Mutualité sociale Agricole

OPERATEURS PRIVES

Associations nationales
Fondations d'intérêt public ou
autres: fondation de
France/Danone.



Conclusion

Valoriser le patient dans sa capacité à être acteur de sa santé.

Nos programmes de santé facilitent la prise en charge des malades et des personnes infectées relevant d'un traitement de prévention.

Points importants :

- contact ARS (évaluation des besoins du territoire)
- création d'outils pour faciliter la communication entre les intervenants
- travail en réseau (outils pour la coordination extérieure)
- recherche d'un financeur
- Penser à l'évaluation au moment de la conception d'un programme



Remerciements



CLAT 29

Noiween BOURBIGOT
(IDE)

Chantal HASCOET
(IDE)



CLAT 28

François MARTIN (Médecin)



CLAT 63

Ludivine DOLY
(Médecin)

Sophie CANTON
(IDE)

Ghania SELIMI
(Secrétaire)



CDHS CLAT 69

Nathalie VERROIT
(IDE)

