

## Rapport synthétique d'évaluation quadriennale



### Partie 1 Éléments d'identification

**Intitulé du programme :**

Fin de l'autorisation :

**Le programme et l'identification du coordonnateur et de l'équipe**

Date de la dernière autorisation du programme :

Identification du coordonnateur :

Nom, prénom :

Qualité :

Coordonnées :

Adresse :

Mail :

Téléphone :

Changement de coordonnateur depuis la dernière évaluation quadriennale du programme :

Oui

Non

Si oui, à quelle date :

Objectifs du programme :

### Zone géographique couverte par le programme

- GTH 1 Nord-Ardenne
- GHT 2 Champagne
- GHT 3 Aube
- GHT 5 Marne - Haute-Marne - Meuse
- GHT 6 Lorraine Nord
- GHT 7 Lorraine Sud
- GHT 8 Vosges
- GHT 9 Moselle-Est
- GHT 10 Nord Alsace
- GHT 11 Centre Alsace
- GHT 12 Sud Alsace

Autre. Préciser :

### Mode de prise en charge (plusieurs choix possibles)

- Hospitalisation
- Ambulatoire

### Thématique du programme (1 seul choix possible)

- 1. Diabète
- 2. Maladie respiratoire
- 3. Maladies cardio-vasculaire (sauf AVC)
- 4. Accidents vasculaires cérébraux
- 5. VIH-SIDA
- 6. Hépatites
- 7. Insuffisance rénale
- 8. Psychiatrie
- 9. Maladie système digestif (hors cancer)
- 10. Cancers
- 11. Obésité
- 12. Maladies neurologiques
- 13. Maladies rhumatologiques
- 14. Maladies rares
- 15. Autres thématiques (préciser)

**Composition de l'équipe** au moment de l'évaluation quadriennale avec au moins 2 professionnels de santé (*métiers différents*) :

Qualification	Nom et Prénom	Adresse professionnelle	Organisme d'appartenance	Formation ETP (Intitulé de la formation)
Médecin 1				
Médecin 2				
Cadre de santé				
Infirmière 1				
Infirmière 2				
Kinésithérapeute				
Diététicien				
Pharmacien				
Psychologue				
Assistant social				
Educateur sportif				
Ergothérapeute				

**Patients intervenants** (*précisez*)

Oui                       Non                      Formé à l'ETP :                       Oui                       Non

**Association d'usagers intervenante** (*précisez*)

Oui                       Non

Mode d'intervention d'associations d'usagers (plusieurs réponses possibles)

- Participation à l'élaboration du programme
- Intervention au cours d'un atelier
- Utilisation de supports d'information produits par l'Association

**Réseau(x) intervenant(s)** (*précisez*)

Oui                       Non

Mode d'intervention du ou des réseaux(x) (plusieurs réponses possibles)

- Participation à l'élaboration du programme
- Intervention au cours d'un atelier
- Utilisation de supports d'information produits par le réseau

**Déroulement de l'évaluation quadriennale**

Modalités de déroulement de l'évaluation quadriennale (*participants, démarche*)

Réunions organisées par le coordonnateur :

Oui                       Non                      Nombre de réunions :

Présence des membres de l'équipe d'ETP :

Oui                       Non

Présence d'autres professionnels de santé :

Oui                       Non                      Si oui, lesquels :

Présence des patients, associations intervenant(s) :

Oui                       Non                      Si oui, lesquels :

Remarque complémentaire :



## Partie 2 : Population

### Patients et proches, concernée par le programme ETP

#### Profil des patients

- Enfants (*moins de 16 ans*)                       16 - 18 ans                       Adulte (*plus de 18 ans*)

#### Nombre de patients intégrés au programme ces 4 dernières années :

1<sup>ère</sup> année :                      2<sup>ème</sup> année :                      3<sup>ème</sup> année :                      4<sup>ème</sup> année :                      Total :

#### Age moyen:

#### Accompagnement de l'entourage proposé au patient :

- Oui                       Non

#### Si oui, est-il mis en œuvre ?

- Oui                       Non                      Si non, pourquoi ?

#### Possibilité de prendre en charge les patients en situation difficile ou précaire (*langue, handicap, situation social...*) :

- Oui                       Non                      Si non, pourquoi ?



## Partie 3 : Analyse des effets du programme

### La continuité de la démarche éducative

Un dossier éducatif est utilisé pour chaque bénéficiaire :

- Oui  Non

Support du dossier éducatif :  Papier  Archivé dans le dossier patient  
 Informatique  Inséré dans le DMP

Les étapes de la démarche éducative sont tracées :

- |                                  |                              |                              |  |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Accès à l'ETP                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Partiellement |
| Plan Personnalisé de Santé (PPS) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Partiellement |
| Prise en charge (séances)        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Partiellement |
| Evaluation                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Partiellement |

Un exemplaire du PPS est remis au bénéficiaire, ainsi que l'évaluation individuelle et la proposition de suivi éducatif :

- Oui  Non

### L'évaluation des résultats

Taux de ré hospitalisations des bénéficiaires ?

Acquisitions des compétences :

Taux de satisfaction des patients entrés dans le programme

1<sup>ère</sup> année :                      2<sup>ème</sup> année :                      3<sup>ème</sup> année :                      4<sup>ème</sup> année

### La mise en œuvre du programme d'ETP a-t-elle abouti à l'attente des objectifs négociés avec le bénéficiaire ?

Avez-vous réalisé des évaluations de connaissances et compétences du patient ?

- Oui  Non  Si non, pourquoi ?

Si oui : cochez les cases ci-dessous :

Compréhension de la maladie :

- Oui  Non

Compétences d'auto-soins :

- Oui  Non

Compétences dites de sécurité (*visant à « sauvegarder » la vie du patient*) :

- Oui  Non

Compétences d'adaptation ou psychosociales :

- Oui  Non

Amélioration de la qualité de vie :

- Oui  Non

L'utilité du programme est évaluée auprès des patients bénéficiaires du programme :

- Oui  Non  Si oui, comment ?

Quels sont les résultats ?

Utilité du programme évaluée auprès des médecins du parcours de soin :

- Oui  Non  Si oui, comment ?

Quels sont les résultats ?

**Effets favorables du programme** et ce qui les explique :

**Effets défavorables du programme** et ce qui les explique :

Remarque complémentaire :

**La mise en œuvre du programme d'ETP a-t-elle eu des conséquences sur le fonctionnement de l'équipe ?**

Rencontres interprofessionnelles au sein de l'équipe créées depuis la création du programme :

- Oui  Non

Si oui de quel type ? (*cocher la case*)

- Partages d'expérience  Information  
 Débriefing des séances d'ETP  Fonctionnement : modification, optimisation, création

Si oui à quelle fréquence ?

Participation à des formations (*ETP, communication soignant malade...*) depuis la mise en œuvre du programme

- Oui  Non

Programme actualisé depuis sa création :

- Oui  Non

Remarque complémentaire :

**La mise en œuvre globale du programme d'ETP a-t-elle permis son intégration dans l'offre de soins locale ?**

Actions de communication sur les objectifs, le contenu du programme et son déroulement :

- Oui  Non

Si oui, quelles actions ? Vers qui ? Comment ?

**Mode d'accès du patient au programme d'ETP :**

- Proposition du médecin traitant  Médecin spécialiste  
 Médecin hospitalier  Professionnel de santé du parcours de soin  
 Accès direct  Autre

Une synthèse du diagnostic éducatif et du programme personnalisé d'ETP sont transmis au médecin traitant et aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient :

- Oui  Non Si non, pourquoi ?

Médecin traitant informé de l'évaluation de fin de programme

- Oui  Non Si non, pourquoi ?

Lien avec une structure extérieure :

- Oui  Non Si oui, laquelle ?





## Partie 4 : Conclusion de l'analyse des effets du programme

Points forts à poursuivre:

Améliorations et changements à prévoir :

Actions à mettre en place :

UTEP Nord Alsace



## Partie 5 : Analyse des évolutions du programme d'ETP

### Comment a évolué la mise en œuvre du programme grâce aux évaluations annuelles ?

L'équipe met en œuvre chaque année une auto-évaluation du programme :

- Oui  Non

Si oui, un rapport de l'auto-évaluation annuelle est produit à la date anniversaire de l'autorisation de mise en œuvre du programme :

- Oui  Non

Des adaptations ou actions ont été mises en œuvre à l'issu des 3 auto-évaluations précédentes :

- Oui  Non  Lesquelles ?

Remarque complémentaire :

### Comment ont évolué les indicateurs de fonctionnement ?

Intervenants supplémentaires depuis la création du programme ETP (*précisez leur nombre et le temps ETP dédié*)

- Médecin  
 Infirmière  
 Diététicienne  
 Kinésithérapeute  
 Pharmacien  
 Psychologue  
 Assistante sociale  
 Ergothérapeute  
 Aide-soignante  
 Assistante sociale  
 Educateur médico-sportif  
 Educateur spécialisé  
 Autres ?



A la création du programme ETP  Oui  Non      Après 4 ans  Oui  Non

**Echanges multi professionnels entre intervenants du même programme:**

A la création du programme ETP  Oui  Non

Rythme :  mensuel,  trimestriel,  semestriel,  annuel

Après 4 ans  Oui  Non

Rythme :  mensuel,  trimestriel,  semestriel,  annuel

Remarque complémentaire :

**Evaluation du patient en fin de programme faite :**

A la création du programme ETP  Oui  Non      Après 4 ans  Oui  Non

Transmise au médecin traitant :

A la création du programme ETP  Oui  Non      Après 4 ans  Oui  Non

Rapport accessible aux bénéficiaires

A la création du programme ETP  Oui  Non      Après 4 ans  Oui  Non

Proposition de séances de suivi après la fin du programme

A la création du programme ETP  Oui  Non      Après 4 ans  Oui  Non

Si oui : cochez les cases ci-dessous :

Avec l'extérieur       Avec l'équipe initiatrice de l'ETP

**Echanges ou coordination du programme avec d'autres promoteurs d'ETP**

- Etablissement de santé
- Réseaux
- Autres

Lien avec les partenaires extérieurs, lesquels :

Remarque complémentaire :

### Comment a évolué la structuration du programme ?

Conformité au programme annoncé au départ :

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

Ajout de séances supplémentaires (collectives, ou individuelles) spécifiques :

Oui

Non

Si Oui, préciser lesquelles :

Evolution en fonction de la demande des bénéficiaires :

Oui

Non

Si oui, préciser lesquelles :

Remarque complémentaire :



## Partie 7 : Conclusions de l'analyse des évolutions du programme

Actions à poursuivre :

Améliorations et changements à prévoir relatifs au programme et à sa mise en œuvre :

UTEP Nord Alsace



## Partie 8 : Décision prise pour l'avenir du programme

*Argumentaire expliquant la décision pour l'avenir du programme et les actions qui accompagnent cette décision dans l'ordre de priorisation de l'équipe*

### Décision :

- Programme à poursuivre à l'identique
- Programme à redéfinir pour l'adapter aux besoins et état des connaissances
- Programme à arrêter (non favorable, plus approprié, ...)

**Modalités de mise à disposition du rapport d'évaluation quadriennale** aux bénéficiaires et aux professionnels de santé du parcours

- Diffusion papier
- Diffusion informatisée
- Affichage service
- Autre :

### Signatures :

Coordonnateur du programme

Directeur de l'établissement