

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)

UNITÉ TRANSVERSALE
POUR L'ÉDUCATION DU PATIENT

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

Réseau(x) intervenant(s) (*précisez*)

Oui

Non

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 :





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^{ère} année : 2^{ème} année : 3^{ème} année : 4^{ème} année : Total :

Age moyen:

Accompagnement de l'entourage proposé au patient :

- Oui Non

Si oui, est-il mis en œuvre ?

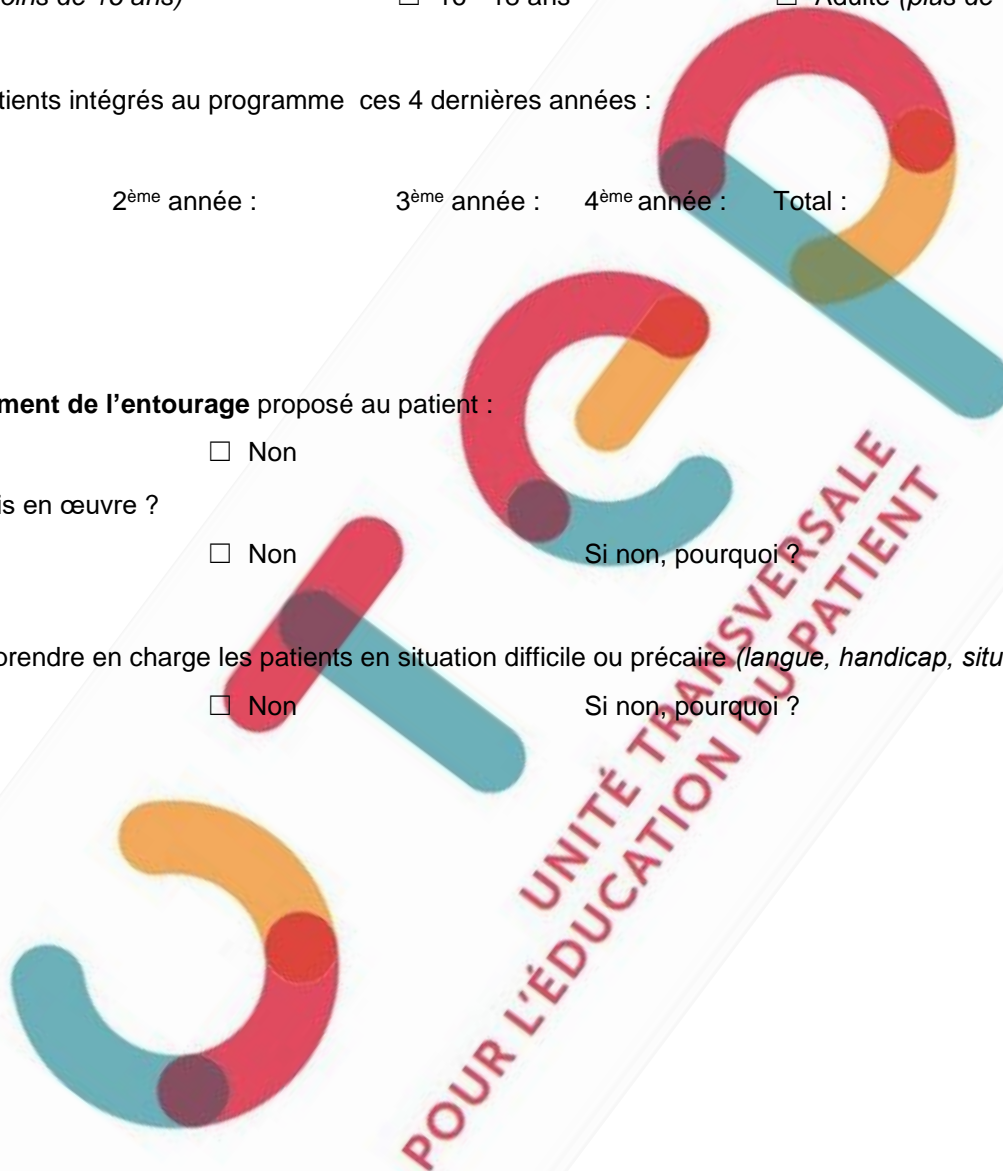
- Oui Non

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^{ère} année : 2^{ème} année : 3^{ème} année : 4^{ème} 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 ?

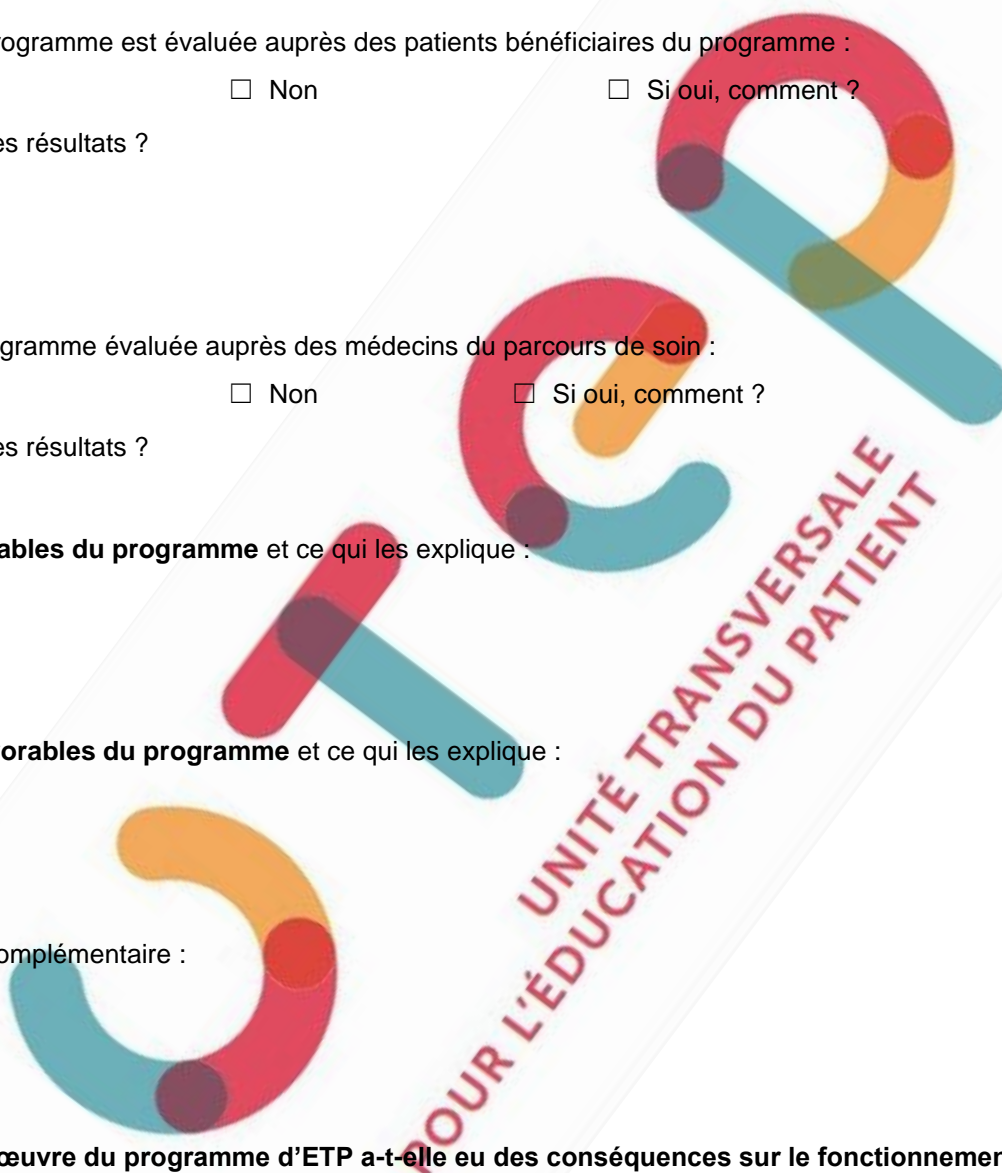
Rencontres interprofessionnelles au sein de l'équipe créées depuis la création du programme :

- 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 :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Proposition du médecin traitant | <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste |
| <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier | <input type="checkbox"/> Professionnel de santé du parcours de soin |
| <input type="checkbox"/> Accès direct | <input type="checkbox"/> 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 :





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-soignant
- Assistante sociale
- Educateur médico-sportif
- Educateur spécialisé
- Autres ?

UNITÉ TRANSVERSALE
POUR L'ÉDUCATION DU PATIENT

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 :





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

UNITÉ TRANSVERSALE
POUR L'ÉDUCATION DU PATIENT