FOrmation infirmier(e) de ConsUltation au Suivi des traitements ambulatoires en cancérologie

5èmes journées nationales de formation

Paris – vendredi 15 et samedi 16 juin 2012

Lieu : ***Hôtel Radisson Blu***
33, avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne Billancourt

Proposition de prélecture

Formation FOCUS

« Le programme et le contenu de cette formation est sous l'entière responsabilité du comité scientifique »

SOMMAIRE

- **Plan cancer 2003 - 2007** ..... P 5
- **Plan cancer 2009 - 2013** ..... P 11
- **Loi du 9 Août 2004 sur l'information du patient et la politique de santé** ..... P 17
- **Circulaire du 22 Février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie** ..... P 21
- **Critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie** ..... P 23
- **Sortie de réserve hospitalière** ..... P 25
- **Éducation thérapeutique du patient** ..... P 27
- **Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires** ..... P 37
- **Certification des établissements de santé** ..... P 41

  * Manuel de certification V2010, révisé en avril 2011 ..... P 43

PLAN CANCER 2003 - 2007

Un plan de mobilisation nationale contre le cancer

"Le cancer, c'est un véritable drame national, qui exige un effort considérable, un effort de recherche, un effort de prévention et de dépistage, un effort de traitement, y compris de soutien psychologique de la maladie".
Le plan de mobilisation nationale contre le cancer met en œuvre le choix du Président de la République. Il constitue un programme stratégique pour les cinq ans à venir.
Il comporte six chapitres opérationnels et prioritaires à l'horizon 2007 – prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir – pour un but unique : vaincre la maladie et se battre pour la vie.
D'ici cinq ans l'objectif du plan est de diminuer la mortalité par cancer de 20%.
Les dispositions du plan cancer constituent les éléments concrets d'une politique moderne de santé publique visant à lutter contre les pathologies cancéreuses.
Ce plan doit avoir un impact sur notre système de santé tout entier autour d'une vision rénovée d'un combat partagé par les patients, leurs proches, et les équipes médicales et soignantes.

Des soins de meilleure qualité centrés autour du patient

(mesures 29 à 53)

Les patients et leurs proches qui ont eu à faire face à l'épreuve du cancer le savent d'expérience : l'annonce de la maladie constitue un traumatisme. Cette annonce ne doit plus être brutale et impersonnelle, comme c'est encore parfois le cas, mais prendre en compte et soutenir la personne, au delà du seul patient.
Il faut donner au patient toutes ses chances de guérison, quel que soit le lieu de son traitement. Cela requiert une coordination des soins autour du patient, le respect des bonnes pratiques cliniques, disponibles en cancérologie pour presque tous les types de cancer, et l'accès le plus large possible aux équipements et aux traitements innovants.
Il faut humaniser l'accompagnement thérapeutique des personnes malades. Il s'agit de rééquilibrer la relation entre le médecin et le malade et de donner aux patients toutes les informations qui pourront les aider à mieux s'orienter dans la complexité du système de santé.

Le plan vise à transformer radicalement la façon dont le cancer est soigné en France. Il comprend quatre orientations :

Coordonner systématiquement les soins en ville et à l'hôpital autour du patient (mesures 29 à 38)

Tous les nouveaux patients atteints de cancer bénéficieront d'une concertation pluridisciplinaire et d'un "programme personalisé de soins". Des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) seront identifiés dans chaque établissement traitant des patients atteints du cancer. Dans ce cadre, chaque patient pourra bénéficier d'un contact médical privilégié à travers l'identification d'un médecin de référence.

Un "dossier médical communiquant" pour le cancer sera mis en place.

Le plan a pour ambition de faire bénéficier chaque région française d'un réseau régional du cancer coordonnant l'ensemble des acteurs de soins, en ville et à l'hôpital, d'ici 2007. Tous les établissements assurant des missions de recours coordonneront, d'ici fin 2004, leurs offres et leur expertise dans un "pôle régional de cancérologie". Les équipements structurants au plan régional seront systématiquement implantés dans le cadre d'une coordination des principaux établissements de référence (Centres hospitaliers universitaires, centres de lutte contre le cancer, autres établissements de référence). Les réseaux locaux seront développés pour répondre aux besoins d'une coordination de proximité.

Pour les enfants et les personnes âgées, il faut un effort spécifique. Le plan prévoit :
- d'agréer les sites spécialisés dans la prise en charge des enfants atteints de cancer ;
- de développer le soutien aux familles des enfants ;
- de conduire des programmes de recherche favorisant l'émergence de traitements spécifiques des cancers de l'enfant.

Il est créé une mission d'oncogériatrie, chargée de la promotion et de la coordination de travaux dans le domaine de l'épidémiologie, de la prévention et de l'adaptation des traitements et des essais cliniques sur la population âgée.

Enfin, des critères de qualité constitutifs d'un agrément seront établis pour la pratique de la cancérologie dans les établissements publics et privés.

Donner l'accès à l'information pour que les patients qui le souhaitent puissent être acteurs de leur combat contre la maladie (mesures 39 à 41)

Toutes les informations utiles aux patients seront mises à leur disposition au plus près des lieux de vie et par tous les moyens d'information : téléphone, internet, kiosques d'information.
Les patients bénéficieront de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie.

Être plus attentif aux personnes malades et à leurs attentes (mesures 42 et 43)

La chimiothérapie à domicile sera facilitée de même que les soins à domicile, notamment grâce aux réseaux locaux.
Les patients pourront bénéficier de soins complémentaires, pour une meilleure prise en compte de la douleur et un soutien psychologique accru.
Le développement des soins palliatifs, dont 80% relèvent du cancer, sera soutenu activement.

Offrir l'accès le plus large à l'innovation diagnostique et thérapeutique (mesures 44 à 53)

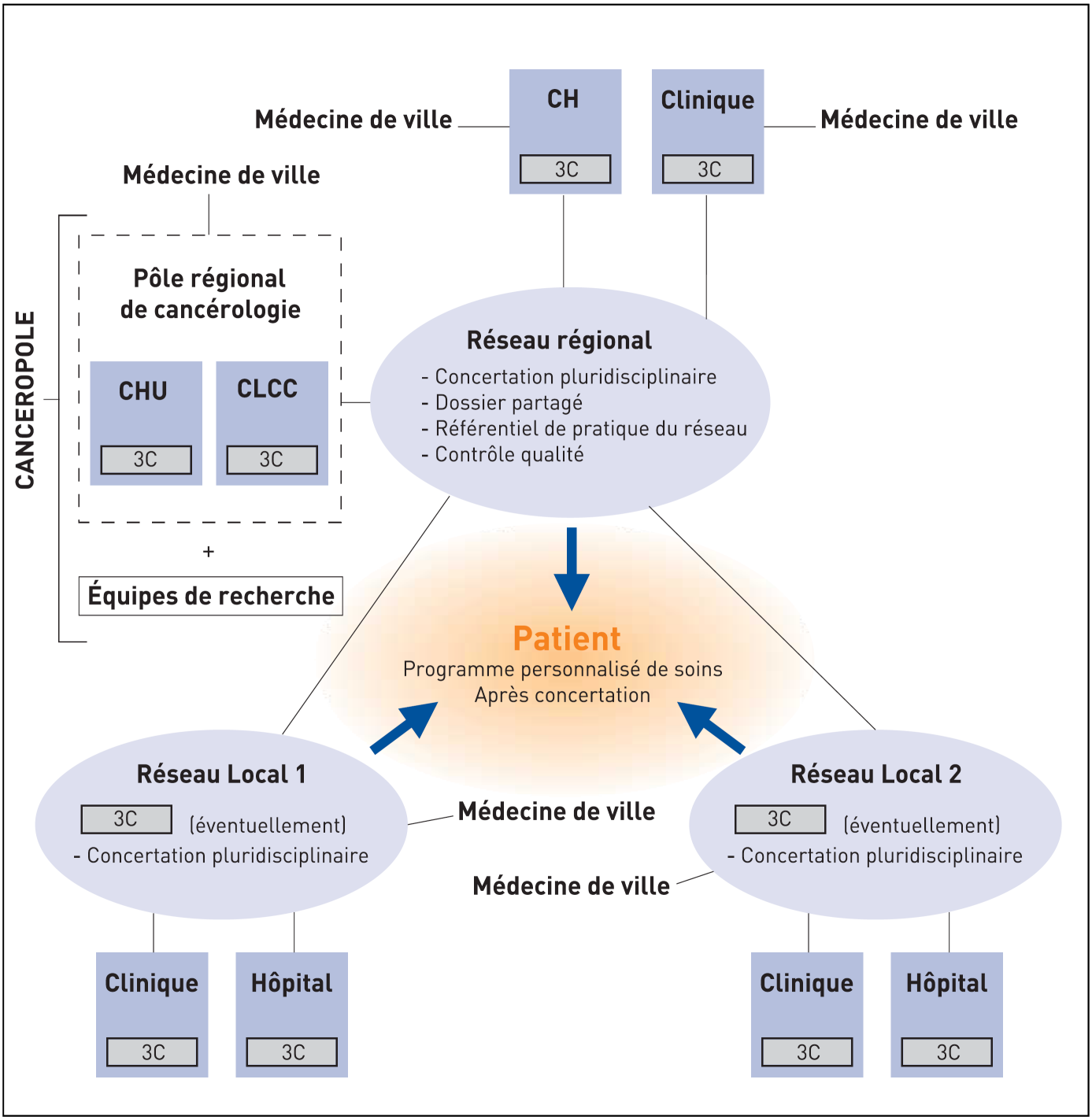
Le parc d'appareils de diagnostic et de suivi des cancers (IRM, scanner, TEP) sera accru notablement.
Le parc d'appareils de radiothérapie sera rénové rapidement.
L'équité d'accès aux médicaments et aux dispositifs onéreux et innovants sera garantie entre le public et le privé par un rapprochement des modes de financement.

Un accompagnement social plus humain et plus solidaire (mesures 54 à 60)

Autant qu'une maladie, le cancer est une période difficile de combat personnel pour survivre, une période où la présence des proches peut être déterminante pour conserver le moral et affronter les traitements encore trop souvent pénibles.
Dans cette période, les difficultés sociales ne doivent pas s'ajouter aux difficultés physiques et à la fragilité psychologique. Tout doit donc être fait pour poursuivre une vie professionnelle et familiale la plus normale possible.
Dans cet objectif, le plan prévoit plusieurs mesures concrètes :

- les dispositifs de maintien dans l'emploi et de retour à l'emploi pour les patients atteints du cancer ou d'une autre maladie invalidante seront améliorés ;
- le maintien à domicile des patients sera facilité par une possibilité accrue de recours aux soins et aux aides à domicile ;
- l'accès des patients aux prêts et aux assurances sera élargi ;
- la présence des parents auprès de leur enfant malade sera facilitée par une amélioration des dispositifs existants qui aujourd'hui ne donnent pas satisfaction ;
- l'accès des associations de patients et d'usagers à l'hôpital, dont les actions de soutien psychologique, de loisir et d'assistance sont importantes, sera significativement renforcé.

Le réseau « cancer » autour du patient



Ce texte est consultable en ligne à l'adresse :
http://www.e-cancer.fr

Plan cancer 2009-2013

Introduction

Le Plan cancer 2009-2013 s'inspire du rapport remis au Président de la République par le Pr Jean-Pierre Grünfeld en février 2009 : « Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 ».

Ce nouveau plan s'inscrit dans la continuité du Plan cancer 2003-2007 et repose, en partie, sur le socle de ses mesures, qu'il va falloir pour beaucoup consolider, pour certaines en assurer l'application, et pour d'autres en adapter la mise en œuvre.

À partir des acquis, de nouvelles propositions permettent d'impulser un nouvel élan et de porter une nouvelle ambition, en mettant l'accent :

- sur de nouveaux efforts de recherche et d'innovation intégrant leur « transfert » au système de santé ;
- sur une meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer et à la mise en œuvre de mesures, visant leur correction ;
- sur le renforcement de la coordination des soins et de son extension au-delà de l'hôpital par une meilleure implication des médecins traitants ;
- sur de nouvelles initiatives sanitaires et médico-sociales pour mieux accompagner les personnes dans la « vie pendant et après le cancer ».

5 axes, 30 mesures et 118 actions

5 AXES

RECHERCHE

5 mesures – 26 actions

- Assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades

Mesures 1 à 5

OBSERVATION

4 mesures – 12 actions

- Mieux connaître la réalité des cancers en France

Mesures 6 à 9

PRÉVENTION – DÉPISTAGE

8 mesures – 37 actions

- Prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité

Mesures 10 à 17

SOINS

7 mesures – 27 actions

- Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace

Mesures 18 à 24

VIVRE PENDANT ET APRES UN CANCER

6 mesures – 16 actions

- Améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, combattre toute forme d'exclusion

Mesures 25 à 30

3 thèmes transversaux

Trois grands thèmes transversaux structurent et irriguent la stratégie du plan.
Ils y sont priorisés et se retrouveront dans chaque axe à travers des mesures et des actions spécifiques.
Ils représentent en soi de nouveaux défis auxquels doit faire face la lutte contre les cancers.

Ils visent :

- à **mieux prendre en compte les inégalités de santé** pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers ;
- à **stimuler l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux** pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
- à **renforcer le rôle du médecin traitant** à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

6 mesures « phare »

AXE RECHERCHE

Mesure 1 Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire.

- **Labelliser cinq sites de recherche pluridisciplinaire en cancérologie.** Sélectionnés sur une base compétitive, ces sites devront accélérer le transfert entre la recherche scientifique et les soins aux malades.
- **Augmenter de 50 % la participation des malades aux essais cliniques.** L'effort portera en priorité sur les populations les plus vulnérables, enfants, personnes âgées, tumeurs rares et formes graves.

Mesure 3 Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.

- **Consacrer plus de 15 % du budget de recherche mobilisé par le plan à l'analyse des risques environnementaux et comportementaux.**
- **Contribuer au séquençage complet du génome des cinq cancers les plus fréquents.** Cet objectif s'inscrit dans le cadre de l'effort de collaboration mondiale sur le génome tumoral.

AXE OBSERVATION

Mesure 6 Produire et communiquer annuellement des informations sur le cancer et sur la cancérologie.

- **Produire chaque année une analyse de la répartition des cancers sur tout le territoire.**

AXE PRÉVENTION - DÉPISTAGE

Mesure 14 Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages.

- **Augmenter de 15 % la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés.** Cette augmentation devra être de 50 % dans les départements rencontrant le plus de difficultés.

AXE SOINS

Mesure 18 Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.

- **Faire bénéficier 80 % des patients au moins d'un programme personnalisé de soins.** Ce programme devra systématiquement impliquer le médecin traitant.

AXE VIVRE PENDANT ET APRÈS UN CANCER

Mesure 25 Développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après cancer.

- **Faire bénéficier 50 % des patients au moins d'un Programme personnalisé de l'après cancer.** Ce programme prendra en compte les besoins individuels de surveillance médicale, de soutien psychologique et social.

Ce texte est consultable en ligne à l'adresse :
http://www.e-cancer.fr

LOI DU 9 AOÛT 2004

Une nouvelle organisation de la santé publique

La seconde loi de santé publique en un siècle

La récente loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique succède à l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Forte des enseignements de l'ordonnance de 1996, cette loi de santé publique maintient :
- la Conférence nationale de santé, chargée de conseiller le gouvernement par des analyses et des propositions qui font l'objet d'un rapport annuel ;
- les conférences régionales de santé dont les modalités de fonctionnement seront fixées ultérieurement par décret.

La contribution de la loi de 2004 sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé est en lien étroit avec les autres lois concomitantes : bioéthique, Assurance maladie…

Des changements fondamentaux dans le dispositif institutionnel de santé publique, tant au niveau national que régional

⇨ ***Affirmation de la responsabilité de l'Etat***

à qui il appartient de définir la politique de santé tous les 5 ans selon des objectifs pluriannuels

⇨ ***Création du Haut Conseil de la santé publique***

issu de la fusion du Haut Conseil de la santé et du Conseil supérieur d'hygiène publique

⇨ ***Création du Comité national de santé publique***

⇨ ***Création de l'Institut national du cancer***

⇨ ***Création des groupements régionaux de santé publique***

De réelles ambitions pour le système de santé

⇨ ***Développer la politique de prévention, axe majeur de la loi***

- renforcement du rôle de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- renforcement du dépistage et de la prévention en milieu scolaire ;
- création de programmes de santé : consultations médicales périodiques de prévention, examens de dépistage et actions d'information et d'éducation pour la santé.

➪ ***Construire des programmes sur des objectifs***

- 100 objectifs de santé publique pour 2004-2008 ;
- 5 plans stratégiques nationaux :
  - plan national de lutte contre le cancer,
  - plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives,
  - plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement, y compris au travail,
  - plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques,
  - plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares.

➪ ***Moderniser le système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire***

- clarification des missions de l'Institut national de veille sanitaire ;
- développement des systèmes d'information ;
- amélioration de la transmission des données.

➪ ***Développer la recherche et la formation en santé***

- création d'une Ecole des hautes études en santé publique ;
- révision de la loi Huriet-Sérusclat sur la recherche biomédicale ;
- protection des personnes vulnérables se prêtant à des recherches biomédicales ;
- dispositions allégées pour les recherches portant sur les soins courants ;
- obligation d'une formation continue étendue à d'autres professionnels de santé.

➪ ***Lutter contre la mortalité prématurée et les inégalités de santé***

Les groupements régionaux de santé publique (GRSP)

TITRE II
INSTRUMENTS D'INTERVENTION
Chapitre Ier
Institutions et organismes

Article 8

Le chapitre Ier du titre Ier du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par six articles L. 1411-14 à L. 1411-19 ainsi rédigés :

« **Art. L. 1411-14**. - **Dans chaque région**, dans la collectivité territoriale de Corse et à Saint-Pierre-et-Miquelon**, un groupement régional** ou territorial **de santé publique a pour mission de mettre en oeuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique** mentionné à l'article L. 1411-11 en se fondant notamment sur l'observation de la santé dans la région.
« Il peut être chargé d'assurer ou de contribuer à la mise en oeuvre des actions particulières de la région selon des modalités fixées par convention.
« Un décret peut conférer à certains groupements une compétence interrégionale.

« **Art. L. 1411-15**. - **Le groupement régional** ou territorial **de santé publique est** une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, **constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre** :
« 1° **L'Etat et des établissements publics de l' Etat** intervenant dans le domaine de la santé publique, notamment l'Institut de veille sanitaire et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
« 2° **L'agence régionale de l'hospitalisation** ;
« 3° **La région**, la collectivité territoriale de Corse, Saint-Pierre-et-Miquelon, **les départements, communes ou groupements de communes**, lorsqu'ils souhaitent participer aux actions du groupement ;
« 4° **L'union régionale des caisses d'assurance maladie et la caisse régionale d'assurance maladie**, ou, dans les départements d'outre-mer, la caisse générale de sécurité sociale, ou, à Saint-Pierre-et-Miquelon, la caisse de prévoyance sociale.
« La convention constitutive de ce groupement doit être conforme à une convention type définie par décret.

« **Art. L. 1411-16**. - **Le groupement est administré par un conseil d'administration composé de représentants de ses membres constitutifs et de personnalités nommées à raison de leurs compétences**. Ce conseil est **présidé par le représentant de l'Etat dans la région**. **L'Etat dispose de la moitié des voix** au conseil d'administration.
« Le conseil d'administration arrête le programme d'actions permettant la mise en oeuvre du plan régional de santé publique et délibère sur l'admission et l'exclusion de membres, la modification de la convention constitutive, le budget, les comptes, le rapport annuel d'activité.
« Le directeur du groupement est désigné par le représentant de l'Etat dans la région. Le groupement peut, pour remplir les missions qui lui sont dévolues, employer des contractuels de droit privé.
« Il rend compte périodiquement de son activité à la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12.
« Les délibérations portant sur le budget et le compte financier du groupement ne deviennent définitives qu'après l'approbation expresse du représentant de l'Etat dans la région.

« **Art. L. 1411-17**. - **Les ressources du groupement** comprennent obligatoirement :
« 1° **Une subvention de l'Etat** ;
« 2° **Une dotation de l'assurance maladie** dont les modalités de fixation et de versement sont précisées par voie réglementaire.

« Art. L. 1411-18. - Les programmes mis en oeuvre par l'Etat, les groupements régionaux de santé publique, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés particulières des personnes les plus démunies et des personnes les plus vulnérables.

« Art. L. 1411-19. - Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

CIRCULAIRE RELATIVE À L'ORGANISATION DES SOINS EN CANCÉROLOGIE DU 22 FÉVRIER 2005

Ce 22 février, la DHOS publiait une circulaire (n° DHOS/SDO/2005/10) relative à l'organisation des soins en cancérologie, très attendue par de nombreux acteurs de la cancérologie puisqu'elle précise leurs champs d'action et leurs responsabilités en conformité avec le Plan Cancer.

En introduction de cette circulaire, sont annoncés les grands principes sur lesquels elle se fonde : équité d'accès aux soins, coordination des acteurs et qualité des pratiques professionnelles, et son centre de gravité : l'écoute et l'information des patients et de leurs familles. Suivent deux grandes parties : les principes d'une prise en charge de qualité pour un patient atteint de cancer et l'organisation régionale de l'offre de soins en cancérologie.

Les six principes d'une prise en charge de qualité sont un accès rapide au diagnostic, des conditions d'annonce du cancer organisées, l'information du patient et son accord sur l'orientation et les modalités de son parcours thérapeutique, une stratégie de traitement définie sur la base d'un avis pluridisciplinaire et des référentiels validés et régulièrement actualisés, la remise au patient d'un programme personnalisé de soins et une prise en charge globale et continue avec le domicile associant la mise en œuvre de traitements de qualité et l'accès aux soins de support.

L'organisation régionale de l'offre de soins en cancérologie est structurée en trois niveaux. D'abord, des établissements de santé, publics et privés, soumis à autorisation, participant à un réseau de cancérologie et équipés d'un centre de coordination en cancérologie, les « 3 C », dont les quatre objectifs sont l'assurance qualité, incluant la tenue de réunions de concertation pluridisciplinaire, l'organisation interne de la cancérologie, la traçabilité des pratiques et un suivi plus individualisé des patients. Ces structures de soins peuvent se regrouper et constituer un site de cancérologie.

Le territoire de santé constitue le deuxième niveau. Défini comme le territoire pertinent pour l'organisation des soins, on y retrouve un ou des sites de cancérologie, des établissements de santé associés (médecine polyvalente, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, structures de soins à domicile, structures médicosociales…) et des professionnels de santé libéraux. Un réseau territorial de santé assure la coordination entre les établissements et les professionnels libéraux.

Le troisième niveau est la région où l'on trouve d'une part, le pôle régional de cancérologie constitué par les établissements qui exercent des missions régionales hautement spécialisées de recours, d'expertise, de recherche clinique et d'innovation, et d'autre part, le réseau régional de cancérologie. Ce dernier a un rôle de coordination de l'ensemble des opérateurs. En mobilisant les compétences de ses membres, le réseau régional assure en particulier :

– la promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie en élaborant à partir des recommandations nationales des référentiels régionaux, en les diffusant et en les tenant à jour, en définissant quels dossiers devront être discutées en RCP ordinaires et/ou de recours et en développant des audits de qualité ;
– la promotion d'outils de communication communs au sein de la région (dossier patient informatisé, visioconférence)
– l'aide à la formation continue
– le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins afin d'élaborer un tableau de bord régional de cancérologie
– l'évaluation des membres et des pratiques au sein du réseau
– et l'information des professionnels et des patients, en élaborant en particulier un répertoire des moyens et des compétences au niveau de la région.

Résultat d'une large consultation, cette circulaire va permettre à tous les acteurs d'organiser une cancérologie « de proximité » centrée sur le patient afin de lui assurer la meilleure prise en charge quel que soit son lieu de vie.

Thérèse Bouchez

Médecin coordonnateur du réseau de cancérologie Concorde,
162 avenue Lacassagne, 69003 Lyon.
<therese.bouchez@chu-lyon.fr>

CRITÈRES D'AGRÉMENT POUR LA PRATIQUE DE LA CHIMIOTHÉRAPIE

Dans tout établissement titulaire de l'autorisation de traitement du cancer par la modalité de chimiothérapie, prévue à l'article R.6123-87 du code de la santé publique (CSP), les critères suivants de qualité de la prise en charge sont respectés :
La pratique de la chimiothérapie anticancéreuse correspond aux traitements médicaux utilisant l'ensemble des médicaments anticancéreux et des biothérapies, quel que soit leur mode d'administration par voie générale, y compris la voie orale. Sont également concernés les traitements administrés par voies intra-thécale, intra-péritonéale, intra-artérielle et intra-pleurale.

1 - L'établissement dispose à plein temps d'au moins un des médecins répondant aux qualifications requises par l'article D.6124-134 du CSP.

2 – Au moins un médecin, ayant les titres ou qualifications mentionnés à l'article D. 6124-134 du CSP et intervenant dans son domaine de compétence, participe, soit physiquement, soit par visioconférence, à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) au cours de laquelle le dossier d'un patient susceptible de recevoir une chimiothérapie est présenté.

3 - Le dossier de tout patient devant être traité par chimiothérapie contient notamment le compte rendu de la RCP, qui indique la proposition de traitement et ses modalités d'application, en particulier le niveau d'environnement de sécurité requis.

4 - Le programme personnalisé de soins (PPS) présenté au patient comporte au moins les informations suivantes:
- le calendrier prévisionnel des séances et des examens,
- les lieux de prise en charge,
- les modalités d'application et d'administration,
- les modalités de surveillance,
- les modalités de prise en charge des effets secondaires,
- les coordonnées de l'établissement et de la personne à joindre en cas de besoin.

5 - L'accès, sur place ou par convention, à la mise en place des dispositifs intraveineux de longue durée (DIVLD) est organisé.

6 - Le plan de formation de l'établissement comporte des formations spécifiques à la prise en charge des patients traités par chimiothérapie pour le personnel soignant concerné.

7 - Une démarche qualité, comportant notamment des réunions pluriprofessionnelles régulières de morbi-mortalité sur les événements sentinelles, est mise en place.

8 - Une auto-évaluation des pratiques en chimiothérapie est réalisée annuellement dans l'établissement, au moyen d'indicateurs définis par l'Institut national du cancer, et dans le cadre du suivi de la qualité de la pratique prévu à l'article R. 6123-95 du code de la santé publique. Ces données, anonymisées, sont transmises à l'Institut national du cancer en vue d'une synthèse à l'échelle nationale.

9 - Les dossiers des patients atteints de sarcomes des os et des parties molles sont discutés dans une réunion de concertation pluridisciplinaire régionale ou interrégionale spécifique, à laquelle participe au moins un médecin qualifié spécialiste en oncologie médicale.

10 - La décision de mise en œuvre d'un traitement de chimiothérapie pour une tumeur germinale est prise à l'issue de la RCP par un médecin qualifié spécialiste en oncologie médicale.

11 - Dans l'attente de la mise en place d'une unité centralisée, la préparation des anticancéreux est réalisée sous la responsabilité d'un pharmacien, dans des locaux dédiés, sous isolateur ou sous une hotte à flux d'air laminaire vertical avec évacuation vers l'extérieur.

12 - Une procédure permettant de réaliser une chimiothérapie en urgence est formalisée par écrit.

13 – La pharmacie dispose de la liste des protocoles de chimiothérapie couramment administrés dans l'établissement. La préparation, la dispensation et le transport de la chimiothérapie sont tracés à la pharmacie.

14 - Les modalités d'application et d'administration des médicaments anticancéreux sont formalisées et indiquent notamment : le nom des produits en DCI, les doses, la durée et la chronologie d'administration et les solvants.
Les consignes de surveillance, précisées par type de surveillance et par chronologie, et la conduite à tenir en cas de complications sont également formalisées.

15 - La prescription, informatisée ou établie sur une ordonnance pré-imprimée, l'administration et les observations sur la tolérance immédiate de la chimiothérapie sont tracées dans le dossier patient.

SORTIE DE RÉSERVE HOSPITALIÈRE

Le décret n° 2004-546 du 15 juin 2004, dit **décret de « rétrocession »** :

- modifie le régime des médicaments à prescription restreinte, désormais classés en 5 catégories,
- réorganise les modalités de leurs prescriptions et de dispensation au public.

Un objectif prioritaire : faciliter l'accès aux médicaments pour les patients ambulatoires

Certains médicaments jusqu'alors prescrits et dispensés exclusivement à l'hôpital sont désormais disponibles en ville. Les patients peuvent à présent obtenir ces traitements et les conseils nécessaires à leur bon usage auprès de leur pharmacien d'officine.

Pour les professionnels de santé

Le médecin de ville élargit son champ de prescription et son rôle dans le suivi de ses patients.
Le médecin hospitalier voit facilité le relais en ville de sa prescription initiée à l'hôpital.
Le pharmacien d'officine voit son champ de dispensation élargi à de nouveaux traitements/pathologies. Son rôle dans la prise en charge et le suivi du patient est renforcé.
Le pharmacien hospitalier recentre son activité sur la dispensation et la sécurisation du circuit du médicament au sein de l'établissement de santé et dispense les médicaments de la liste «rétrocession»** aux patients ambulatoires.

CE QU'IL FAUT RETENIR

Les catégories de médicaments à prescription restreinte*

1 — Médicaments Réservés à l'usage Hospitalier (RH)

EN PRATIQUE

Prescrits, uniquement par un médecin hospitalier (spécialiste, si l'AMM le prévoit)
Dispensés et utilisés uniquement dans le cadre d'une hospitalisation

Non disponibles pour les patients ambulatoires

2 — Médicaments de Prescription Hospitalière (PH)

EN PRATIQUE

Prescrits uniquement par un médecin hospitalier (spécialiste, si l'AMM le prévoit)

3 — Médicaments à Prescription Initiale Hospitalière (PIH) ET Médicaments à Prescription initiale Réservée à certains médecins Spécialistes (PRS)

EN PRATIQUE

Prescrits initialement par un médecin hospitalier/spécialiste

Informer le patient sur le délai de validité de la prescription initiale
(si l'AMM prévoit l'établissement de l'ordonnance initiale à intervalles définis)

Renouvellement par tout médecin :
- Vérifier le délai prévu par l'AMM
- **Reporter les mentions de l'ordonnance initiale** (posologies et durées de traitement pouvant être modifiées)

4 — Médicaments Réservés à certains médecins Spécialistes pour toute prescription (PRS)

EN PRATIQUE

Prescrits uniquement par un médecin spécialiste disposant des qualifications ou titres indiqués dans l'AMM

5 — Médicaments nécessitant une Surveillance Particulière pendant le traitement (SP)

Peut s'ajouter aux catégories (1) à (4) (RH, PH, PIH et PRS)

EN PRATIQUE

Mentionner sur l'ordonnance :
- Les examens effectués et le respect des conditions prévues par l'AMM pour conduire le traitement.

Si l'AMM le prévoit :
- La date de réalisation des examens
- Le délai limite de dispensation
- La délivrance d'une information sur les risques et/ou d'un support d'information ou de suivi

Mentionner systématiquement sur l'ordonnance : • en-tête de l'établissement, numéro de téléphone du prescripteur

Mentionner le cas échéant :
- la qualification du prescripteur (si prescription réservée à un spécialiste)
- la délivrance d'une information sur les risques liés au médicament (si l'AMM le prévoit)

Le service hospitalier enregistre les coordonnées de l'officine qui dispensera le traitement au patient

Disponibles pour les patients ambulatoires

- **En officine**
- **Auprès des pharmacies hospitalières si inscrits sur la liste «rétrocession»****
  (double circuit ville/hôpital possible pour certains médicaments)

* Médicaments à prescription restreinte : c'est-à-dire appartenant à l'une des 5 catégories suivantes :
RH : Réservé à l'usage Hospitalier,
PH : soumis à Prescription Hospitalière,
PIH : Prescription Initiale Hospitalière,
PRS : Prescription Réservée à certains Spécialistes,
SP : Surveillance Particulière.

** Liste «rétrocession» : liste des médicaments pouvant être vendus au public par les pharmacies hospitalières.

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT[(1)]

I - PROBLEMATIQUE GENERALE

A. Qu'est ce que l'éducation thérapeutique du patient et à quels patients s'adresse-t-elle ?

L'éducation thérapeutique est un ensemble de pratiques visant à permettre au patient l'acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec ses soignants.

L'éducation thérapeutique s'adresse aux patients atteints essentiellement de maladies chroniques (par exemple diabète, asthme, insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique), mais aussi de maladies de durée limitée (par exemple, épisodes pathologiques nécessitant un traitement anticoagulant ou antalgique prolongé). Les pathologies en cause sont souvent asymptomatiques en dehors de leurs manifestations initiales, mais elles nécessitent au quotidien de la part des patients une adhésion étroite aux diverses modalités du traitement et de la surveillance (prise de médicaments, suivi de régime, auto-surveillance de paramètres biologiques, etc.) afin d'éviter la survenue de complications.

L'organisation de l'éducation thérapeutique est devenue aujourd'hui une nécessité du fait :

- de l'accroissement du nombre des malades chroniques,
- de la mauvaise observance fréquente des prescriptions qui diminue l'efficience de la prise en charge thérapeutique – en particulier pour ce qui est de la survenue de complications aiguës ou chroniques de la maladie causale – et qui fait courir le risque de complications liées au traitement lui-même,
- de l'évolution des attitudes et comportements des patients vis à vis de la santé et des professionnels de santé : difficultés face à une diffusion incontrôlée des connaissances médicales, demande d'informations et de participation aux décisions médicales le concernant, acquisition de droits (droits des patients ou droits des usagers), émergence d'une " citoyenneté de santé ".

(1) : Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique - Rapport du groupe de travail de la DGS

II - STRATEGIES ET CONTENUS DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

A. Il s'agit de mettre en place une **nouvelle stratégie de prise en charge des maladies chroniques,** dans un système de santé encore majoritairement tourné vers les maladies aiguës alors que " les rôles des soignants sont diamétralement différents dans ces deux situations thérapeutiques ". Elle nécessite une réorganisation des soins et une intégration de modèles explicatifs.

1.La démarche éducative s'appuie sur l'établissement d'un **diagnostic éducatif, culturel et social**. Ce diagnostic doit permettre au professionnel :

- d'identifier les représentations du patient, ses croyances, ses attitudes et ses connaissances vis-à-vis de la maladie, de la physiologie concernée par la maladie, et du traitement
- d'identifier le type de " gestion " ou " contrôle " qu'a le patient de sa maladie (ceci renvoie à la notion de Health Locus of Control) : soit un contrôle interne permettant une attitude active, soit un contrôle externe amenant une attitude passive. Il faut noter que ce type de gestion dépend fortement de certaines variables : homme ou femme, niveau socioculturel, insertion sociale, entourage familial…
- d'identifier son stade d'acceptation de la maladie (cf. A. Lacroix)
- d'identifier et comprendre ses priorités

La relation ne se limite pas au soignant et au patient, mais doit aussi intégrer autant que possible l'entourage familial. L'interaction avec les familles est indispensable s'il s'agit d'un enfant. Le support social revêt une importance majeure dans la gestion d'une maladie chronique.

Ce diagnostic permet également au patient de mieux se connaître et de savoir ce qu'il peut attendre de l'éducateur.

2. Les contenus de l'éducation sont d'ordre cognitifs (connaître la maladie, les traitements…), pratiques (mise en œuvre du traitement). Ils doivent également intégrer tout le savoir acquis sur le patient dans son contexte psychosocial.

3. Différents niveaux d'éducation peuvent être distingués.

Par exemple, deux ou trois niveaux sont actuellement définis pour la prise en charge éducative des patients diabétiques :

- un premier niveau " de survie, " comprend l'apprentissage des gestes élémentaires d'auto soin ;
- un second niveau permet de développer une auto-prise en charge fine dans les différents domaines, de la diététique aux soins du pied ;
- un troisième niveau, ayant pour objectif de répondre à des demandes des patients encore plus personnalisées (notamment l'exploration des difficultés spécifiques des patients en échec) est proposé à certains patients ayant déjà acquis les deux premiers niveaux.

Il faut viser l'autonomisation du patient, dans le cas où celle-ci est acceptable et bénéfique pour sa santé. Il est fondamental que cette autonomisation soit progressive et respectueuse des désirs et des capacités de la personne et de son environnement.

4. Une **complémentarité** éducation individuelle / éducation en groupe doit pouvoir être envisagée.

5. Comme pour toute éducation, il n'existe pas une **méthode pédagogique** universelle pour l'éducation des patients. La pédagogie de la santé " emprunte à la plupart des méthodes connues dans les différents secteurs de l'éducation, mais aussi en crée régulièrement de nouvelles. Globalement, le choix pédagogique est déterminé par quatre types de considérations : la catégorie d'âge du patient, les objectifs pédagogiques, le respect de certains principes fondamentaux de l'apprentissage, le contexte dans lequel s'effectue l'éducation. " (JF D'IVERNOIS, Éducation du patient en pathologie chronique).

6. Pour assurer le développement et améliorer les pratiques de l'éducation du patient, tant dans les activités quotidiennes de soins, que dans la formation ou la recherche, il est indispensable d'établir **des cadres théoriques, des référentiels clairs et explicites.** Il est indispensable de veiller à ce que :

- chaque programme ou action ait explicitement identifié le modèle ou la théorie sur lesquels il se fonde,
- les modèles choisis et utilisés correspondent à l'état actuel des connaissances scientifiques,
- les modèles soient congruents avec les principes éthiques sous-jacents à l'éducation thérapeutique.

B. L'évaluation des pratiques professionnelles et de leur impact sur le patient doit permettre de mesurer :

- les **effets** à court, moyen et long terme : modification des savoirs et des savoir-faire, meilleure acceptation de la maladie, amélioration de la santé et de la qualité de vie - appréciées au moyen d'indicateurs subjectifs et objectifs.
- le **processus et la qualité** de l'éducation du patient, la capacité du processus à générer certains effets : l'évaluation portera sur la formalisation et la visibilité des pratiques, les contenus éducatifs, les outils éducatifs, l'organisation, la faisabilité.
- le **changement des pratiques**.
- **l'incidence économique**.

C. La recherche est indispensable pour alimenter un corpus théorique, faire progresser la réflexion, formuler des hypothèses, intégrer l'expérience du terrain, élaborer les contenus et les méthodes, guider l'évaluation des pratiques. Les connaissances sont encore parcellaires, que ce soit par pathologie ou par problématique.

Les principes à respecter pour toute recherche engagée dans ce domaine sont les suivants :

1- La perspective épistémologique doit être cohérente avec les principes de l'éducation du patient, et en particulier son interdisciplinarité est indispensable ;

2- La recherche doit s'appuyer sur le corpus de savoirs existant (y compris les recherches existantes et les revues scientifiques spécialisées) ;

3- Les référentiels théoriques doivent être aussi interdisciplinaires, ou alors propres à l'éducation pour la santé et l'éducation du patient (qui sont interdisciplinaires). En d'autres termes, il n'y a pas d'intérêt à une recherche strictement biomédicale, ou pédagogique, ou épidémiologique, etc.…

Les recherches devraient porter sur :

- les expériences et les représentations de la maladie, des traitements, de la physiologie
- les comportements des malades et leurs divers déterminants
- l'organisation des connaissances et leurs modalités de mise en œuvre
- les interactions entre soignants-éducateurs et patients
- les processus d'éducation du patient
- les effets des méthodes, outils et programmes
- l'intégration des résultats de la recherche dans la pratique éducative : outils, méthodes, formation des soignants-éducateurs

Il peut s'agir de recherche appliquée (ou recherche de développement), de recherche-action ou de recherche évaluative.

III – LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

A. Constat

1.Si l'on assiste à un début de généralisation de l'éducation thérapeutique du patient en pratique hospitalière (pour certaines pathologies) et un développement naissant en médecine de ville (réseaux…) les pratiques médicales demeurent encore majoritairement centrées sur le soin curatif et la maladie aiguë. Les aspects psychosociaux et pédagogiques sont insuffisamment pris en compte dans les soins.

2. Dans la formation des professionnels de santé, on perçoit l'émergence discrète de formations en éducation du patient, en lien avec une demande croissante des professionnels. Toutefois les formations " classiques " restent largement majoritaires et centrées sur le soin curatif et la maladie aiguë . Les sciences humaines sont très faiblement représentées dans les formations initiales et continues (elles manquent surtout d'intégration).

B. Les professionnels impliqués dans l'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient concerne tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques ou prolongées ou de certaines maladies de durée limitée : médecins généralistes et spécialistes (hospitaliers et libéraux), pharmaciens, dentistes, psychologues, sages-femmes, professions paramédicales (hospitalières et libérales), diététiciens.

Elle concerne aussi des intervenants non soignants qui doivent être pris en compte dans l'organisation de la prise en charge des maladies chroniques : le patient lui-même, les associations de patients, les travailleurs sociaux.

C. Formation des professionnels de santé à la méthodologie de l'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique doit être réalisée par des professionnels formés à cet effet et justifiant de compétences validées, en particulier pédagogiques, auxquelles leur formation initiale les a actuellement peu ou pas préparés. Cette formation doit permettre aux professionnels l'acquisition d'une compétence nouvelle qui s'inscrit dans le cadre de leur activité de soins, sans devenir une sous spécialité.

Un enseignement généraliste concernant la problématique et la méthodologie de l'éducation thérapeutique du patient devra obligatoirement être dispensée à tous les futurs professionnels de santé dans le cadre de leur cursus de formation initiale, selon des modalités spécifiques à chacune des formations. Il importe en effet de favoriser l'apparition d'une culture commune en éducation du patient.

D. Niveaux de formation

On peut définir **trois niveaux de fonction** des professionnels en éducation du patient :

- Soignants éducateurs
- Coordinateurs d'équipe, d'actions ou de programmes en éducation du patient
- Formateurs de soignants-éducateurs en éducation du patient

Un premier niveau de formation s'adresse à tout professionnel désireux d'acquérir la fonction de **soignant éducateur**. Il comprendra un certain nombre d'heures (à définir)* d'enseignement théorique et pratique, dispensés par des enseignants certifiés dans des structures publiques (université, écoles paramédicales), privées et associatives, homologuées par la Commission nationale d'agrément**. Cette formation pourra et peut d'ores et déjà être acquise dans le cadre de la formation continue.

Un second niveau de formation permettant d'exercer les fonctions de **coordinateur** ou de **formateur de soignants éducateurs** sera acquis par des diplômes universitaires : DU, DIU, DESS, au terme d'une formation théorique et pratique. Ces diplômes seront accessibles aux différentes catégories de professionnels de santé, salariés ou libéraux, par validation d'acquis. Le nombre des diplômes existants actuellement devra être augmenté.

** Éducation thérapeutique du patient - Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS - 1998 - Page 31*

*** La création d'une **Commission nationale d'agrément** des formations en éducation thérapeutique du patient est recommandée. Elle délivrera aux formations un agrément pour 5 ans, sur la base d'un cahier des charges prédéfini.*

E. Modalités des formations

Ces formations doivent s'appuyer sur les contenus et objectifs pédagogiques définis par les groupes d'experts de l'OMS.

Il est recommandé :

- de favoriser l'émergence d'institutions de formation des professionnels dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient ;
- de favoriser le développement et la labellisation de formations pluri-professionnelles, qu'elles soient transdisciplinaires ou disciplinaires ;
- de développer de nouveaux modes de formation faisant une place importante à la pluridisciplinarité, au développement de l'interactivité, aux mises en situation ;
- de promouvoir des formations associant toujours un versant théorique et un versant de mise en pratique des connaissances théoriques acquises ;
- de tenir compte de facteurs limitants tels que les problèmes d'accessibilité économique et en temps à ces formations (notamment pour les praticiens libéraux) ;
- de prévoir la prise en compte des professionnels déjà expérimentés en éducation du patient et valoriser leur acquis, aussi bien en milieu hospitalier qu'en milieu libéral.

F. Compétences attendues des professionnels

Elles ont été définies par le groupe d'experts de l'OMS Europe (*traduction non officielle de Assal JPh, Deccache A, D'Ivernois JF, décembre 1998)* :

1. Critères de compétences des **soignants - éducateurs**

Les soignants doivent être en mesure de :

- adapter leurs comportements professionnels aux patients et à leur affection (chronique/aiguë) ;
- adapter la prise en charge thérapeutique aux patients, considérés individuellement et en tant que membres d'une famille ou d'un groupe ;
- articuler leurs rôles et actions avec ceux de leurs collègues soignants-éducateurs avec lesquels ils coopèrent ;
- communiquer de manière empathique avec les patients ;
- reconnaître les besoins des patients (objectifs, définis par les soignants, et subjectifs, propres aux patients et à leur vie) ;
- prendre en compte l'état affectif, le vécu, l'expérience et les représentations des patients ;
- aider les patients à apprendre (se préoccuper de ce qu'ils apprennent et non seulement de ce qu'on leur enseigne) ;
- enseigner aux patients à " gérer " leur maladie et utiliser adéquatement les ressources sanitaires, sociales et économiques disponibles ;
- aider les patients à organiser leur " mode de vie " ;
- éduquer les patients et les conseiller sur la réaction face aux crises et épisodes aigus, ainsi que sur les facteurs personnels, psychosociaux et environnementaux qui influencent leur manière de gérer leur état de santé ;

• choisir et utiliser adéquatement les techniques et outils éducatifs disponibles (contrat pédagogique, brochures explicatives ou aide-mémoire, témoignages de patients,...) ;

• prendre en compte, dans les traitements et soins de longue durée, les dimensions éducative, psychologique et sociale ;

• évaluer les effets thérapeutiques de l'éducation, tant cliniques que biologiques, psychosociaux, pédagogiques, sociaux et économiques, et ajuster le processus éducatif ;

• évaluer régulièrement et ajuster les pratiques et performances éducatives des soignants.

2. Les " **cadres et coordinateurs** " d'éducation du patient doivent en outre être capables de :

• promouvoir, concevoir, implanter et évaluer des programmes d'éducation du patient dans les institutions et services de soins (hôpital, médecine de ville, soins à domicile, ...) ;

• concevoir des outils éducatifs appropriés ;

• former les soignants-éducateurs et conduire des recherches en éducation thérapeutique du patient."

STRUCTURATION D'UN PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DANS LE CHAMP DES MALADIES CHRONIQUES

La Haute Autorité de santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé publient un guide méthodologique

La Haute Autorité de santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé publient un guide méthodologique intitulé « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques ». Ce document repose sur la réflexion de groupes de travail et de lecture, sur la consultation de professionnels impliqués dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et sur les résultats de réunions avec des patients. Ce guide a pour objectif de proposer un cadre méthodologique aux professionnels de santé, aux organisations professionnelles et aux associations de patients pour favoriser le développement de l'éducation thérapeutique du patient et la mise en place de programmes structurés d'ETP pour les patients qui ont une maladie chronique. Parallèlement, la HAS diffuse un rapport qui analyse les données médico-économiques et organisationnelles disponibles et propose des orientations pour mettre en place et pérenniser des programmes d'ETP.

L'éducation thérapeutique du patient est une pratique et un domaine scientifique jeune et en évolution, qui trouve un ancrage à la fois dans la médecine, la pédagogie de la santé et les sciences humaines et sociales. La démarche éducative repose essentiellement sur la relation de soin et sur une approche structurée et inscrite dans la durée. Elle accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé.

En réponse à la demande croissante des professionnels de santé, de leurs instances (sociétés savantes, collèges, etc.), des patients, de leurs proches et de leurs associations, ainsi que des institutionnels (ministère de la santé, caisses d'assurance maladie), la HAS et l'Inpes ont souhaité proposer un cadre méthodologique général et transversal aux maladies chroniques afin que des programmes puissent être élaborés et évalués.

Au vu de la diversité des pratiques existantes en France et des limites de la littérature disponible, ce travail propose un cadre général pour répondre aux besoins éducatifs des patients atteints de maladies chroniques. Le cadre méthodologique proposé constitue un cadre non normatif dont l'objectif est de faciliter à l'avenir la mise en oeuvre d'actions structurées d'ETP. Il pourra être décliné pour faciliter la mise en œuvre d'actions adaptées au contexte particulier de chaque maladie chronique et de chaque mode de prise en charge (établissements de santé, réseaux, soins de ville, etc.).

Sur la base de ce guide, et afin d'en faciliter l'appropriation par les professionnels et les patients, la HAS propose une déclinaison en trois recommandations et un rapport qui analyse les données médico-économiques et organisationnelles disponibles et propose des orientations pour mettre en place et pérenniser des programmes d'ETP. Ces documents sont disponibles sur le site Internet de la HAS.

Guide Méthodologique

Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques

Objectifs

- Définir l'éducation thérapeutique du patient (ETP), ses finalités, son organisation.
- Décrire la démarche d'ETP, le contenu de ses étapes.
- Proposer une structuration de programme d'ETP.
- Proposer une évaluation du processus d'ETP.
- Proposer une réflexion pour évaluer l'efficacité de l'ETP.

Ce texte est consultable en ligne à l'adresse **: http://www.has-sante.fr**

LOI N° 2009-879
DU 21 JUILLET 2009

portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

JORF n°0167 du 22 juillet 2009
page 12184
texte n° 1
LOI
NOR : SASX0822640L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009 ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I^ER : MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE
CHAPITRE I^ER : MISSIONS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Article 84

I. - Le livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VI ainsi rédigé :

TITRE VI
ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT
Chapitre I^er
Dispositions générales

Art. L. 1161-1. - L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.
Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.
Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, 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.

Art. L. 1161-2. - 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. Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.

Art. L. 1161-3. - Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles 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.

Art. L. 1161-4. - Les programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3 ne peuvent être ni 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. Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions ou programmes mentionnés aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions.

Art. L. 1161-5. - Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.
Ils sont mis en œuvre par des professionnels de santé intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament. Il ne peut y avoir de contact direct entre l'entreprise et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.
Le programme d'apprentissage est proposé par le médecin prescripteur à son patient ; il ne peut donner lieu à des avantages financiers ou en nature.
La mise en œuvre du programme d'apprentissage est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux.
Il peut être mis fin à cette participation, à tout moment et sans condition, à l'initiative du patient ou du médecin prescripteur.
Ces programmes d'apprentissage ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces programmes sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, après avis des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 et pour une durée limitée.
Si les programmes d'apprentissage ou les supports relatifs à ces programmes ne respectent pas les dispositions de l'autorisation délivrée en application du présent article, l'agence retire l'autorisation et, le cas échéant, ordonne l'arrêt immédiat des actions mises en place et le retrait des documents diffusés.

Art. L. 1161-6. - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre II
Dispositions pénales

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.

II. - Le chapitre Ier du titre II du livre V de la première partie du même code est complété par un article L. 1521-7 ainsi rédigé :

Art. L. 1521-7. - Le titre VI du livre Ier de la présente partie est applicable dans les îles Wallis et Futuna sous réserve de l'adaptation suivante :
A l'article L. 1161-2, les mots : " des agences régionales de santé ” sont remplacés par les mots : " de l'agence de santé ” ».

III. - L'article L. 5311-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé : « L'agence est également chargée du contrôle du respect des dispositions des autorisations délivrées en application de l'article L. 1161-5. »

IV. - Les promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient déjà mis en œuvre avant la publication de la présente loi ont jusqu'au 1er janvier 2011 pour obtenir l'autorisation de ces programmes auprès des agences régionales de santé compétentes.

V. - Un rapport sera présenté au Parlement avant le 31 décembre 2010 sur la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient et sur leurs financements, notamment sur la possibilité d'un fonds national.

Ce texte est consultable en ligne à l’adresse :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id

CERTIFICATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, la procédure de certification des établissements de santé a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement.

La version 2010 représente une importante évolution du dispositif de certification. L'objectif est d'offrir au système de santé un dispositif qui apporte une réponse pertinente et équilibrée aux attentes des usagers, des professionnels de santé et des pouvoirs publics :

- la certification doit délivrer une information accessible et claire à destination des usagers ;
- elle doit renforcer sa place en tant qu'outil de management interne aux établissements ;
- elle doit créer les conditions d'un intérêt à agir des professionnels de santé ;
- elle doit enfin assurer son rôle dans la régulation des établissements de santé par la qualité. Les résultats de certification doivent devenir l'élément incontournable pour appréhender la qualité des établissements.

Si la V1 de la certification avait vocation à initier la démarche, si la V2 avait privilégié une médicalisation de la démarche, le nouveau dispositif a été pensé et développé pour mettre en œuvre une certification à la fois plus continue et efficiente.

L'ensemble des textes de certifications est consultable en ligne à l'adresse :
http://www.has-sante.fr

- Version 2007
- Version 2010
- Version 2010 révisé 2011

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Manuel de certification des établissements de santé

V2010 - Révisé en avril 2011

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Dans ce livret, sont abordées plus particulièrement les références axées sur la prise en charge des patients atteints d'un cancer.

CHAPITRE 2 :
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Référence 11 : L'information, la participation et le consentement du patient

L'évolution des représentations et du droit fait du patient un partenaire et un acteur de ses soins.

La loi du 4 mars 2002 (CSP articles L. 1111-2, L. 1111-4 et suivants) réaffirme le droit du patient d'être informé, associé à toutes les décisions de prévention, de diagnostic et de soin qui le concerne. Elle introduit la possibilité pour le patient d'être accompagné et soutenu par une personne de confiance et renforce les exigences en matière d'information du patient en cas de survenue d'événement indésirable.

Le respect de ces droits à l'information et au consentement est un objectif essentiel pour les établissements de santé et leurs professionnels, qui doivent mettre en place des organisations pertinentes destinées à faciliter leur exercice.

Critère 11.a Information du patient sur son état de santé et les soins proposés

L'information du patient en établissement de santé n'est pas l'affaire d'un seul professionnel mais doit faire l'objet d'un travail d'équipe et d'une organisation. Cette organisation doit être mise en place pour tous les patients, y compris les patients hospitalisés sans consentement, et prend une dimension particulière en cas de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé.

Le dispositif d'information comporte :

- des entretiens, renouvelés si nécessaire, et adaptés à la nature des informations fournies (mauvaise nouvelle, etc.) et aux caractéristiques des personnes concernées (âge, état psychique, etc.). Les enfants, notamment, doivent être destinataires d'une information adaptée sur leur diagnostic et leur prise en charge, en plus de l'information délivrée aux parents. Les entretiens doivent se dérouler dans des conditions appropriées (colloque singulier, lieu calme, temps suffisamment long spécifiquement dédié à la personne malade, attitude d'écoute, etc.) ;
- une information orale complétée, si besoin, par des supports écrits remis et expliqués au patient ;
- l'instauration d'une coordination entre les différents professionnels autour de la délivrance de l'information et de l'élaboration du projet de soin, personnalisé issu de cette information (désignation d'un référent, etc.), dans le respect du principe de la confidentialité des informations ;
- l'accès possible pour le patient à des ressources d'information extérieures à la situation de soin (ex. : associations de patients, d'usagers, de bénévoles, espaces dédiés à l'information des patients, ressources Internet, etc.).

E1 | Prévoir

Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.

Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.

E2 | Mettre en œuvre

Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).

L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue donne lieu à des actions d'amélioration.

Critère 11.b Consentement et participation du patient

Tout professionnel de santé a l'obligation d'informer le patient "sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences en cas de refus" (article L. 1111-2 du Code de la santé publique) afin d'obtenir de lui un consentement "libre et éclairé" à l'acte médical (article L. 1111-4 du Code de la santé publique).

Le consentement du patient à sa prise en charge doit également être recherché en cas d'hospitalisation sans consentement.

Le recueil du consentement doit se faire au cours d'un entretien individuel. Sauf dans certains cas prévus par la loi (certains prélèvements, recherche biomédicale, etc.), il n'est pas requis que le recueil du consentement prenne la forme d'un écrit signé par le patient.

E1 | Prévoir

Une organisation est définie permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin.

E2 | Mettre en œuvre

La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.

Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.

CHAPITRE 2 :
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Référence 17 : L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé

Critère 17.a Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé

L'évaluation initiale globale (somatique, psychique et sociale) de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de soins personnalisé (PSP). Pour chaque patient, ce projet est élaboré et réajusté tout au long de sa prise en charge à partir des évaluations périodiques de son état de santé ; il permet la coordination entre les professionnels au sein d'un même service et entre les différents secteurs d'activité.

Les modalités de prise en charge et les résultats à atteindre en termes d'amélioration de l'état de santé du patient sont adaptés aux besoins et aux capacités propres de celui-ci. Le projet doit promouvoir, la recherche de l'autonomie, la réadaptation, la réinsertion, la santé et le bien-être du patient.

Pour les établissements susceptibles d'accueillir des personnes hospitalisées sans leur consentement et/ou des détenus, il sera tenu compte de recommandations du contrôleur général des lieux de privation de liberté : "L'accompagnement des malades hospitalisés sans consentement doit être intégré dans l'organisation des services, afin qu'ils soient en mesure de prendre part aux activités thérapeutiques aussi régulièrement que leur état de santé le permet. Les précautions de sécurité s'appliquant aux personnes détenues ne doivent pas donner lieu à la dispensation de soins distincts et appauvris au sein de l'hôpital et à la suspension des droits mis en œuvre dans l'établissement pénitentiaire".««««

E1 | Prévoir

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et prend en compte l'ensemble de ses besoins.

L'organisation des prises en charge, en fonction des objectifs de soin, permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.

E2 | Mettre en œuvre

L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.

Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).

La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.

Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage.

E3 | Évaluer et améliorer

Des actions d'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.

Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.

Référence 18 : La continuité et la coordination des soins

Critère 18.a Continuité et coordination de la prise en charge des patients

La continuité des soins et la coordination de la prise en charge s'évaluent au sein de l'établissement, mais aussi à l'occasion des transferts du patient vers d'autres structures. La continuité des soins concerne l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement (secteurs de soins, secteurs logistiques, etc.).

La continuité s'apprécie selon les axes suivants :

- l'accessibilité et la qualité de l'information ;
- la qualité de la relation thérapeutique qui s'établit entre un patient et une équipe pluriprofessionnelle ;
- une planification des soins cohérente dans le temps ;
- l'organisation mise en place pour assurer la permanence des soins ;
- une coordination et une concertation entre les acteurs internes et externes.

En psychiatrie, la coordination des soins connaît une importance particulière du fait – notamment en psychiatrie de secteur – de la fréquente multiplicité des intervenants qui opèrent simultanément et/ou successivement. Ces différents intervenants (médicaux, paramédicaux, psychologues, travailleurs sociaux, enseignants, etc.) ont des statuts variés au regard du secret professionnel, ce qui nécessite des règles précises et explicites pour les échanges d'informations nécessaires à la coordination et à la continuité des soins.

Par ailleurs certaines prises en charge associent des professionnels hospitaliers et des professionnels du champ libéral ambulatoire ou du champ médico-social, social ou encore judiciaire. Au sein même du secteur de psychiatrie il est important de coordonner les prises en charge intra et extra-hospitalières ou entre secteurs (en fonction des spécificités de ceux-ci ou des changements territoriaux des patients).

E1 | Prévoir

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24.

Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.

Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.

E2 | Mettre en œuvre

Les secteurs d'activité collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite.

Un (ou des) professionnel(s) référent(s) est (sont) désigné(s) pour la prise en charge du patient.

E3 | Évaluer et améliorer

La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.

CHAPITRE 2 :
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19.a Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

La prise en charge de personnes appartenant à des groupes ou populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers nécessite une adaptation de l'organisation des établissements de santé. Le management d'un établissement de santé doit assurer la mise en place de politiques et d'organisations permettant de répondre aux besoins spécifiques de ces populations. Cette approche concerne, dans la version V2010, les populations suivantes :

- les personnes âgées ;
- les patients porteurs de maladies chroniques ;
- les enfants et adolescents ;
- les personnes atteintes d'un handicap ;
- les personnes démunies ;
- les personnes détenues.

Il appartient à chaque établissement d'identifier les populations qui le concernent particulièrement ; il réalise une auto-évaluation pour chaque population identifiée.

À titre d'exemple et d'éclairage, certains des enjeux en termes de contexte et de qualité de la prise en charge sont rappelés pour plusieurs populations.

Les personnes âgées

Certaines spécificités de la prise en charge des patients âgés doivent être prises en compte :

- la polypathologie et la polymédication qui augmentent le risque iatrogénique et augmentent le nombre d'intervenants auprès du patient ;
- la dénutrition qui augmente avec l'âge : elle est particulièrement fréquente en établissement de santé ;
- la dépression du sujet âgé, dont le repérage n'est pas toujours aisé : elle augmente le recours aux soins et à l'hospitalisation, le risque de complications somatiques, de dépendance et d'institutionnalisation ;
- les troubles cognitifs, qui conduisent à impliquer fortement les aidants familiaux ou professionnels.

La prise en charge du patient âgé polypathologique, et donc le plus souvent du patient âgé de plus de 80 ans, doit privilégier une prise en charge globale avec l'ensemble des acteurs de soins.

Une réflexion doit être mise en œuvre au sein de l'établissement afin d'établir un parcours de soins coordonné et d'offrir une filière de soins cohérente qui apporte une prise en charge adaptée à la personne et à son environnement, permettant d'éviter des hospitalisations non appropriées.

Les enfants et adolescents

Les enfants et les adolescents sont une population dont les besoins sont spécifiques et évoluent avec l'âge.

L'enfant est une personne en constant développement et il doit non seulement recevoir les soins adaptés à son état, mais aussi les recevoir dans des conditions et un environnement où son développement pourra se poursuivre et les conséquences psychologiques de l'hospitalisation être minimisées.

La prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents nécessite avant tout que les professionnels et tous les intervenants soient formés aux spécificités de la prise en charge des enfants concernant l'accueil, l'information, la relation triangulaire parent-enfant-soignant, l'évaluation psychologique des conséquences de la maladie et de l'hospitalisation, la présence des proches, la prise en charge de la douleur, les besoins éducatifs et culturels.

Cette prise en charge des enfants et des adolescents doit se faire dans des lieux adaptés et dédiés dont l'aménagement tient compte de la pathologie et de l'âge des enfants.

La mise en œuvre d'une prise en charge respectueuse des besoins et des droits des enfants s'appuiera sur les principes énoncés dans la Convention internationale des droits de l'enfant, la Charte de l'enfant hospitalisé et ses commentaires ainsi que sur les préconisations des circulaires relatives à la prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents (notamment circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, circulaire DGS/DH n° 132 du 16 mars 1988 "L'adolescent et l'hôpital, amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents").

Les patients porteurs de maladies chroniques

On estime qu'environ 45 % de la population française souffre d'une maladie chronique. La prise en charge des personnes atteintes de ces affections nécessite :

- la mise en place d'une coordination entre les acteurs de santé, en particulier dans le cadre des réseaux de soins. Les établissements de santé doivent participer à cette coordination, notamment par la mise en place d'un dialogue avec le médecin traitant. Le rôle des aidants dans la mise en place d'une prise en charge coordonnée doit aussi être pris en compte ;
- l'organisation d'un accès aux dispositifs d'éducation thérapeutique ;
- l'organisation d'un accès à toutes les autres ressources permettant de soutenir les personnes atteintes de maladies chroniques et leur entourage et de les informer : liens avec des associations de patients, des espaces d'information, etc.

CHAPITRE 2 :
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Référence 19 : Les prises en charge particulières

Critère 19.a Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Les personnes détenues :

Certaines spécificités de la prise en charge des patients détenus doivent être prises en compte :

- la polyconsommation de substances addictives augmente le risque iatrogénique et suicidaire. Conformément au Plan d'actions stratégiques 2010-2014 concernant les politiques de santé pour les personnes placées sous main de justice, la mesure 12.2 prévoit une prise en charge adaptée dans chaque établissement ;
- le risque suicidaire étant particulièrement élevé, les professionnels doivent être en situation de pouvoir repérer les patients à risque et de leur accorder une attention spécifique ;
- la prise en charge du patient détenu nécessite une prise en charge globale et un travail de coopération active avec le personnel pénitentiaire ;
- dans le cas d'hospitalisation, en hôpital de proximité ou en services spécialisés (UHSI, UHSA), tout élément du dossier médical doit être transmis à l'équipe médicale de l'UCSA rattachée à l'établissement pénitentiaire du détenu ;
- toutes les mesures relatives au respect de la liberté du patient s'appliquent de plein droit au patient détenu dans la limite des contraintes liées à la sécurité.

E1 | Prévoir

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé et comprend, notamment, un repérage et une évaluation des besoins.

E2 | Mettre en œuvre

La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en œuvre.

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

E3 | Évaluer et améliorer

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.

L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.

Champ d'application :

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

CHAPITRE 2 :
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Référence 23 : L'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage

Critère 23.a Éducation thérapeutique du patient

L'ETP concerne les maladies chroniques (diabète, asthme, insuffisance rénale, maladies cardio-vasculaires, schizophrénie, etc.) mais également les situations ou maladies de courte durée qui nécessitent une acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, comme les suites complexes de chirurgie, les prises de traitement comportant des adaptations de doses, une surveillance spécifique, des changements d'habitude de vie, etc.

Elle peut être mise en œuvre dans divers secteurs d'activité (médecine, chirurgie, rééducation fonctionnelle, psychiatrie, HAD, etc.).

Elle est proposée dès l'annonce du diagnostic de la maladie ou, le cas échéant, à tout autre moment de la maladie. Elle est mise en œuvre par des professionnels de santé formés à la démarche au sein d'un service, d'un secteur d'activité ou de manière transversale. Des modalités de coordination doivent être mises en place avec et autour du patient pour assurer la cohérence et la continuité de la démarche : définition en commun des différents aspects de la prise en charge, proposition d'un programme personnalisé d'ETP, programmation et organisation des activités d'ETP, partage des informations, modalités de poursuite de l'ETP au-delà du séjour du patient.

L'ETP est une démarche structurée et coordonnée centrée sur les besoins du patient. Elle vise à aider les patients et le cas échéant leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences d'auto-soins et d'adaptation dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie, en particulier avec une maladie chronique. L'ETP permet par exemple au patient de soulager ses symptômes, de prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure, de réaliser des gestes techniques (injection d'insuline, etc.), d'adapter des doses de médicaments. Elle contribue également à permettre au patient de mieux se connaître, de gagner en confiance en lui, de prendre des décisions et de résoudre des problèmes, de se fixer des buts à atteindre et de faire des choix.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, inscrit l'ETP dans le parcours de soins des patients et précise le cadre réglementaire pour le développement et la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique dans un souci de qualité et de proximité.

Une autorisation par les ARS est désormais obligatoire pour l'ensemble des programmes d'ETP, qu'ils soient portés par les établissements, la médecine de ville ou les associations de patients. Le décret n°2010-904 du 2 août 2010 précise les conditions de cette autorisation qui repose sur un cahier des charges national. Dans ce cadre, l'évaluation de l'ETP s'entend comme une évaluation de l'activité globale et du déroulement du programme d'ETP et si possible des résultats en lien avec les objectifs du programme et les critères de jugement choisis *a priori* par le promoteur et l'équipe.

Le décret n° 2010-906 du 2 août 2010 et l'arrêté du 2 août 2010 précisent les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

Même si l'établissement de santé ne développe pas de programme autorisé, il lui est demandé de favoriser et faciliter l'inscription des patients dans un programme autorisé dans son environnement proche. En tout état de cause, l'existence de programmes autorisés n'exonère pas les équipes soignantes des actions éducatives inhérentes à la dispensation de soins de qualité, respectueuses des besoins d'informations, de conseils et d'explications à propos de soins que les patients et les proches peuvent mettre en œuvre seuls à domicile ou dans leur lieu de vie (prise de médicaments, réalisation de soins simples, autosurveillance, précautions particulières, etc.).

CHAPITRE 2 :
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Référence 23 : L'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage

Critère 23.a Éducation thérapeutique du patient

E1 I Prévoir

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé est identifiée.

Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP) intégrée à sa prise en charge sont identifiées.

Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.

E2 I Mettre en œuvre

Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en œuvre ; si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.

L'établissement définit dans son plan de formation une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en œuvre un programme d'ETP).

E3 I Évaluer et améliorer

L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) donne lieu à des actions d'amélioration.

CHAPITRE 2 :
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'objectif de ce critère est double :

1 Évaluer le déploiement effectif des démarches d'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique et médico-technique. Le déploiement attendu est la participation de chaque spécialité ou activité à une démarche correspondant à un enjeu d'amélioration.

Toutes les démarches d'EPP menées par les professionnels permettent de satisfaire à ce critère :

- EPP réalisées dans le cadre d'organisations intégrées à la pratique (staff EPP, revues de mortalité et de morbidité, réunions de concertation pluridisciplinaires, etc.) ;
- mise en place de projets thématiques quelle que soit la méthode retenue (programme d'amélioration de la qualité, audit clinique, chemin clinique).

Les démarches réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins seront prises en compte.

2 Évaluer la mise en œuvre de modalités spécifiques dans certains secteurs d'activité clinique ou médico-technique.

Il est demandé obligatoirement une analyse de la mortalité-morbidité selon une méthode validée par la HAS en anesthésie-réanimation, en chirurgie et en cancérologie.

La prise en charge des patients atteints d'un cancer doit reposer également sur la mise en œuvre de réunions de concertation pluridisciplinaire.

(Les autres secteurs pourront valoriser dans le cadre de ce critère toute démarche d'EPP ayant pour objectif l'identification et l'analyse d'événements ou de situations ayant ou pouvant entraîner une morbidité et ou une mortalité, ainsi que les réunions de concertation pluridisciplinaires).

E1 | Prévoir

Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.

Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

Des réunions de concertation pluridisciplinaires sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.

E2 | Mettre en œuvre

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.

L'engagement des professionnels est effectif.

Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.