



## CHARTRE ETHIQUE DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU CHU DE NANTES

Les équipes des services de soins du CHU de Nantes, dans leur démarche d'éducation thérapeutique auprès des patients atteints de maladie chronique, s'engagent à respecter les points suivants :

### **PRINCIPE N° 1 : Équité**

L'éducation thérapeutique est proposée à tous les patients qui en ont besoin. Elle doit contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

### **PRINCIPE N° 2 : Liberté de choix**

La personne malade peut librement choisir d'entrer ou non dans un programme d'éducation thérapeutique, elle peut le quitter quand elle le souhaite, sans que cela puisse constituer, de la part des assureurs publics ou privés, un motif de non-remboursement de prestations liées aux soins ou, de la part de l'équipe soignante, un motif d'interruption du suivi médical ou de la thérapeutique. Cette liberté de choix suppose notamment que toute personne malade soit informée sur les programmes d'éducation thérapeutique pouvant la concerner, ainsi que sur des possibilités de recours en termes de soutien psychologique et social, sans que cette information ne soit limitée au programme proposé par la personne ou l'équipe qui la suit habituellement.

### **PRINCIPE N° 3 : Autonomie**

L'intérêt des personnes atteintes de maladie chronique, le cas échéant de leur entourage, est pris en compte en leur permettant d'être véritablement des acteurs et non seulement des bénéficiaires du programme. Ainsi, la démarche éducative est participative et centrée sur la personne et non sur la simple transmission de savoirs ou de compétences. Elle se construit avec la personne.

### **PRINCIPE N° 4 : Prise en charge globale de la personne**

La diversité des déterminants de la santé -génétiques, psychologiques, sociaux, culturels, économiques, politiques, géographiques et environnementaux- est reconnue et doit être prise en compte dans les activités d'éducation thérapeutique. Selon l'OMS, la santé est considérée comme une « ressource pour agir » et non pas simplement comme l'absence de maladie. Ni la santé ni les comportements de santé ne relèvent uniquement de la responsabilité des individus.

### **PRINCIPE N° 5 : Respect de la personne et impartialité**

Chaque bénéficiaire d'un programme doit être traité dans le strict respect du principe de non-jugement, notamment quant à son identité culturelle, ses modes de vie, son appartenance idéologique, ses croyances spirituelles, ses pratiques en santé, ses prises de risque et son orientation sexuelle.

### **PRINCIPE N° 6 : Confidentialité des informations concernant le patient**

Le programme d'éducation thérapeutique garantit à la personne vivant avec une maladie chronique que les informations qu'elle révèle à son ou ses interlocuteurs ne seront pas partagées, sans son accord, avec d'autres interlocuteurs, y compris au sein du programme et/ou de l'équipe soignante.

### **PRINCIPE N° 7 : Transparence sur les financements et l'usage des données individuelles**

Un programme d'éducation thérapeutique du patient n'a pas de visée promotionnelle, notamment pour un dispositif médical ou un médicament, conformément à la directive 2001/83/CE modifiée, transposée en droit interne aux articles L. 5122-1 et L. 5122-6 du code de la santé publique. Dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, le promoteur précisera à l'ARS les différentes sources

de financement dont il bénéficie, notamment celles issues du privé, et apportera la preuve de l'absence de conflits d'intérêts, notamment au sein de l'instance de pilotage et de l'équipe qui met en œuvre le programme.

Par ailleurs, l'exploitation des données individuelles respectera les dispositions de la Loi n°2004- 801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

### **PRINCIPE N° 8 : Promotion d'une éducation thérapeutique répondant aux critères qualité de la HAS- INPES 2007**

Les programmes d'éducation thérapeutique mis en place au CHU de Nantes tendent notamment vers une éducation thérapeutique :

- centrée sur le patient et ses proches
- intégrée aux soins
- qui concerne la vie quotidienne du patient
- réalisée par des professionnels formés
- réalisée en équipe multiprofessionnelle et interdisciplinaire







## NOTICE D'INFORMATION DES PATIENTS PARTICIPANT AUX PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU CHU DE NANTES

**Service** : .....

**Intitulé du programme** : .....

**Responsable coordonnateur** : .....

**Etablissement** : CHU de Nantes

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

Nous avons mis en œuvre dans notre service un programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de .....

Ce programme a pour finalité de vous aider à mieux vivre avec votre maladie.

Nous souhaitons vous solliciter pour participer à ce programme et vous présentons ici les modalités de celui-ci afin que vous puissiez vous décider en toute connaissance de cause.

**Le but du programme** : Ce programme vise à renforcer votre compréhension de la maladie et du traitement, renforcer vos compétences pour mieux gérer la maladie au quotidien, faire face aux situations difficiles et pour vous aider à mieux vivre avec cette maladie.

### **Le déroulement du programme :**

En pratique, le programme comporte 3 étapes, réalisées par votre équipe soignante du CHU formée à cette démarche éducative, et se décline, en tant que parcours personnalisé, tout au long de la vie du patient : de l'éducation initiale, de l'éducation de suivi (6-8 mois) et de la reprise éducative à des moments clé de la vie. Les moyens utilisés pour ce faire pourront être :

- un entretien individuel pour discuter ensemble de vos attentes, vos questions, vos difficultés... et définir vos priorités,
- de plusieurs séances éducatives individuelles et/ou collectives pour répondre à vos priorités (dont le nombre de séances dépend de vos besoins),
- un accompagnement personnalisé dans la durée pour faire le point avec vous.

### **Information générale :**

La participation à ce programme ne modifie en rien la prise en charge habituelle de votre maladie.

L'ensemble de ce programme est réalisé dans des conditions strictes de confidentialité.

Ce programme d'activités fait partie intégrante de vos soins.

Il n'existe pas d'autre contrainte que la participation à ces différentes rencontres.

Votre médecin (Dr ....., Téléphone : .....)  
est à votre disposition pour vous apporter toutes les précisions complémentaires que vous souhaitez.

**Nous vous remercions par avance pour votre précieuse participation.**



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PATIENTS PARTICIPANT AUX PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU CHU DE NANTES<sup>1</sup>

Le Docteur ..... m'a proposé de participer à un programme d'éducation thérapeutique intitulé : «.....»

J'ai reçu une notice d'information précisant le but et les modalités de déroulement de ce programme.

Ma participation est totalement volontaire et je peux si je le désire interrompre ma participation au programme à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

En participant à ce programme :

- J'accepte que les informations personnelles et/ou médicales puissent être partagées avec les autres interlocuteurs en lien avec le programme, et/ou de l'équipe soignante et/ou le médecin traitant.
- J'accepte que les données recueillies par les évaluations du programme puissent être utilisées (de façon anonyme) pour des études de recherche.

Je bénéficie à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées me concernant dans le cadre de ce programme, conformément aux dispositions légales en vigueur.

*J'accepte librement et volontairement de participer à ce programme dans les conditions précisées dans la notice d'information.*

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires au Docteur ....., n° de téléphone : .....

De M., Mme, Mlle ..... (nom, prénom)

Demeurant.....

(adresse)

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

<b>Signature du parent ou du représentant légal</b>	<b>Signature du médecin</b>
---	-----------------------------

<sup>2</sup>(Fait en deux exemplaires : un exemplaire est remis au patient, le second exemplaire est conservé par le responsable)

<sup>1</sup> « La signature du patient ne répond à aucune obligation légale ou réglementaire »... « Il est recommandé de ne pas négliger de **noter dans le dossier du patient quelle information a été donnée, quand et comment elle a été reçue.** » Guide de l'information médicale du patient, recommandations pour les professionnels du CHU de Nantes, CHU de Nantes, édition 2010, p31.



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PATIENTS MINEURS PARTICIPANT AUX PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU CHU DE NANTES<sup>3</sup>

Le Docteur ..... a proposé à notre enfant (adolescent) de participer à un programme d'éducation thérapeutique intitulé : « ..... »

Nous avons reçu une notice d'information précisant le but et les modalités de déroulement de ce programme.

Notre consentement ne décharge pas l'équipe qui organise et anime ce programme de ses responsabilités et nous conservons tous nos droits garantis par la loi.

En participant à ce programme :

- Nous acceptons que les informations personnelles et/ou médicales puissent être partagées avec les autres interlocuteurs en lien avec le programme, et/ou de l'équipe soignante et/ou le médecin traitant.
- Nous acceptons que les données recueillies par les évaluations du programme puissent être utilisées (de façon anonyme) pour des études de recherche.

Nous pouvons, si nous le désirons et s'il le désire, interrompre sa participation à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui dont il peut bénéficier. Sa participation à ce programme ne modifie en rien la prise en charge médicale de sa maladie.

Nous pouvons bénéficier à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées concernant mon enfant dans le cadre de ce programme, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Nous acceptons librement et volontairement que notre enfant participe à ce programme dans les conditions précisées dans la notice d'information.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires au Docteur ....., n° de téléphone : .....

**Enfant :** .....

**Parent, représentant légal :**

M., Mme, Mlle ..... (*nom, prénom*)

Demeurant.....

.....(*adresse*)

**Fait à** .....

**Le** ..... / ..... / .....

Signature de 1 ou 2 parents ou du représentant légal	Signature de l'enfant	Signature du médecin
--	-----------------------	----------------------

<sup>3</sup> « La signature du patient ne répond à aucune obligation légale ou réglementaire »... « Il est recommandé de ne pas négliger de **noter dans le dossier du patient quelle information a été donnée, quand et comment elle a été reçue.** » Guide de l'information médicale du patient, recommandations pour les professionnels du CHU de Nantes, CHU de Nantes, édition 2010, p31.

