



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ,  
*en charge de la prévention***

**PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT  
OBÉSITÉ ADULTE**

Cahier des clauses techniques particulières (CCTP)

*COMMUN A L'ENSEMBLE DES LOTS*

Réf : CCTP-2023DPS-01

## Table des matières

<b>Article 1 - OBJET .....</b>	<b>3</b>
<b>Article 2 - CONTEXTE ET OBJECTIFS DU PROGRAMME.....</b>	<b>3</b>
<b>Article 3 - PRESENTATION ET DEROULÉ DU PROGRAMME .....</b>	<b>3</b>
<b>3.1. SITES DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME ETP .....</b>	<b>4</b>
<b>3.2. INTERVENANTS DU PROGRAMME ETP .....</b>	<b>4</b>
<b>3.3. FONCTIONNEMENT GENERAL DU PROGRAMME .....</b>	<b>5</b>
<b>3.4. Stratégie de communication envisagée.....</b>	<b>7</b>
<b>Article 4 - ALLOTISSEMENT.....</b>	<b>7</b>
<b>Article 5 - – DEFINITION DES PRESTATIONS ATTENDUES .....</b>	<b>8</b>
<b>5.1. PRESTATIONS COMMUNES A TOUS LES LOTS.....</b>	<b>8</b>
<b>5.2. LOT 1 à 4 – PSYCHOLOGUE .....</b>	<b>8</b>
5.2.1. La prestation initiale (1 <sup>ère</sup> phase du programme) .....	8
5.2.2. La prestation de suivi (2 <sup>ème</sup> phase du programme).....	9
5.2.3. Evaluer l'activité psychologique .....	10
<b>5.3. LOT 5 à 8 – DIETETICIENNE .....</b>	<b>10</b>
5.3.1. La prestation initiale (1 <sup>ère</sup> phase du programme) .....	10
5.3.2. La prestation de suivi (2 <sup>ème</sup> phase du programme).....	10
5.3.3. Evaluer l'activité diététique .....	12
<b>5.4. LOT 9 à 12 – EDUCATEUR SPORT-SANTE.....</b>	<b>12</b>
5.4.1. La prestation initiale (1 <sup>ère</sup> phase du programme) .....	12
5.4.2. La prestation de suivi (2 <sup>ème</sup> phase du programme).....	13
5.4.3. Evaluer l'activité APA .....	14
<b>5.5. LOT 13 à 16 – IDE COORDINATRICE .....</b>	<b>14</b>
5.5.1. La coordination du programme ETP consistant à : .....	15
5.5.2. En amont du programme.....	15
5.5.3. La prestation initiale (1 <sup>ère</sup> phase du programme) .....	16
5.5.3. La prestation de suivi (2 <sup>ème</sup> phase du programme).....	17
5.5.4. Dispositif de suivi post-programme .....	18
5.5.5. Coordonner et réaliser l'auto-évaluation du programme .....	18
<b>Article 6 - MODALITES DE PILOTAGE ET DE SUIVI DU MARCHE.....</b>	<b>18</b>
<b>6.1. INTERLOCUTEUR DU TITULAIRE AUPRES DE L'ACHETEUR PUBLIC.....</b>	<b>18</b>
<b>6.2. COMITE D'ORGANISATION .....</b>	<b>18</b>

## **Article 1 - OBJET**

Les stipulations du présent cahier des clauses techniques particulières (C.C.T.P.) concernent la réalisation de prestations de services pour la mise en œuvre du programme d'éducation thérapeutique des patients (ETP) obésité adulte.

## **Article 2 - CONTEXTE ET OBJECTIFS DU PROGRAMME**

45% des polynésiens présentent un risque de maladies non transmissibles.

Cela laisse présager l'engagement de dépenses et de moyens considérables à plus ou moins long terme pour la prise en charge de ces individus. La plupart de ces problèmes de santé sont susceptibles d'être significativement améliorés par la prise en charge efficiente, l'optimisation de certains déterminants de santé modifiables, tels que l'alimentation, l'activité physique, le sevrage tabagique ou la gestion du stress chronique. Pour cela, une prise en charge pluridisciplinaire qui utilise l'éducation thérapeutique est indispensable.

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) est un processus d'apprentissage reconnu comme une composante indissociable de la prise en charge et une des conditions de l'adaptation du patient à son état et à la nécessité de soin. Elle utilise des techniques adaptées à l'âge et au développement du patient, avec discussion/reformulation, valorisation/entretien motivationnel, écoute active/compréhension et vise à aider le patient à acquérir des compétences grâce à une démarche éducative raisonnée ainsi qu'à le rendre pleinement acteur de ses soins. L'ETP part du besoin du patient : le soignant avance au rythme du patient dans la mise en place du changement de comportements de vie. Il a été démontré que l'ETP a un effet positif sur les résultats de la prise en charge avec des interventions éducatives multidisciplinaires dans les maladies chroniques.

En Polynésie, l'axe 4 du Schéma d'Organisation Sanitaire (SOS) se rapportant à la prévention et la promotion de la santé réaffirme la nécessité de disposer d'une politique de prévention étendue à tout le territoire. En effet, la prévalence des maladies chroniques en Polynésie française nécessite, plus que jamais, une offre de soins à hauteur des enjeux de santé publique sur le volet de la promotion, la prévention et prise des maladies chroniques. A ce titre, le SOS confirme le besoin d'élargir la politique de prévention élargie et pluridisciplinaire.

Le programme d'ETP ci-dessous exposé a été construit sur la base des recommandations et référentiels établis par la Haute Autorité de santé (HAS).

## **Article 3 - PRESENTATION ET DEROULÉ DU PROGRAMME**

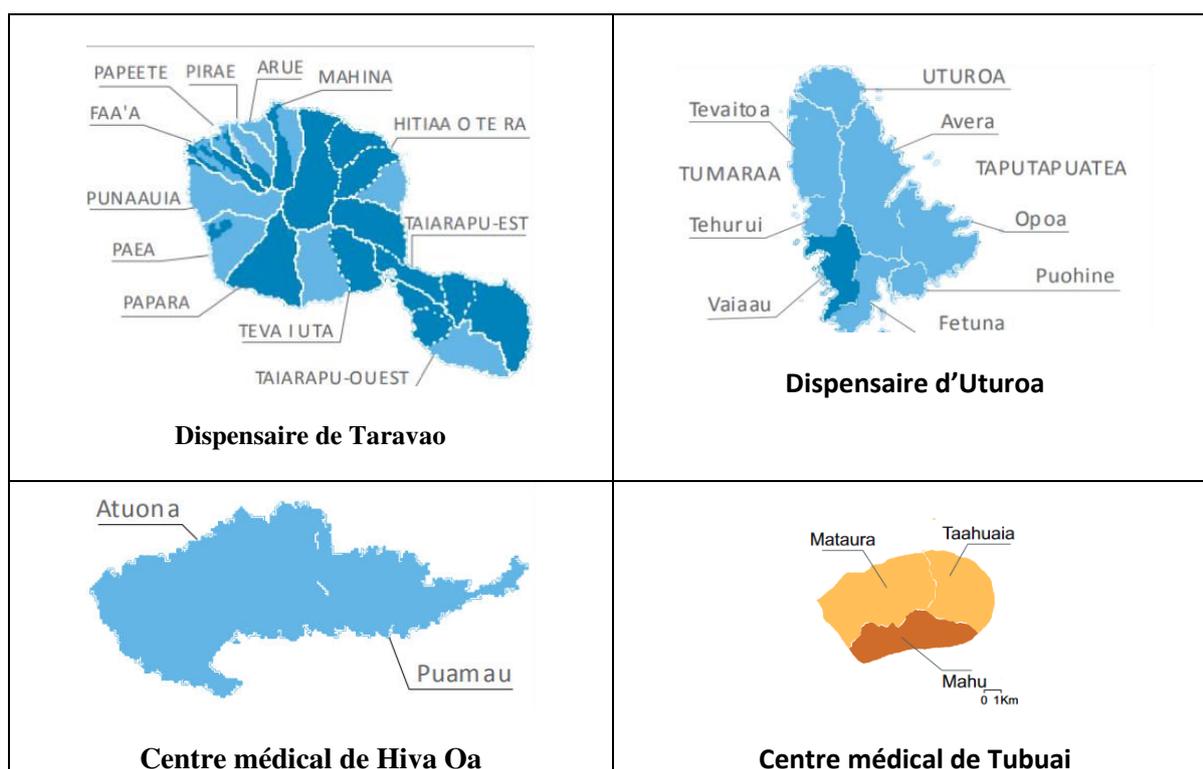
Le programme s'inscrit dans le parcours de soins du patient obèse. L'objectif général est d'améliorer durablement la santé et la qualité de vie des personnes en situation d'obésité, tout en les autonomisant dans la prise en charge de cette maladie. Pour ce faire, il lui est utile d'acquérir des compétences d'auto-soins et d'adaptation, selon la terminologie de la HAS.

Les objectifs spécifiques sont :

- Prévenir et/ou retarder l'apparition de complications et de maladies chroniques liées à l'obésité chez des individus présentant des facteurs de risque identifiés ;
- Améliorer l'estime de soi des patients et donc leur qualité de vie ;
- Permettre au patient de pouvoir exprimer ses projets, attentes, besoins, valeurs, émotions et représentations de la maladie ;
- Permettre au patient de pouvoir discuter de sa motivation à agir sur la maladie et faire connaître ses besoins ;
- Développer ses capacités à utiliser des méthodes apprises ;
- Développer ses capacités à convaincre l'entourage d'accepter les nouvelles habitudes à mettre en place ;
- Développer sa pratique et l'autogestion de son alimentation et de son niveau d'activité physique ;
- Maintenir ses changements de comportements sur le long terme ;
- Diminuer la prévalence de l'obésité et des comorbidités associées.

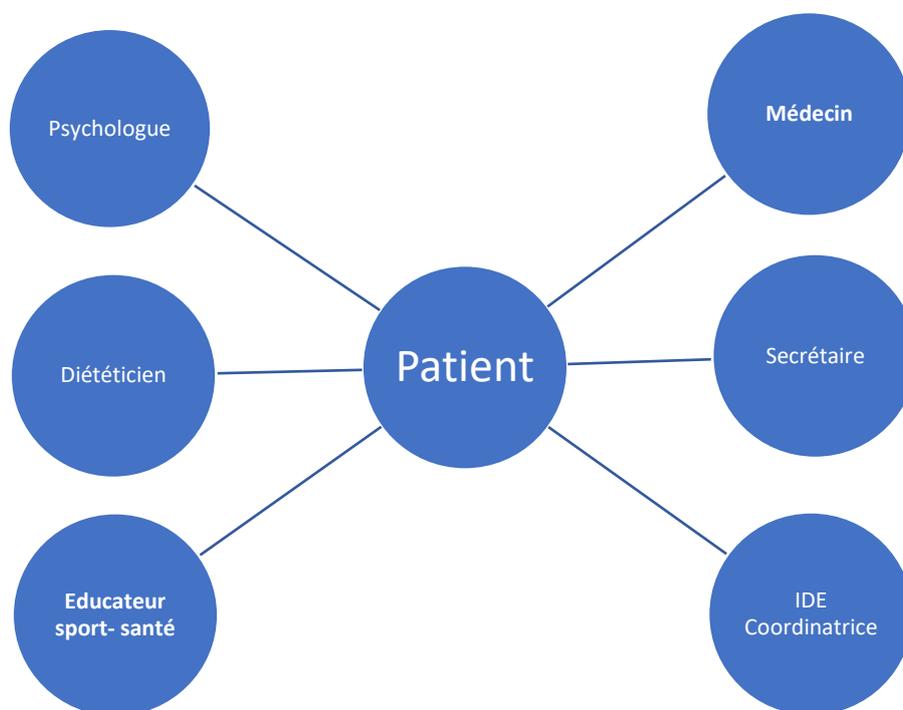
### 3.1. SITES DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME ETP

Quatre (4) sites ont été identifiés pour la mise en œuvre du programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP).



### 3.2. INTERVENANTS DU PROGRAMME ETP

Le programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait intervenir une équipe d'intervenants pluridisciplinaires soit par le biais de prestations ou avec les ressources en interne de la Direction de la santé :



L'infirmière coordinatrice est en relation avec le Département de santé publique et de modernisation des soins de santé primaire de la Direction de la santé pour :

- Informer le Département de tous événements indésirables concernant le programme ;
- Faire le point mensuellement sur l'avancée du programme ;
- Construire les outils pédagogiques et les supports de communication avec le soutien du bureau des programmes de santé ;
- Participer aux tables rondes annuelles sur l'éducation thérapeutique ;
- Être force de proposition auprès de la Direction de la santé dans le but d'améliorer constamment l'efficacité du programme.

### 3.3. FONCTIONNEMENT GENERAL DU PROGRAMME

*Les critères d'inclusion* des patients dans les programmes :

- Prise en charge à partir de 16 ans ;
- Présentant une obésité sévère (IMC > 37kg/m<sup>2</sup> selon la pondération du Communauté du Pacifique) ou présentant une obésité modérée (ou IMC > 32kg/m<sup>2</sup> selon la pondération de la Communauté du Pacifique) avec des complications (dans la mesure où ses complications ne sont pas au-devant de la prise en charge et où elles sont améliorables par la perte de poids) ;
- Prescription par le médecin traitant ou par un spécialiste ;
- Motivation pour intégrer le programme, confirmée par le diagnostic éducatif ;

- Consent du patient à intégrer le programme.

Le nombre de prise en charge de patients est estimée à **100 patients par structure sur la première année** soit une dizaine de cycle par an. Un cycle inclut maximum 10 patients. Ce chiffre pourra être réévalué chaque année avec une montée en charge du programme.

Lors d'ateliers ponctuels, il peut être proposé aux patients l'intégration de leur famille. En revanche, un patient peut être accompagné par son aidant sur toute la durée du programme.

Le déroulement du programme s'appuie sur les recommandations de la HAS en matière d'ETP. Il est établi sur une durée d'une semaine puis de 6 mois et est dispensé en ambulatoire.

Phase	Etape	Détail	Acteurs
En amont du programme	Prise de contact	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réception de la prescription médicale du médecin prescripteur par courriel ou par voie postale ;</li> <li>▪ Etude du dossier ;</li> <li>▪ Prise de contact et de rdv par l'infirmière coordinatrice ;</li> <li>▪ Rappel 24h avant le rdv par l'infirmière coordinatrice.</li> </ul>	Secrétaire Infirmière
	Diagnostic éducatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostic éducatif</li> <li>▪ Négociations des objectifs avec le patient</li> <li>▪ Co-construction du programme individualisé</li> <li>▪ Synthèse du diagnostic éducatif</li> </ul> <p><i>Validation de l'inscription du patient dans le programme par l'infirmière coordinatrice</i></p>	Infirmière
1ère phase du programme (sur une semaine)	Consultations paramédicales individuelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultation diététique d'une demi-heure</li> <li>▪ Consultation psychologique d'une heure</li> <li>▪ Bilan APA d'une heure</li> </ul>	Diététicien Psychologue Educateur sport-santé
	Ateliers collectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atelier activité physique adaptée d'une heure</li> <li>▪ Atelier culinaire / repas partagé de deux heures</li> <li>▪ Atelier diététique de quatre heures</li> <li>▪ Atelier sur la connaissance de la maladie d'une heure</li> <li>▪ Séance psycho-sociale de deux heures</li> </ul>	Diététicien Psychologue Educateur sport-santé Infirmière
	Bilan intermédiaire : co-construction d'un projet personnalisé de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluation intermédiaire des patients par l'infirmière</li> </ul>	Infirmière
2ème phase du programme (sur 6 mois)	Séance APA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 séances APA d'une heure par semaine dispensées pour chaque patient avec un groupe de maximum 10 personnes</li> </ul>	Educateur sport-santé
	Séance diététique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 consultations diététiques individuelles par patient tous les 2 mois sur une période de 6 mois</li> <li>▪ 3 ateliers diététiques collectifs par patient tous les 2 mois sur une période de 6 mois</li> </ul>	Diététicien

	<b>Consultation médicale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 consultations médicales par patient tous les 2 mois sur une période de 6 mois</li> </ul>	Médecin
	<b>Séance psychologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 consultations psychologiques par patient tous les 2 mois sur une période de 6 mois</li> </ul>	Psychologue
	<b>Bilan final, évaluation des compétences acquises</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bilan diététique</li> <li>▪ Bilan APA</li> <li>▪ Bilan médicale</li> <li>▪ Bilan psychologique</li> <li>▪ Bilan générale</li> </ul>	L'ensemble de l'équipe
<b>Suivi du programme</b>	<b>Consultation de suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultation à 9 et 12 mois</li> </ul> <p>Un cycle de renforcement de 3 mois pourra éventuellement être proposé au patient à la dernière consultation de suivi, si les bénéfices attendus pour le patient semblent significatifs (sur décision de l'équipe pluriprofessionnelle).</p>	Infirmière
<b>Perspectives</b>	<b>Réunion de patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regroupement annuel de patients issus des différents programmes pour échanger</li> <li>▪ Mise en place de patients experts</li> </ul>	Infirmière

### 3.4. Stratégie de communication envisagée

Le programme sera présenté au Conseil de l'Ordre des médecins, aux médecins libéraux, aux structures de santé publiques et privées et à la CPS en amont du lancement du programme. Une plaquette de communication à destination des patients et des professionnels du territoire sera construite en concertation avec la Direction de la Santé et comportera tous les éléments essentiels à la bonne compréhension du programme (coordonnées, adresse, présentation succincte du programme, ateliers, etc.). *La direction de la santé prendra en charge la réalisation et l'impression des plaquettes pour chaque site identifié.*

#### Article 4 - ALLOTISSEMENT

Les prestations du marché sont alloties de la façon suivante :

- Lot 1 : Psychologue - Site de Taravao
- Lot 2 : Psychologue - Site de Uturoa
- Lot 3 : Psychologue - Site de Hiva Oa
- Lot 4 : Psychologue - Site de Tubuai
- Lot 5 : Diététicienne – Site de Taravao
- Lot 6 : Diététicienne – Site de Uturoa
- Lot 7 : Diététicienne – Site de Hiva Oa
- Lot 8 : Diététicienne – Site de Tubuai
- Lot 9 : Éducateur Sport-Santé – Site de Taravao
- Lot 10 : Éducateur Sport-Santé – Site de Uturoa
- Lot 11 : Éducateur Sport-Santé – Site de Hiva Oa
- Lot 12 : Éducateur Sport-Santé – Site de Tubuai
- Lot 13 : IDE Coordinatrice – Site de Taravao
- Lot 14 : IDE Coordinatrice – Site de Uturoa
- Lot 15 : IDE Coordinatrice – Site de Hiva Oa
- Lot 16 : IDE Coordinatrice – Site de Tubuai

## **Article 5 - – DEFINITION DES PRESTATIONS ATTENDUES**

Les prestations sont réalisées par le titulaire dans les conditions fixées par le bon de commande. Chaque prestation, définie au bordereau de prix unitaire, correspond au suivi d'un patient pour la durée correspondante à ce suivi.

Lorsque le bon de commande contient la commande de prestations pour un nombre de patients supérieur à 1, la durée globale d'exécution du bon de commande s'achève à la fin de la durée d'exécution de la dernière prestation en cours d'exécution.

Lorsque le bon de commande contient la commande de prestations pour un nombre de patients supérieur à 1, la désignation des patients pris en charge sur ce bon de commande est notifiée au titulaire au fur et à mesure des affectations.

### **5.1. PRESTATIONS COMMUNES A TOUS LES LOTS**

- Participer aux réunions hebdomadaires de concertation pluridisciplinaire
- Participer aux réunions d'équipe bimensuel
- Participer aux regroupements des patients à un an

### **5.2. LOT 1 à 4 – PSYCHOLOGUE**

Les prestations de ces lots comprennent :

#### **5.2.1. La prestation initiale (1<sup>ère</sup> phase du programme)**

- Réaliser le bilan initial soit une (1) consultation par patient en privilégiant les consultations à domicile du patient. Il est également possible de mettre en place des téléconsultations en fonction des moyens disponibles.

La consultation psychologique d'une durée d'une heure, viendra enrichir le diagnostic éducatif.

Le patient sera évalué sur sa motivation et son niveau d'engagement ; sa capacité à mettre en œuvre les changements émotionnels, cognitifs et comportementaux nécessaires à la réussite du parcours de soin ; les facteurs de risques conduisant à l'abandon. Le psychologue accompagnera les patients à prendre conscience des différents facteurs qui ont influencés leurs habitudes de vie.

Ce bilan permettra d'évaluer le patient dans son rapport à la pathologie, l'atteinte des objectifs mis en place et l'impact sur le mode de vie des patients pris en charge.

Cette prise en charge psychologique et motivationnelle tend à la fois, à améliorer l'estime de soi du patient, mais aussi à l'aider à gérer ses émotions et les problèmes qu'il peut être amené à vivre en lien avec sa pathologie.

- Préparer, coordonner et assurer les ateliers collectifs

Construire et animer une séance psycho-sociale d'une durée de deux heures pour chaque programme mis en place.

### **5.2.2. La prestation de suivi (2<sup>ème</sup> phase du programme)**

- Préparer, coordonner et assurer les ateliers collectifs

Trois ateliers collectifs autour du bien-être psychologique seront proposés aux patients tous les deux mois sur une période de 6 mois. Le groupe devra être composé de maximum 12 patients. Les ateliers psychologiques seront complémentaires aux entretiens individuels. Des thématiques générales seront abordées pour permettre l'échange entre tous les participants de leurs quotidiens, leurs difficultés, leurs réussites, etc. Les patients pourront s'inscrire aux ateliers selon le nombre de places disponibles par le biais de la secrétaire.

- Créer des outils pédagogiques

Un outil pédagogique est une ressource, un moyen à la disposition de l'intervenant pour le travail sur des savoirs, savoirs faire et savoir-être du patient. Il implique l'interaction entre l'intervenant et le patient et aussi entre les participants. Ils ont pour objectif de :

- Faire prendre connaissance, analyser, évaluer, synthétiser des informations ;
- Evaluer les connaissances du patient ;
- Faire prendre conscience au patient d'un problème et le faire prendre position par rapport à son problème ;
- Faire prendre conscience au patient de ses habitudes et ses comportements ;
- Permettre de s'exprimer et de débattre ;
- Faire émerger les représentations ;
- Développer des compétences.

- Assurer les consultations individuelles de suivi en privilégiant les consultations à domicile du patient. Il est également possible de mettre en place des téléconsultations en fonction des moyens disponibles.

3 consultations psychologiques par patient sur une période de 6 mois : Une consultation psychologique de suivi d'une durée de 30 minutes sera proposée aux patients tous les deux mois sur une période de 6 mois. Lors de cette consultation, un bilan des objectifs mis en place sera fait. Ces consultations psychologiques pourront être proposées au domicile du patient. Le psychologue sera en charge de créer des outils pédagogiques spécifiques à la psychologie.

- Réaliser le bilan final soit une (1) consultation en privilégiant les consultations à domicile du patient. Il est également possible de mettre en place des téléconsultations en fonction des moyens disponibles.

D'une durée demi-heure, il aura pour objectif de faire le bilan motivationnel du patient à la fin de sa prise en charge.

Chaque consultation individuelle devra être préparée et synthétisée pour être ajoutée à la fiche synthèse médicale.

Pour chaque atelier mis en place, une fiche pédagogique devra être construite et transmise à la Direction de la santé comprenant au minimum :

- Le nom de l'atelier ;
- La durée de l'atelier ;
- Le nombre de participant maximum ;
- La thématique ;
- Les objectifs de l'atelier ;
- Les compétences visées ;
- La méthodologie d'animation utilisée ;
- Les outils pédagogiques utilisés ;
- Le déroulement de l'atelier.

### **5.2.3. Evaluer l'activité psychologique**

Cette évaluation devra permettre de mesurer l'efficacité de la prise en charge psychologique afin de réajuster et d'améliorer la poursuite du projet. L'évaluation portera sur le nombre de patients pris en charge, le nombre d'ateliers psychologiques organisés, le nombre de participants, l'appréciation des participants et les outils proposés.

## **5.3. LOT 5 à 8 – DIETETICIENNE**

Les prestations de ces lots comprennent :

### **5.3.1. La prestation initiale (1<sup>ère</sup> phase du programme)**

- Réaliser le bilan initial soit une (1) consultation par patient en privilégiant les consultations à domicile du patient. Il est également possible de mettre en place des téléconsultations en fonction des moyens disponibles.

La consultation diététique d'une durée d'une demi-heure, viendra enrichir le diagnostic éducatif et compléter les objectifs nutritionnels. Lors du premier entretien, un bilan nutritionnel devra être établi. Le bilan nutritionnel doit correspondre à un diagnostic détaillé du mode de vie et de l'hygiène alimentaire du patient. En fonction du recueil de données du patient (âge, sexe, mesures anthropométriques, antécédents médicaux), le diététicien établit un compte rendu permettant de modifier ou réajuster les habitudes alimentaires dans un but préventif ou de soin en ayant pour objectif l'amélioration de la santé et le bien-être général. Des objectifs diététiques devront être établis par le patient et guidés par la diététicienne, pour qu'il soit au cœur de sa prise en charge.

Le diététicien devra tenir compte des recommandations ou prescriptions de régime du médecin prescripteur.

- Préparer et coordonner les ateliers collectifs

Animer un atelier culinaire avec un repas partagé d'une durée de deux heures ainsi qu'un atelier diététique d'une durée de 4 heures (peut-être diviser en plusieurs modules) sur les bases de la diététique.

### **5.3.2. La prestation de suivi (2<sup>ème</sup> phase du programme)**

- Préparer, coordonner et assurer les ateliers diététiques collectifs

Deux ateliers diététiques collectifs seront proposés aux patients tous les trois mois sur une période de 6 mois. Le groupe devra être composé de maximum 10 patients. Les ateliers diététiques sont complémentaires aux entretiens individuels. Des thématiques générales seront abordées pour permettre l'échange entre tous les participants de leurs quotidiens, leurs difficultés, leurs réussites liées à l'alimentation, etc.

Le diététicien devra proposer un atelier des créneaux horaires adaptés. Le diététicien recevra les patients dans ses locaux. La location de la salle sera à la charge du prestataire. Les patients pourront s'inscrire aux ateliers selon le nombre de places disponibles par le biais de la secrétaire.

Un atelier de cuisine sera proposé tous les 6 mois. Le groupe devra être composé de maximum 10 patients. Les ateliers de cuisine seront complémentaires par la mise en œuvre pratique des conseils délivrés lors des entretiens individuels et des ateliers collectifs. Il s'agit d'identifier les aliments à utiliser pour réaliser des plats de bonne qualité nutritionnelle avec l'utilisation de produits accessibles, faire un rappel sur l'étiquetage alimentaire et sur les portions.

Il recevra les patients dans ses locaux (cuisine respectant les normes HACCP) à sa charge et sous sa responsabilité. Le matériel et les ingrédients seront à fournir par le diététicien et à sa charge financière pour la réalisation de l'atelier cuisine. Un guide de recettes sera fourni par le prestataire à la fin de chaque atelier aux patients. Les patients pourront s'inscrire aux ateliers cuisine selon le nombre de places disponibles par le biais de la secrétaire.

- Créer les outils pédagogiques

Un outil pédagogique est une ressource, un moyen à la disposition de l'intervenant pour le travail sur des savoirs, savoirs faire et savoir-être du patient. Il implique l'interaction entre l'intervenant et le patient et aussi entre les participants. Ils ont pour objectif de :

- Faire prendre connaissance, analyser, évaluer, synthétiser des informations ;
- Evaluer les connaissances du patient ;
- Faire prendre conscience au patient d'un problème et le faire prendre position par rapport à son problème ;
- Faire prendre conscience au patient de ses habitudes et ses comportements ;
- Permettre de s'exprimer et de débattre ;
- Faire émerger les représentations ;
- Développer des compétences.

- Assurer les consultations individuelles de suivi en privilégiant les consultations à domicile du patient. Il est également possible de mettre en place des téléconsultations en fonction des moyens disponibles.

Trois consultations diététiques individuelles par patient sur une période de 6 mois

Une consultation diététique de suivi d'une durée de 30 minutes sera proposée aux patients tous les deux mois. Lors de cette consultation, un bilan des objectifs mis en place sera fait.

Ces consultations diététiques pourront être proposées au domicile du patient. Le diététicien sera en charge de créer des outils pédagogiques spécifiques à l'alimentation.

- Réaliser le bilan final soit une (1) consultation par patient en privilégiant les consultations à domicile du patient. Il est également possible de mettre en place des téléconsultations en fonction des moyens disponibles.

D'une durée demi-heure, il aura pour objectif de faire le bilan nutritionnel du patient à la fin de sa prise en charge.

Chaque consultation individuelle devra être préparée et synthétisée pour être ajoutée à la fiche synthèse médicale.

Pour chaque atelier mis en place, une fiche pédagogique devra être construite et transmise à la Direction de la santé comprenant au minimum :

- Le nom de l'atelier ;
- La durée de l'atelier ;
- Le nombre de participant maximum ;
- La thématique ;
- Les objectifs de l'atelier ;
- Les compétences visées ;
- La méthodologie d'animation utilisé ;
- Les outils pédagogiques utilisés ;
- Le déroulement de l'atelier.

### **5.3.3. Evaluer l'activité diététique**

Cette évaluation devra permettre à mesurer l'efficacité de la prise en charge diététique afin de réajuster et d'améliorer la poursuite du projet. L'évaluation portera sur le nombre de patients pris en charge, le nombre d'ateliers diététiques organisés, le nombre de participants, l'appréciation des participants et les outils proposés. Les changements durables du comportement alimentaire se faisant sur le long terme, l'évaluation de l'atteinte des objectifs et de l'impact sur le mode de vie des patients n'est pas demandée au prestataire.

## **5.4. LOT 9 à 12 – EDUCATEUR SPORT-SANTE**

Les prestations de ces lots comprennent :

### **5.4.1. La prestation initiale (1<sup>ère</sup> phase du programme)**

- Réaliser le bilan initial soit une (1) séance par patient en privilégiant les consultations à domicile du patient

L'éducateur sport-santé sera chargé de réaliser un bilan APA d'une heure à l'entrée du patient dans son parcours de soins. Ce bilan s'articulera autour de tests visant à évaluer la condition

physique de santé (endurance cardio-respiratoire, endurance musculaire, force musculaire, équilibre et souplesse) et d'un entretien semi-directif visant à déterminer les représentations du patient sur la notion d'activité physique (différences perçues entre "sport" et "activités physiques quotidiennes" ; vécu sportif du patient ; degré motivationnel à la reprise d'une APA).

Dans cette perspective, cette évaluation va engager le pratiquant dans une démarche active et motivante, cette démarche va mobiliser des compétences transversales (capacités à réinvestir => autonomie) mais aussi méthodologique et enfin langagière.

L'éducateur sport-santé devra tenir compte des recommandations ou prescription du médecin.

- Préparer et coordonner les ateliers collectifs

Une séance d'activité physique adaptée d'une durée d'une heure sera mise en place pour lancer une première dynamique dans le groupe pris en charge.

#### **5.4.2. La prestation de suivi (2<sup>ème</sup> phase du programme)**

- Préparer, coordonner et assurer les séances APA collectives

2 séances APA d'une heure par semaine dispensée pour chaque patient avec un groupe de maximum 10 personnes

Avant tout début de prise en charge, l'éducateur sport-santé devra prendre connaissance des pathologies et des problématiques individuelles des patients qui sont confiés (préconisations médicales éventuelles émises par le médecin). Il devra planifier et construire les séances en fonction des résultats obtenus aux tests physiques d'entrée au programme et des limitations du patient.

Le patient sera inscrit par l'infirmière coordinatrice aux séances APA selon le nombre de places disponibles et les disponibilités du patient.

La prise en charge en APA devra satisfaire la prescription médicale et respecter les recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) en matière de prescription d'APA.

En fonction de ce travail d'analyse, et selon les protocoles mis en place par la structure qui les emploie, il établit un programme d'APA qui vise les objectifs désignés tout en s'assurant de la sécurité du patient et du respect de ses besoins, capacités et attentes.

Pour un même groupe de patient, l'éducateur sport-santé devra proposer plusieurs lieux de pratique, qui devront rester dans la zone géographique demandée. L'objectif étant de diversifier les séances et pouvoir pratiquer sur différents environnements (mer, extérieur, intérieur). Ces lieux devront être définis à l'avance et rester fixes. Cas exceptionnel, des demandes écrites pourront être faites et étudiées par la direction.

L'éducateur sport-santé pourra proposer qu'une séance se tienne à l'extérieur de la zone géographique, cela de manière exceptionnelle et au maximum une fois par mois. Ces demandes exceptionnelles devront être formulées auprès de la Direction de la santé et accompagnées de l'accord écrit des patients.

- Créer les outils pédagogiques

Un outil pédagogique est une ressource, un moyen à la disposition de l'intervenant pour le travail sur des savoirs, savoirs faire et savoir-être du patient. Il implique l'interaction entre l'intervenant et le patient et aussi entre les participants. Ils ont pour objectif de :

- Faire prendre connaissance, analyser, évaluer, synthétiser des informations ;
- Evaluer les connaissances du patient ;
- Faire prendre conscience au patient d'un problème et le faire prendre position par rapport à son problème ;
- Faire prendre conscience au patient de ses habitudes et ses comportements ;
- Permettre de s'exprimer et de débattre ;
- Faire émerger les représentations ;
- Développer des compétences.

- Réaliser le bilan final soit une (1) séance par patient

D'une durée d'une heure, il aura pour objectif de faire le bilan physique du patient à la fin de sa prise en charge.

Chaque consultation individuelle devra être préparée et synthétisée pour être ajoutée à la fiche synthèse médicale.

Pour chaque atelier mis en place, une fiche pédagogique devra être construite et transmise à la Direction de la santé comprenant au minimum :

- Le nom de l'atelier ;
- La durée de l'atelier ;
- Le nombre de participant maximum ;
- La thématique ;
- Les objectifs de l'atelier ;
- Les compétences visées ;
- La méthodologie d'animation utilisée ;
- Les outils pédagogiques utilisés ;
- Le déroulement de l'atelier.

#### **5.4.3. Evaluer l'activité APA**

Cette évaluation permettra de mesurer l'efficacité de la prise en charge en matière d'APA afin de réajuster et d'améliorer la poursuite du projet. L'évaluation portera sur le nombre de patients pris en charge, le nombre de séances organisées, l'appréciation des participants sur la qualité des séances et sur les outils proposés. Les changements durables du comportement actif se faisant sur le long terme, l'évaluation de l'atteinte des objectifs et de l'impact sur le mode de vie des patients n'est pas demandée au prestataire.

### **5.5. LOT 13 à 16 – IDE COORDINATRICE**

Les prestations de ces lots comprennent :

#### **5.5.1. La coordination du programme ETP consistant à :**

##### ***Coordination interne***

- Coordonner une réunion hebdomadaire de concertation pluridisciplinaire. L'objectif étant de prendre connaissance des synthèses des diagnostics éducatifs de chaque patient par tous les professionnels intervenants dans le programme et d'organiser le programme individualisé de chaque patient ;
- Coordonner les réunions d'équipe bimensuel : avancé du projet, évaluation des ateliers d'ETP, évolution du programme ;
- Coordonner les actions de la diététicienne, de l'éducateur sport-santé et de la psychologue dans toutes leurs activités ;
- Coordonner avec la secrétaire et les différents intervenants la mise en place des programmes ;
- Coordonner le regroupement des patients à un an qui vise à réunir tous les patients de la file active pour échanger ;
- Coordonner le dispositif de suivi post-programme.

Une réunion annuelle regroupant les différents intervenants ainsi que le référent de la Direction de la santé sera organisée par le Département de santé publique.

##### ***Coordination externe***

- Ecrire la synthèse du diagnostic éducatif et la décision d'acceptation dans le programme qui sera envoyé au médecin traitant ou spécialiste ;
- Réunir les évaluations du programme par patient et en rédiger les synthèses pour la transmission au médecin traitant ou spécialiste ;
- Réaliser un compte rendu des consultations de suivis à 6 mois et 1an à envoyer au médecin traitant ou spécialiste.

Ces courriers peuvent être numérique ou papier.

- Organiser le suivi des patients ;
- Co-crée les ateliers d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire et les outils pédagogiques avec l'équipe pluridisciplinaire ;
- Promouvoir le programme avec les différents partenaires locaux en vue d'augmenter la file active.

#### **5.5.2. En amont du programme**

- Réaliser le diagnostic éducatif pour chaque patient en privilégiant les consultations à domicile du patient. La Direction transmettra une trame identique à chaque site.

Le diagnostic éducatif, d'une durée de deux (2) heures maximums, est réalisé en amont du programme par l'IDE. Il vise à connaître les besoins, connaissances, attentes et difficultés des patients, pour adapter au mieux le programme d'éducation thérapeutique individualisé. Il

permet également de valider l'inscription du patient au programme ETP ou de le rediriger vers une autre prise en charge plus adaptée. Il n'est pas définitif et peut-être moduler au cours de la prise en charge. Il n'y a pas d'ordre particulier dans le déroulé de l'entretien et les questions peuvent être posées aléatoirement en fonction du patient. Il n'y a pas de cadre figé, l'essentiel étant d'avoir les informations pour guider le patient.

La dimension du diagnostic éducatif sera transmise par la Direction de la santé et sera consigné dans le dossier patient.

### ***Négociation des objectifs avec le patient***

Le diagnostic se poursuit à la définition des compétences à acquérir. Les compétences doivent être mises dans un ordre de priorité, certaines étant d'ordre sécuritaire, c'est-à-dire dont la santé vitale du patient dépend directement sur le court terme. Les objectifs peuvent être non spécifiques ou spécifiques aux besoins d'un patient donné. Les objectifs ne doivent pas être fixés unilatéralement par le soignant, mais doivent être discutés et déterminés par le patient et le soignant de manière à être réalistes et répondre aux souhaits du patient. Une liste non exhaustive est détaillée en *Annexe 1* : Recommandations HAS - Compétences obésité.

### ***Co-construction du programme individualisé***

Le diagnostic aboutit par la co-construction du programme personnalisé du patient.

### **Synthèse du diagnostic éducatif**

La synthèse du bilan doit être rédigée au cours du diagnostic. Ce document est transmis par la Direction de la santé.

A la fin du diagnostic éducatif, il sera remis au patient la plaquette du programme, le formulaire de consentement transmis par la Direction de la santé signé par le patient ainsi que la synthèse du diagnostic éducatif.

## **5.5.3 La prestation initiale (1<sup>ère</sup> phase du programme)**

- Préparer, coordonner et assurer les ateliers collectifs « infirmières »

Animer un atelier d'une heure sur la connaissance de la maladie pour chaque première phase de programme.

- Créer des outils pédagogiques

Un outil pédagogique est une ressource, un moyen à la disposition de l'intervenant pour le travail sur des savoirs, savoirs faire et savoir-être du patient. Il implique l'interaction entre l'intervenant et le patient et aussi entre les participants. Ils ont pour objectif de :

- Faire prendre connaissance, analyser, évaluer, synthétiser des informations ;
- Evaluer les connaissances du patient ;
- Faire prendre conscience au patient d'un problème et le faire prendre position par rapport à son problème ;
- Faire prendre conscience au patient de ses habitudes et ses comportements ;
- Permettre de s'exprimer et de débattre ;
- Faire émerger les représentations ;

- Développer des compétences.

### **5.5.3. La prestation de suivi (2<sup>ème</sup> phase du programme)**

- Réaliser l'évaluation intermédiaire soit une (1) consultation par patient en privilégiant les consultations à domicile du patient

A la fin de la 1<sup>ère</sup> phase, une première évaluation intermédiaire d'une demi-heure sera tenue par l'infirmière afin de co-construire la suite du parcours de soins du patient.

- Réaliser l'évaluation final soit une (1) consultation en privilégiant les consultations à domicile du patient

L'évaluation des compétences acquises du patient se fera tout au long de la prise en charge éducative par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Différentes méthodes d'évaluations seront proposées :

- Évaluation de l'éducation thérapeutique individuelle (suivi éducatif) ;
- Évaluation des compétences acquises, à maintenir et à soutenir, et des changements chez le patient ;
- Évaluation du déroulement des séances, évaluation de leur caractère adapté aux besoins du patient ;
- Évolution dans les acquisitions des compétences d'auto-soins. Difficultés d'autogestion du traitement par le patient. Vécu de la maladie au quotidien ;
- Évolution de l'adaptation du cadre et du mode de vie, équilibre entre la vie et la gestion de la maladie.

Il faut inviter le patient à porter un regard sur son parcours, son évolution, ses progrès, ce qui participe au développement de ses compétences psychosociales. L'évaluation est conçue dans un esprit collaboratif, comme le reste du parcours.

Une évaluation finale d'une durée d'une heure, réalisée par l'infirmière conclura le programme. Une trame sera fournie par la Direction de la santé. Il s'agit d'un temps individuel où sont reprises les données du diagnostic éducatif qui seront mises en perspective avec les apprentissages et les compétences acquises au cours du programme.

Pour chaque atelier mis en place, une fiche pédagogique devra être construite et transmise à la Direction de la santé comprenant au minimum :

- Le nom de l'atelier ;
- La durée de l'atelier ;
- Le nombre de participant maximum ;
- La thématique ;
- Les objectifs de l'atelier ;
- Les compétences visées ;
- La méthodologie d'animation utilisé ;
- Les outils pédagogiques utilisés ;
- Le déroulement de l'atelier.

#### **5.5.4. Dispositif de suivi post-programme**

Réalisé par l'infirmière du programme, les consultations de suivis d'une durée demi-heure seront réalisées à la suite du programme selon le schéma suivant : 9 mois et 12 mois. Ces consultations seront l'occasion de faire le point sur :

- L'évolution de la maladie ;
- L'ajustement du traitement et du plan d'action ;
- La gestion de la maladie au quotidien : réussites, difficultés, compétences à soutenir, etc. ;
- La qualité de vie ;
- Et la fréquence des rechutes, du recours aux urgences, des consultations non programmées des hospitalisations, des séjours en réanimation, de l'absentéisme professionnel ou scolaire.

Pour voir l'évolution biomédicale, un bilan sanguin sera prescrit par le médecin à 3 mois et 1 an.

Un cycle de renforcement de 3 mois pourra éventuellement être proposé au patient à la dernière consultation de suivi, si les bénéfices attendus pour le patient semblent significatifs (sur décision de l'équipe pluriprofessionnelle).

Les patients moteurs du programme seront invités à devenir patient expert pour les futurs programmes.

#### **5.5.5. Coordonner et réaliser l'auto-évaluation du programme**

L'IDE sera en charge, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire d'élaborer un bilan quantitatif et qualitatif trimestriel, annuel et quadriennal de l'ensemble des prestations. La Direction de la santé transmettra une trame listant les critères et indicateurs d'évaluation qui seront attendus.

### **Article 6 - MODALITES DE PILOTAGE ET DE SUIVI DU MARCHÉ**

#### **6.1. INTERLOCUTEUR DU TITULAIRE AUPRES DE L'ACHETEUR PUBLIC**

Le titulaire désigne dans sa proposition technique un représentant qui est l'interlocuteur privilégié du représentant de l'acheteur public pour l'ensemble des questions contractuelles ; celui-ci a autorité pour régler toute difficulté liée à l'exécution des prestations. Il représente le titulaire dans toutes les réunions où celui-ci est convié dans le cadre de l'exécution du marché et du contrôle des prestations. Il est en lien avec l'acheteur qui assure le suivi de l'exécution contractuelle du marché à la Direction de la santé.

#### **6.2. COMITE D'ORGANISATION**

L'acheteur public met en place un comité d'organisation chargé de piloter le programme d'éducation thérapeutique des patients et la coordination des prestations. Il est en outre chargé de la validation des livrables.

La composition de ce comité d'organisation est fixée par l'autorité compétente de l'acheteur public.

La première réunion de ce comité a lieu dans les jours qui suivent la notification du marché au titulaire. Cette réunion a pour objectif de fixer le calendrier de mise en place du

programme, les modalités opérationnelles d'exécution des prestations et leur calendrier prévisionnel. Lors de la réunion de lancement, le représentant du titulaire doit être accompagné des personnes ayant la connaissance technique / chargés de l'exécution