

**PRETORA**  
*en action*

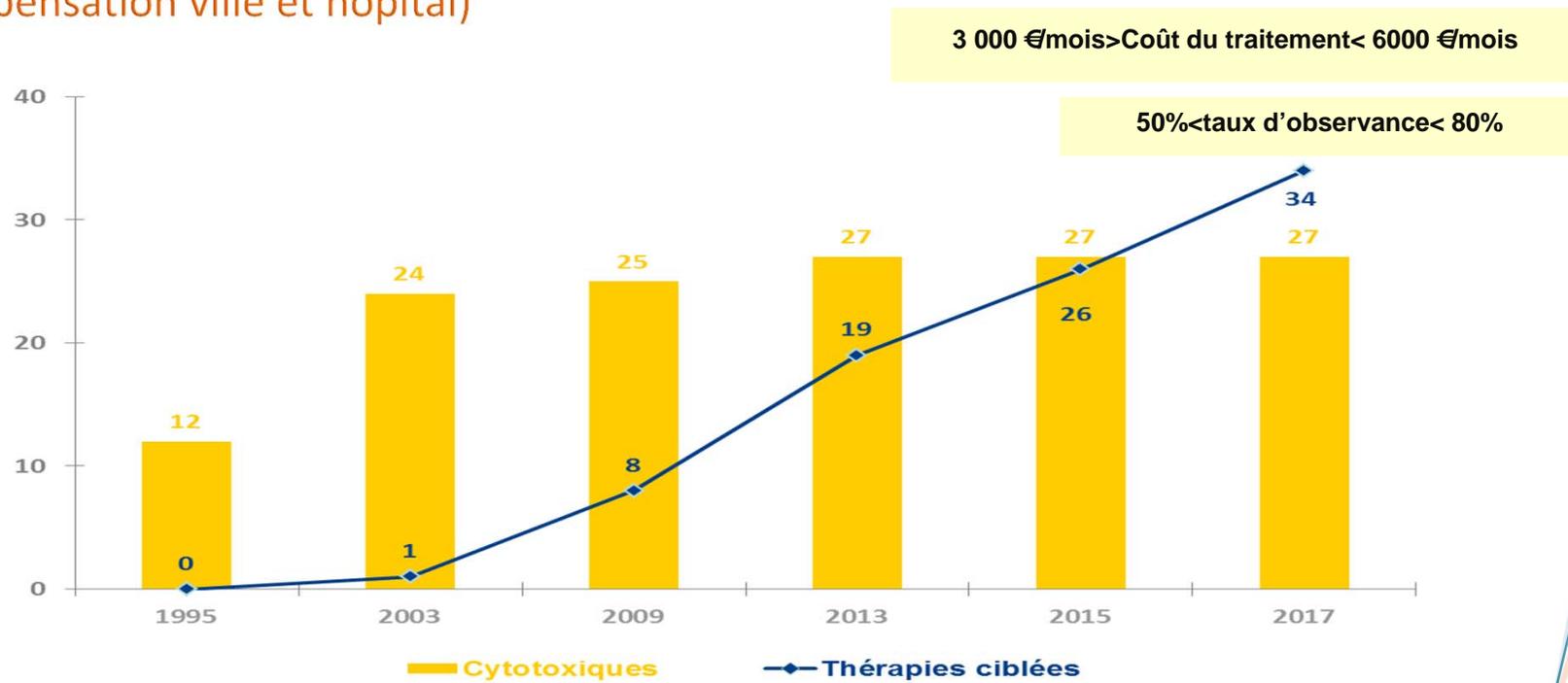
# Bien vivre avec sa chimiothérapie orale

PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE  
CANCER ET TRAITES PAR MEDICAMENTS ANTICANCEREUX ORAUX



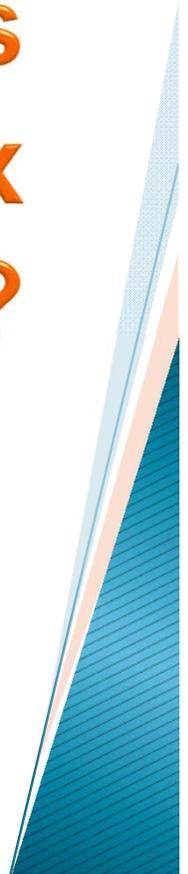
# Contexte : le boom des thérapies orales

(Nombre de molécules autorisées sur le marché national  
Dispensation ville et hôpital)



# Votre établissement prend en charge des patients sous traitements anti-cancéreux oraux ?

Il peut bénéficier du programme régional  
d'éducation thérapeutique PRETORA EN ACTION





L'éducation thérapeutique permet  
d'apprendre au patient à mieux gérer sa  
vie avec la maladie et ses traitements

# Principes

- ▶ PRETORA EN ACTION s'adresse à tous les patients ayant reçu une prescription d'un médicament anticancéreux par voie orale.
- ▶ En suivant le programme PRETORA EN ACTION, le patient apprend :
  - comment gérer son traitement à domicile,
  - comment prévenir et détecter la survenue d'éventuels effets indésirables.
- ▶ Il sait intégrer les modalités du traitement dans son quotidien, selon ses activités propres pour plus d'autonomie



# Objectifs du programme

- ▶ **Expliquer sa maladie** et les contraintes qui en découlent
- ▶ **Gérer son traitement** dans son quotidien
- ▶ **Adapter son traitement** antalgique selon ses besoins
- ▶ **Dépister les signes** cliniques pouvant évoquer les effets indésirables de son traitement
- ▶ **Prévenir ou gérer** les principaux effets indésirables : toxicité cutanée, mucite, troubles digestifs, hématologiques, hypertension artérielle

Le patient acquière ainsi les compétences d'auto soins et d'adaptation nécessaires à sa qualité de vie

# Parcours patient

- ▶ A partir de la prescription de la molécule
  - 3 parcours possibles en fonction du choix du patient coordonné par l'ERET



# Parcours patient

## LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Propose d'intégrer le programme.  
Remet le flyer d'information  
et la liste des professionnels libéraux et hospitaliers formés.

## LE PATIENT

Accepte (ou non) d'intégrer le programme.  
Informe l'ERET de son choix.

## LA STRUCTURE DE COORDINATION

Organise la prise en charge du patient selon ses souhaits.



# Engagement du patient

- ▶ une première consultation avec un professionnel de santé formé pour convenir ensemble de son parcours personnalisé
- ▶ la présence à des ateliers éducatifs
  - Individuels et/ou collectifs
  - maximum 6
- ▶ Une consultation de bilan



# Ateliers proposés

## Mon quotidien avec mes traitements

1. je comprends mon traitement et les principaux effets indésirables
2. je gère les effets indésirables cutanés, mucite, hypertension
3. je gère les effets indésirables digestifs et hématologiques

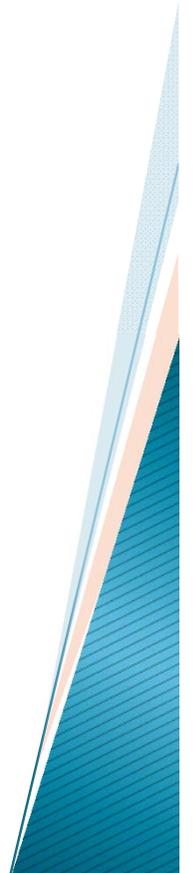
## Mon quotidien avec ma maladie

4. j'en suis où avec ma maladie et mes symptômes ?
5. mon alimentation et mes activités
6. besoin d'aide pour la reprise professionnelle et les démarches



# Fourniture d'un kit éducatif complet

- ▶ PRETORA EN ACTION est un programme ETP clé-en-main déposé auprès de l'ARS de Normandie.
- ▶ Il est autorisé depuis le 30 juin 2017



# Documents de traçabilité et matériels éducatifs composant le kit

## Chartes des professionnels de santé

- › 6.1. Charte de déontologie
- › 6.2. Charte d'engagement de confidentialité
- › 6.3. feuilles d'émergence des professionnels formés

## Documents d'information et de consentement du patient

- › 7.1. flyer d'information patient
- › 7.2. lettre d'information patient
- › 7.3. formulaire de consentement patient

## Documents d'information aux professionnels de santé

- › 8.1. plaquette d'information professionnel / PRETORA
- › 8.2. lettre au médecin traitant d'entrée dans le programme PRETORA

## Référentiel de compétence patients

### Bilan éducatif partagé

- › 10.1. Conseils méthodologiques pour la conduite de l'entretien
- › 10.2. Support d'entretien et recueil de données

### Projet personnalisé d'éducation

### Documents d'évaluation patient

- › 20.1. Outil animateur CAPECITABINE
- › 20.2. Outil animateur EVEROLIMUS
- › 20.3. Outil animateur PAZOPANIB
- › 20.4. Outil patient CAPECITABINE
- › 20.5. Outil patient EVEROLIMUS
- › 20.6. Outil patient PAZOPANIB
- › 20.7. Fiche d'évaluation des causes de non observance échelle ACTG
- › 20.8. Echelle de qualité de vie QLQ-C30
- › 20.9. Questionnaire de satisfaction du patient par atelier
- › 20.10. Questionnaire de satisfaction de l'aidant par atelier
- › 20.11. Enquête de satisfaction patient / programme PRETORA

### Documents d'évaluation par les éducateurs

- › 21.1. Debriefing des ateliers
- › 21.2. Evaluation des compétences-patient
- › 21.3. Evaluation du programme PRETORA par les animateurs

Avril 2018

## Fiche pédagogique séance 1 je comprends mes traitements

- › 12.1. outil patient planning d'administration
- › 12.2. outil patient planning thérapeutique

## Fiche pédagogique séance 2 je comprends les effets indésirables

- › 13.1. outil animateur arbre décisionnel nausées vomissements
- › 13.2. outil patient « avec quels médicaments gérer mes effets secondaires »

## Fiche pédagogique séance 3 : effets indésirables toxicité cutanée, mucite, HTA

- › 14.1. outil animateur diaporama sur les toxicités cutanées
- › 14.2. outil de recours disque décisionnel syndrome main-pied
- › 14.3. outil animateur arbre décisionnel syndrome main-pied
- › 14.4. outil animateur photolangage mucite
- › 14.5. outil animateur arbre décisionnel mucite
- › 14.6. outil animateur étude de cas sur l'hypertension artérielle
- › 14.7. outil patient étude de cas sur l'hypertension artérielle
- › 14.8. remis patient automesure tensionnelle
- › 14.9. remis patient fiche de traçabilité de la surveillance tensionnelle

## Fiche pédagogique séance 4 : effets indésirables troubles digestifs toxicité hématologique

- › 15.1. outil patient étude de cas sur la diarrhée
- › 15.2. outil animateur arbre décisionnel diarrhée
- › 15.3. outil animateur constipation
- › 15.4. outil patient constipation
- › 15.5. outil animateur diaporama sur les toxicités hématologiques
- › 15.6. outil animateur arbre décisionnel fièvre

## Fiche pédagogique séance 5 : ma maladie mes symptômes fatigue douleur

- › 16.1. outil animateur cartes stratégies d'adaptation COMETE
- › 16.2. outil animateur cartes Jepeto fatigue

## Fiche pédagogique séance 6 : mon quotidien alimentation loisirs activité physique

- › 17.1. outil animateur 10 bonnes raisons de faire ou ne pas faire de sport
- › 17.2. outil patient 10 bonnes raisons de faire ou ne pas faire de sport

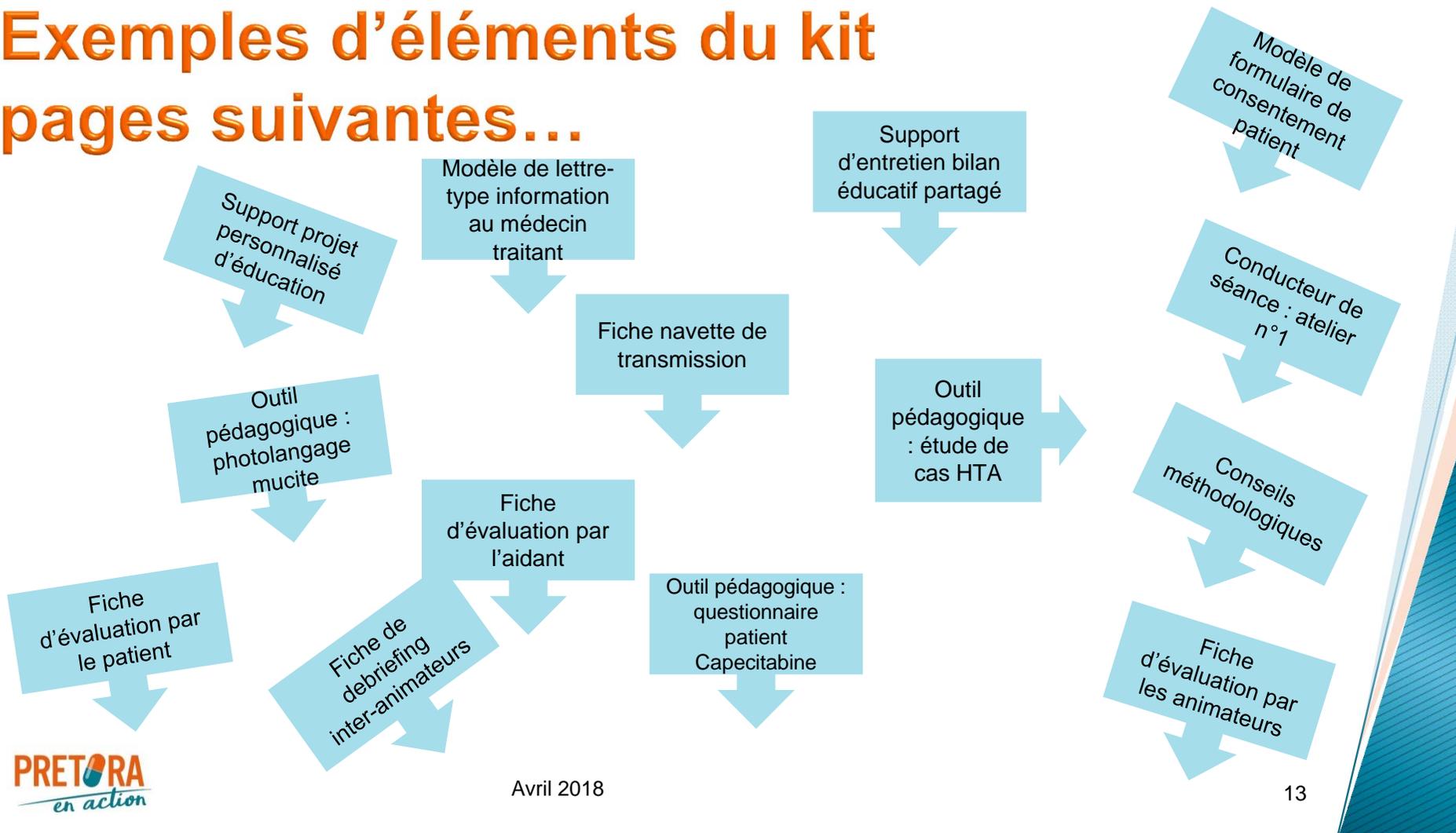
## Fiche pédagogique séance 7 : mon quotidien, mes projets

- › 18.1. outil animateur cartes Aidants COMETE

## Documents de transmissions et de recueil de données

- › 19.1. fiche navette et 19,2 score EPICES
- › 19.3. tableau Excel d'activité pour le référent du parcours éducatif du patient

# Exemples d'éléments du kit pages suivantes...



**Identification du Patient:**

M., Mme, Mlle ..... (Nom, prénom du patient)

Demeurant..... (Adresse)

Mr ou Mme (nom, prénom du professionnel) .....

Fonction .....

Lieu d'exercice professionnel : .....

n° de téléphone : .....

m'a proposé de participer au programme PRETORA : «Programme d'éducation thérapeutique pour les patients traités par médicaments anticancéreux oraux».

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 intervenants du programme de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits et mes devoirs garantis par la loi.

En participant à ce programme :

- J'accepte que les informations personnelles et/ou médicales puissent être partagées avec les autres intervenants en lien avec le programme et/ou de l'équipe soignante de mon parcours de soins et/ou le médecin traitant.
- J'accepte que les données éducatives recueillies au cours du programme, puissent être utilisées (de façon anonyme) pour l'évaluation du programme PRETORA, des publications, des travaux de recherche.
- Je m'engage à participer à mon programme dans son intégralité, dans la mesure du possible, en fonction de mon état de santé, et à prévenir en cas d'absence.

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 peux à tout moment demander des informations complémentaires à la personne qui m'a proposé d'intégrer le programme PRETORA (cf coordonnées mentionnées ci-dessus)

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature du patient ou de son représentant légal

*Fait en deux exemplaires : un exemplaire est remis au patient, le second exemplaire est conservé par le responsable*



Nom du médecin

Adresse

Date :

Cher(e) collègue,

Votre patient, M.....

a accepté de participer à un programme d'éducation thérapeutique. La mission de ce programme est de l'aider à acquérir ou maintenir des compétences pour gérer au mieux sa vie avec sa maladie et ses traitements, afin d'améliorer ainsi sa qualité de vie.

Ce programme a obtenu l'autorisation de l'ARS le ....., il est destiné aux patients sous traitements anticancéreux par voie orale (chimiothérapie et/ou thérapie ciblée).

Après un bilan éducatif, votre patient va bénéficier d'un programme adapté à ses besoins sous forme d'ateliers qui seront animés par des professionnels formés soit en secteur libéral, soit en secteur hospitalier soit en parcours mixte.

Un cahier de liaison est remis au patient afin de regrouper tous les documents pouvant l'aider à mieux suivre son traitement. Nous demandons au patient de le présenter aux différents professionnels de santé qu'il sera amené à rencontrer. Une page de commentaires est prévue pour permettre la communication et la coordination entre les soignants de la ville et de l'hôpital.

Nous espérons ainsi améliorer l'observance des traitements, permettre au patient de mieux repérer les effets secondaires imputables au traitement et de mieux les gérer.

Cordialement,

Signature du médecin oncologue :

En pièces jointes :  
- plaquette d'information du programme PRETORA  
- fiche OMEDIT du médicament concerné  
- synthèse du bilan éducatif partagé  
- lien à consulter pour le guide THECITOX (outil de gestion des effets secondaires des thérapies ciblées): site du Centre François Baclesse rubrique Professionnels de Santé ou site du réseau OncoBasseNormandie. Application disponible sur Apple ou Android.

## Conseils méthodologique pour la réalisation du bilan éducatif partagé

Note(s) pour l'intervenant :

**Cette fiche d'aide au bilan éducatif partagé (BEP) initial est un guide qui explore plusieurs thématiques :**

- La situation socioprofessionnelle et familiale
- Les difficultés rencontrées par le patient (sociales, familiales, physiques,...nutritionnelles.. )
- Ses activités de loisirs, ses projets
- Sa connaissance de la maladie
- Ses connaissances globales sur le traitement oral proposé
- Sa gestion des traitements oraux en général.

Avant de commencer l'entretien, il est important de poser le cadre et de présenter les objectifs au patient

Chaque éducateur doit explorer les thématiques proposées par des questions ouvertes et globales pour recueillir un maximum de données sans pour autant questionner le patient sur l'intégralité des items proposés. Le référentiel de compétences patients est complémentaire de cette fiche d'aide au BEP.

Le BEP pourra être complété au cours de la prise en charge.

L'objectif de ce guide est de permettre :

- d'appréhender les différents aspects de la personnalité du patient
- d'identifier ses besoins
- d'évaluer ses potentialités
- de prendre en compte ses demandes
- de permettre au patient d'exprimer son analyse de sa situation
- d'évaluer ses compétences déjà mobilisées, à acquérir ou à renforcer

Afin de permettre d'établir ensemble une synthèse des données recueillies et de pouvoir établir un programme éducatif personnalisé.

## BILAN EDUCATIF PARTAGE

Date : .....

Diagnostic éducatif réalisé par : .....

Fonction : .....

Lieu d'exercice : .....

### Identification du patient

Nom, prénom du patient : .....

Date de naissance : .....

Couverture sociale : .....

Mutuelle complémentaire / .....

Tél fixe : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Tél portable : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Adresse mail : .....@.....

Médecin référent : .....

Infirmière libérale : .....

Pharmacien : .....

Laboratoire : .....

Histoire de la maladie : .....

.....

.....

Protocole retenu : .....

.....

.....

**Dimension familiale (qui est-il ?)**

**Parlez-moi de vous, de votre famille, de votre entourage ?**

.....  
.....

Célibataire  Marié(e)  En couple  Vit seul(e)  Veuf (ve)  Divorcé  autre .....

**Avez-vous des enfants ?**  non  oui Nb : .....

Si oui	Age	A charge
.....	.....	<input type="checkbox"/>

Proximité :  oui  non

**Avez-vous des petits-enfants ?**  non  oui Nb : .....

**Si vous êtes en couple, Votre conjoint est-il en bonne santé ?**  non  oui

Souhaitez-vous en parlez ?

.....  
.....

**Y a-t-il des pbs de santé dans la famille ?**  non  oui

Souhaitez-vous en parlez ?

.....  
.....

**Parlez-moi de votre quotidien ?**

.....  
.....

**Comment se déroule une journée ?**

.....  
.....

**Comment occupez-vous vos journées (activités, loisirs ...) ?**

.....  
.....

**Rencontrez-vous des difficultés dans votre vie quotidienne, votre vie familiale ou vie sociale, du fait de votre maladie, de votre traitement ? si oui lesquelles ?**

.....  
.....

**Avez-vous mis en place, ou allez-vous mettre en place, des trucs, des astuces pour les surmonter ? Lesquelles ?**

.....  
.....

**En cas de besoin, en terme de soutien, sur qui pouvez-vous compter ? Comment cela se passe ?**

.....  
.....

**Avez-vous des Aides à domicile ?**  non  oui

Si oui, lesquelles ?

.....  
.....

**Souhaitez-vous des aides à domicile ?**  non  oui

Si oui, lesquelles : .....

**Commentaires de l'intervenant**

**Synthèse :**

**Facteurs facilitants :**

**Facteurs limitants :**

**Demandes du patient :**

**Besoins identifiés :**

**Objectifs négociés :**

**Soins de support mis à disposition :**

**Professionnels de santé contactés :**

**Documents remis :**

**Prochain rendez-vous :**

N° dossier :	Nom	Prénom	Date de naissance :
--------------	-----	--------	---------------------

Synthèse du diagnostic éducatif (obstacles /facilités)

Date :	Objectifs négociés	Objectif atteint
<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>-</li> </ul>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ATELIERS :	A FAIRE	FAIT	COMMENTAIRES
Je gère mes traitements et les effets indésirables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Je gère les effets indésirables (toxicités cutanées, mucite, HTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Je gère les effets indésirables (troubles digestifs et hématologiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou j'en suis avec ma maladie, mes symptômes : fatigue, douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mon quotidien : alimentation, loisirs, activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mon quotidien : activité professionnelle, mon entourage, les démarches administratives, mes droits, les associations, mes projets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Date de début de traitement:  molécule :	Projet personnalisé éducatif réalisé le : Nom Prénom du Professionnel : Signature  <hr/> M/Mme  Accepte ce projet personnalisé éducatif :  Date et signature :
--	--

Je soussigné Dr

Valide la proposition du projet thérapeutique ci-dessus

L'objet de cette fiche navette est de recueillir les étapes du parcours du patient dans le programme afin de renseigner les éléments nécessaires à l'évaluation

Cette fiche doit être remise au patient au décours du BEP par l'éducateur référent et versée dans le cahier de liaison.

Elle sera récupérée dûment remplie par le référent en fin de parcours ETP.

**Il est donc indispensable que le patient apporte son cahier de liaison à chaque atelier et que la fiche soit transmise au référent quelque soit le motif de l'arrêt du programme.**

N°anonymisé du patient : (Année- n° du site-n°ordre-2 première initiales nom et prénom)

BEP réalisé le :

La synthèse a-t-elle été transmise au médecin traitant  oui  non

Questionnaire d'évaluation début de programme réalisé  oui  non

Le programme a été proposé au patient par :

Nom du référent du patient (ayant réalisé le BEP) :

Nom des professionnels intervenus au cours du programme / profession:

-  
-  
-

**Titre de la séance : je comprends mes traitements**

Séance Individuelle  
 Séance collective

Date de la séance :

**Public concerné :**

patient adulte sous chimiothérapie/thérapie ciblée orale, accompagné ou non d'un aidant et ayant bénéficié pour la plupart d'une consultation de primo prescription, comprenant un temps médical, infirmier et de pharmacien

**Pré requis participants :**

le patient a eu sa prescription de traitement. Il vient avec ses ordonnances du traitement anticancéreux et des traitements associés.  
 Il est demandé aux participants de venir avec leur classeur de liaison s'il leur a été remis. (prévoir de donner le classeur si le patient n'en a pas).

En cas de difficultés pour l'écriture et la lecture, le patient pourra identifier un aidant.

**Nb de participants:** min : 2 max : 8

**Durée totale de la séance :** environ 3 heures

**Animateur(s) :** binôme infirmière/médecin ou binôme infirmière/pharmacien

**Objectif général** A l'issue de la séance, la personne pourra développer, renforcer, mobiliser la ou les compétences prioritaires suivantes : gérer son traitement dans son quotidien et les principaux effets secondaires

**Notes pour le ou les intervenants :**

Lors de la proposition de l'atelier, l'animateur a demandé au patient d'apporter ses ordonnances (traitements anticancéreux, associés et habituels).  
 L'animateur aura également préparé le dossier/patient car les prescriptions peuvent être différentes.  
 L'animateur prépare les Postit® de trois couleurs différentes et un document sur lequel est dessiné un tableau avec trois colonnes (molécules, effets indésirables, les traitements associés)

**Matériel nécessaire :** Paper Board ou tableau weleda, feutres, post-it® de trois couleurs différentes, crayon à papier, stylos, gomme, patafix, Vidéo projecteur, ordinateur ou tablette

**Technique(s) d'animation :**

Mise en situation, Cas concret, Exposé interactif, Photo expression

**Supports utilisés, outils pédagogiques :**

Planning d'administration  
 Planning thérapeutique  
 Séquences du film  
 Vignettes/Post-it®  
 Fiche Omedit  
 Kit photos « difficultés » « professionnels de santé »  
 Feuille tableau trois colonnes

## Séquence pédagogique 1 (durée ; 65 mm) **JE COMPRENDS MES TRAITEMENTS**

### Objectif(s) pédagogique(s)

A l'issue de la séquence pédagogique, la personne sera capable de citer le nom de son traitement anticancéreux, des traitements associés avec leurs indications et les principaux effets indésirables.

1. **Mobilisation du groupe** : votre médecin oncologue vous a remis une ordonnance de votre traitement anti cancéreux oral et vous a expliqué différents effets indésirables possibles. Nous allons reprendre ensemble les documents qui ont été remis. Certains d'entre vous ont peut-être bénéficié d'un accompagnement infirmière/pharmacien.
2. **Consignes et déroulement de la séquence**
  - Temps 1 (durée : 10mm) : l'animateur demande à chaque participant de sortir ses ordonnances (de traitement anticancéreux et associés). Il distribue à chacun une feuille papier avec les trois colonnes : la première pour noter le nom de la molécule, la seconde : les effets indésirables et la troisième : le nom des traitements associés. Il dessine le même tableau sur le Paperboard ou tableau Velléda. Il installe sur la table les Post-it ou vignettes de différentes couleurs : vert (molécule), orange (effets indésirables), jaune (traitements associés).
  - Temps 2 (durée 5 min) : l'animateur invite chaque participant à noter sur les Post-it ses réponses.
  - Temps 3 (durée : 20 mm) : L'animateur demande à chaque participant d'expliquer au groupe son traitement et les effets indésirables qu'il peut rencontrer en fonction de ce qu'il a retenu. Les participants viennent ensuite coller les Post-it dans les colonnes correspondantes inscrites sur le tableau. (L'animateur peut le faire si le participant a un problème de mobilité).
  - Temps 4 (durée 15 mm) : en fonction des réponses données, l'animateur réajuste. Il peut faire un focus sur le nom des traitements associés (DCI et nom commercial) .
3. **Transfert des acquis** (durée : 5 min)

L'animateur demande à chaque participant d'inscrire sur leur feuille papier leurs réponses validées dans chaque colonne du tableau.
4. **Conclusion, Synthèse, messages clés** (durée : 10 min)

Le traitement est adapté pour chaque patient et la dose peut varier dans le temps sur prescription médicale.  
Certains médicaments peuvent provoquer des effets indésirables parfois rapidement après le début de la prise du traitement.  
Les participants peuvent trouver les informations sur les fiches Omédit remises.  
Cette séquence peut être l'occasion de constater que les ordonnances des traitements associés n'ont pas été remises lors de la consultation médicale.  
Si le participant a un doute sur le nom des traitements associés, il peut toujours interroger un professionnel de santé.

### **Conclusion, Synthèse générale**

1. il est important de bien respecter les modalités de votre traitement en traçant les prises sur un planning .
2. il est possible d'adapter votre traitement en fonction de vos habitudes de vie.
3. les traitements anticancéreux présentent des précautions de manipulation pour vous et votre entourage, de stockage et d'évacuation des déchets.
4. il faut prévenir un professionnel de santé en cas de problèmes avec la prise du traitement et/ou des effets indésirables persistants.
5. l'expression des ressentis face à la prescription d'un traitement anticancéreux est important. Certains freins, difficultés peuvent avoir une répercussion sur l'intégration de votre traitement dans votre quotidien. Il est possible d'apporter des solutions.

**Remarques :** Introduction sur les séances suivantes (atelier toxicités cutanées, digestives, hématologiques,...)

### **+/- Modalités d'évaluation de la séance**

*Remise du document d'évaluation de la séance à chaque participant.*



**Mr BONVIVANT , 60 ans , suivi pour un cancer du rein, sous SUTENT**

**1.65 pour 95 kg**

**Il contrôle sa TA tous les jours après son petit déjeuner**

**Il se décrit comme « bon vivant », sa femme est « bonne cuisinière »**

**Ses activités préférées : TV, jeux de société, recevoir ses amis**

**Il prend sa tension de temps en temps et a remarqué que sa tension est souvent entre 169/85 et 172/90**

**Que pensez-vous de cette situation ? Quels conseils lui donneriez-vous ?**



Voici 10 situations de la vie quotidienne qui vous permettront d'évaluer l'intégration de votre traitement à votre domicile, nous vous demandons de cocher les affirmations qui vous paraissent exactes.

**A droite, veuillez préciser votre degré de certitude.**

**1- Je dois prendre mes comprimés de CAPECITABINE**

- Deux fois par jour
- En une prise
- En continu pendant 2 semaines, puis 1 semaine d'arrêt
- En continu pendant 5 semaines
- Dans les 30 mn qui suivent le petit déjeuner et le dîner
- Je ne sais pas



Pas sûr du tout



Sûr à 75%



Sûr à 100%

46100224

**2- Si un jour j'oublie mon traitement de CAPECITABINE**

- Je double la dose le lendemain pour compenser
- je prends la dose habituellement prescrite le lendemain
- J'en informe mon médecin
- Je ne sais pas



46100224

**3- Les effets secondaires les plus fréquents sous CAPECITABINE sont :**

- La diarrhée
- La constipation
- La sécheresse de la peau, la rougeur des mains et des pieds
- Les nausées ou vomissements
- Je ne sais pas



46100224

**4- Au cours d'un traitement par CAPECITABINE**

- Je prends soin de mes pieds en appliquant une crème hydratante
- Je peux m'exposer au soleil comme je veux
- Je dois réaliser régulièrement des prises de sang
- Je ne sais pas



46100224

**5- En cas de diarrhée sous CAPECITABINE**

- Je privilégie les aliments épicés et frits
- Je préviens le médecin si j'ai plus de 4 selles par jour malgré le traitement
- Je bois au moins 2 litres d'eau par jour et privilégie une alimentation pauvre en fibres (riz, pâtes, bananes mûres, carottes cuites...)
- Je ne sais pas



46100224

① Estimez-vous que le programme d'ETP a amélioré :

- Votre connaissance du traitement et de son utilisation
- Votre connaissance de la prévention des effets secondaires du traitement
- Votre connaissance de la gestion des effets secondaires du traitement
- Votre connaissance de la maladie
- Votre autonomie
- Votre alimentation
- La communication avec vos proches
- Votre image de vous-même
- Votre sentiment de sécurité
- Votre qualité de vie
- Votre accompagnement avec vos professionnels de santé de ville
- L'ETP vous a permis d'exprimer vos difficultés
- L'ETP vous a permis d'obtenir des propositions de réponses à ces difficultés
- Autre(s) (préciser) :.....

② Quel est votre niveau de satisfaction concernant les thèmes abordés au cours du programme d'ETP ?

 Pas satisfait    Peu satisfait    Plutôt satisfait    Très satisfait

Quels autres thèmes auriez-vous éventuellement souhaité aborder ?

.....  
.....

③ Quel est votre niveau de satisfaction concernant l'organisation du programme d'ETP ?

 Pas satisfait    Peu satisfait    Plutôt satisfait    Très satisfait

Commentaire(s) :.....  
.....

④ Avez-vous apporté des modifications diverses dans votre quotidien grâce au programme ETP ?

OUI    NON

Si oui, lesquelles ?

.....  
.....

Thème de l'atelier :

Date :

Atelier :  collectif  individuel

vous êtes :  conjoint  enfant  ami  autre

**1- Quel est votre niveau de satisfaction concernant l'accueil, le lieu**

 Pas satisfait  Peu satisfait  Plutôt satisfait  Très satisfait

précisez.....  
.....  
.....

**2-- Quel est votre niveau de satisfaction concernant le contenu de l'atelier**

 Pas satisfait  Peu satisfait  Plutôt satisfait  Très satisfait

Précisez  
.....  
.....

**3- Quel est votre niveau de satisfaction concernant l'intérêt de l'atelier pour votre quotidien**

 Pas satisfait  Peu satisfait  Plutôt satisfait  Très satisfait

Précisez :  
.....  
.....

**4-- Quel est votre niveau de satisfaction concernant les outils/ supports utilisés durant l'atelier**

 Pas satisfait  Peu satisfait  Plutôt satisfait  Très satisfait

précisez.....  
.....  
.....

**5-- Quel est votre niveau de satisfaction concernant la durée de l'atelier**

 Pas satisfait  Peu satisfait  Plutôt satisfait  Très satisfait

précisez.....  
.....

**Merci de votre participation**

*L'objectif de ce document est de recueillir vos commentaires au décours de chaque atelier afin d'analyser les points à améliorer ; vous devrez le transmettre au responsable local du programme PRETORA en vue des évaluations annuelles et quadriennales.*

Date :

Intitulé de l'atelier :

Nom des animateurs :

Profession :

Nombre de participants :

Nombre d'accompagnants :

Lieu où s'est déroulé l'atelier :

**Vos commentaires sur :**

**La conception de la séance : fiche pédagogique (objectifs visés, rythme des séquences, contenus et outils envisagés...)**

**L'animation de la séance (difficultés rencontrées, facteurs limitants...)**

**Le déroulement de la séance (gestion du temps.....)**

Ce questionnaire est à remplir par chaque éducateur une fois par an en vue des évaluations annuelles et quadriennales.  
Il devra être transmis à votre responsable local du programme PRETORA EN ACTION pour le 31 octobre de chaque année.

① Estimez-vous que le programme d'ETP a permis d'améliorer :

- Les connaissances des patients sur la gestion de leur traitement
- les connaissances des patients sur la prévention/ gestion des effets secondaires du traitement
- Leur autonomie
- leur qualité de vie
- autres(s)

(préciser) :.....  
.....  
.....  
.....

2 -Est-ce que le programme vous paraît adapté aux besoins des patients ?

-  Pas du tout     Peu     Moyennement     Plutôt     Totalement

Commentaire(s) :.....  
.....

3- Quel est votre niveau de satisfaction concernant

➤ **L'organisation du programme**

-  Pas satisfait     Peu satisfait     Moyennement satisfait     Plutôt satisfait     Très satisfait

➤ **Les démarches administratives**

-  Pas satisfait     Peu satisfait     Moyennement satisfait     Plutôt satisfait     Très satisfait

# Financement – Mise en oeuvre

- ▶ Chaque patient inclus dans le programme est financé à hauteur de 250 €
- ▶ L'établissement de santé
  - désigne une personne ressources coordinatrice du programme
  - passe une convention avec l'Espace Régional d'Education Thérapeutique (ERET) qui coordonne la prise en charge et rétribue les intervenants
  - met en place et formalise son parcours « hôpital »
  - participe au parcours « mixte »



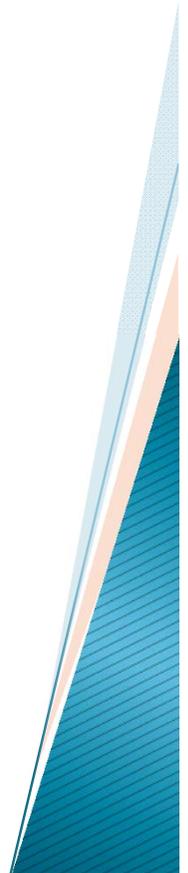
# Structure de coordination



Espace Régional d'Éducation Thérapeutique

**BASSE-NORMANDIE** ■ ■ ■

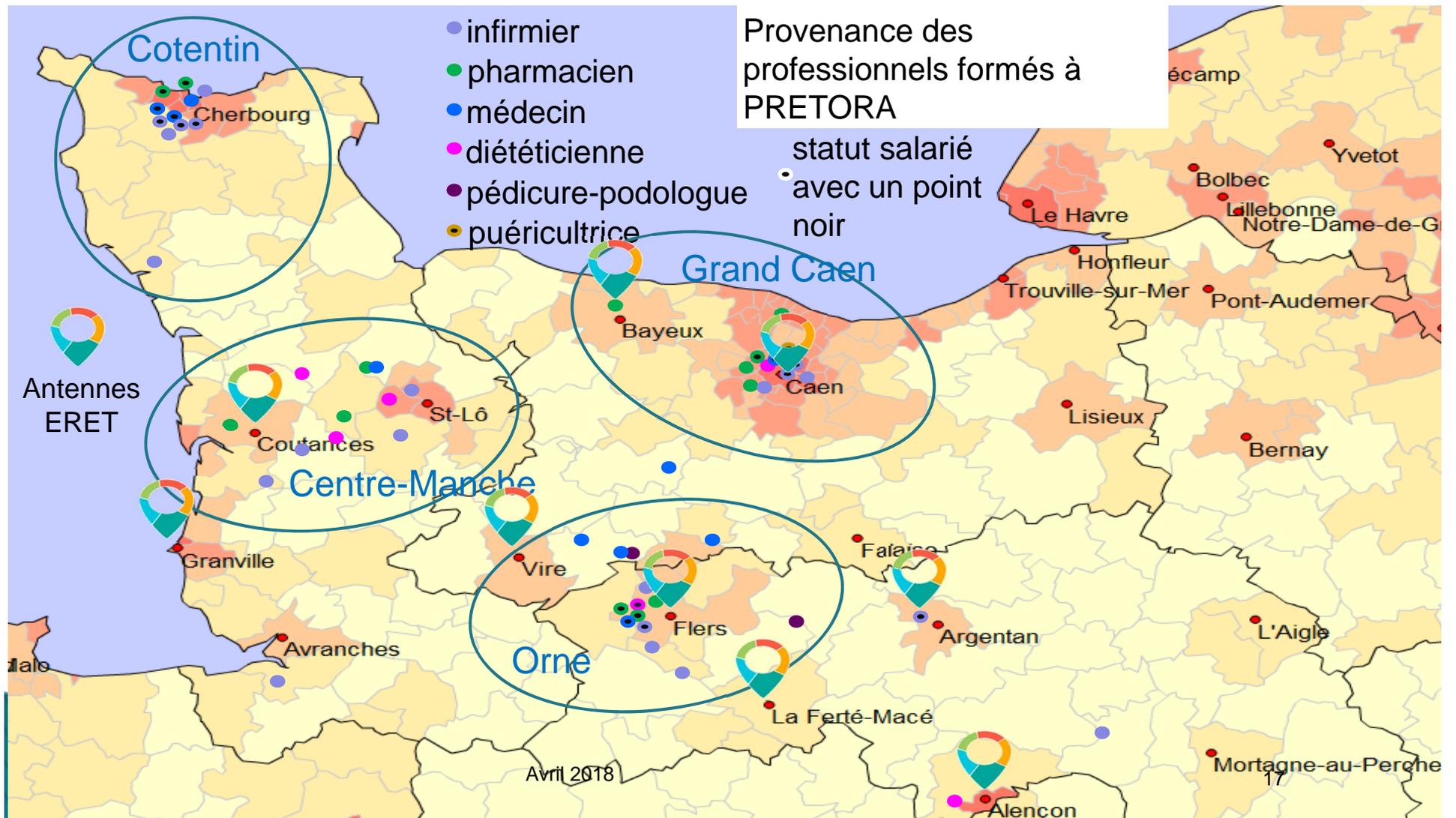
Contact : 02 61 53 50 20 [www.eretbn.org](http://www.eretbn.org) - info@eret-bn.fr



PRETORA EN ACTION est un programme d'ETP  
fruit d'une étroite collaboration entre des professionnels  
hospitaliers et libéraux de Normandie occidentale



**Nous comptons sur vous !**



# Comité de Pilotage

↓ Co-coordonnateurs du programme ↓

## Dr. Florence POLYCARPE

Médecin oncologue digestif  
Chef du projet PRETORA  
CENTRE FRANCOIS BACLESSE  
BP 5026  
14076 CAEN CEDEX 5  
02 31 45 50 16  
f.polycarpe@baclesse.unicancer.fr

## PATRICIA LECOQ

Infirmière coordinatrice ETP  
PLATEFORME DES ACTIVITES TRANSVERSALES EN  
ONCOLOGIE ET SOINS DE SUPPORT (ATOSS)  
CENTRE FRANCOIS BACLESSE  
BP 5026  
14076 CAEN CEDEX 5  
02 31 45 40 29  
p.lecoq@baclesse.unicancer.fr

## MARIELLE RENO

Cadre de santé  
PLATEFORME DES ACTIVITES TRANSVERSALES EN  
ONCOLOGIE ET SOINS DE SUPPORT (ATOSS)  
CENTRE FRANCOIS BACLESSE  
BP 5026  
14076 CAEN CEDEX 5  
02 31 45 40 46  
m.renou@baclesse.unicancer.fr

## LUCILE DEBONNAIRE

Coordinatrice Enseignement  
ENSEIGNEMENT-RECHERCHE-INNOVATION  
CENTRE FRANCOIS BACLESSE  
BP 5026  
14076 CAEN CEDEX 5  
02 31 45 50 94  
l.debonnaire@baclesse.unicancer.fr

## THOMAS MAUNY

Pharmacien d'Officine  
PHARMACIE DE LA GUERINIERE  
16 place de la liberté  
14000 CAEN  
02 31 82 39 80  
06 67 78 37 18  
www.pharmacie-gueriniere.com  
phaguerpharmacie@gmail.com

## VERONIQUE BURNOUF

Infirmière éducation thérapeutique  
PLATEFORME DES ACTIVITES TRANSVERSALES EN  
ONCOLOGIE ET SOINS DE SUPPORT (ATOSS)  
CENTRE FRANCOIS BACLESSE  
BP 5026  
14076 CAEN CEDEX 5  
02 31 45 40 57  
v.burnouf@mail.baclesse.fr