

# Engagement mutuel au sein du programme



## Entre

La cellule éducative du programme régional de réduction des risques cardio-vasculaires,

**D'une part,**

## Et

M. ....

N° .....

Ci-après dénommé "l'adhérent"

**D'autre part,**

**Il a été convenu ce qui suit :**

### **ARTICLE 1 - Inclusion et suivi dans le cadre du programme JE T'AIME MON CŒUR**

Le programme Je t'aime mon cœur s'adresse aux habitants de 6 territoires lorrains (Bassin Houiller, Saulnois, Briey, Sarreguemines, Sarrebourg et Longwy), âgés de 30 à 65 ans et repérés par leur médecin traitant ou cardiologue comme présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires.

L'adhérent est inclus dans le programme, suite à l'entretien initial T0,  
en date du ...../..... /.....

Le parcours dans le programme comporte deux phases : une période d'accompagnement par les professionnels (environ 6 mois) et une période d'autonomie (environ 6 mois) à l'issue de laquelle l'infirmière reprendra contact avec l'adhérent.

L'adhérent bénéficie, pendant son parcours, de bilans éducatifs partagés avec l'infirmière coordinatrice (T0, T1, T2, T3) et de consultations individuelles avec les professionnels de la cellule

éducative, dont le nombre et la durée sont définis de manière coordonnée entre les professionnels de la cellule selon les besoins de l'adhérent. Ce parcours est coordonné par l'infirmière coordinatrice. Le médecin traitant est informé du parcours de l'adhérent dans la cellule éducative. Si aucune contribution financière ne lui est demandée, l'adhérent s'engage néanmoins à participer activement à toutes les étapes du programme. Au-delà de 2 absences non-justifiées aux rendez-vous avec l'infirmière ou les professionnels, ou 3 absences consécutives, même justifiées, l'adhérent sera exclu du programme Je t'aime mon cœur.

L'adhérent peut, à tout moment, arrêter sa participation au programme Je t'aime mon cœur après en avoir informé l'infirmière coordinatrice.

## ARTICLE 2 - Confidentialité et évaluation

Tous les professionnels du programme, soumis au secret professionnel, s'engagent à respecter la confidentialité des informations qu'ils recueillent. L'évaluation du programme fera appel à des données extraites des entretiens réalisés avec l'infirmière. Ces données pourront être traitées sur informatique après avoir été rendues anonymes. Les informations recueillies serviront uniquement à l'évaluation du programme. Conformément à l'article 27 de la loi informatique et libertés, l'adhérent dispose d'un droit d'accès de modification et de suppression à l'ensemble des données le concernant sur demande à l'équipe coordinatrice du programme.

L'ensemble des professionnels des cellules éducatives, des équipes de coordination et des outils mis à disposition des adhérents sont financés par l'Agence Régionale de Santé Lorraine et le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle.

### En tant qu'infirmière :

- Je m'engage à recevoir, écouter, orienter l'adhérent, à coordonner son parcours avec les professionnels et à l'accompagner dans l'atteinte des objectifs fixés,

### En tant qu'adhérent, je m'engage à :

- Me rendre à chacun des rendez-vous programmés avec l'infirmière (de T0 à T3) et avec les professionnels de la cellule éducative ou à prévenir systématiquement par téléphone, en cas d'absence ou d'arrêt du programme, le professionnel du programme concerné),
- Me munir de ma pochette à rabats à chaque rendez-vous.

J'ai compris le fonctionnement du programme et accepte d'y adhérer dans les conditions qui m'ont été présentées

Fait le ..... à .....

Signature de l'adhérent

Signature de l'infirmière

*Je t'aime  
mon cœur*