

**Dossier de déclaration**

**Déclaration d’un programme d’éducation thérapeutique du patient (ETP)**

**auprès de l’Agence Régionale de Santé (ARS) Centre-Val de Loire**

**La déclaration d’un programme d’éducation thérapeutique du patient doit être réalisée de façon dématérialisée sur le site :**

[**https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-programme-etp**](https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-programme-etp)

Les étapes de la déclaration en ligne reprendront l’ensemble des items demandés dans ce document.

En cas d’impossibilité de déclaration en ligne, ce document est à adresser par tout moyen donnant date certaine à sa réception,

* par courrier en Recommandé avec Accusé de Réception (RAR):
  + - au Directeur général de l’ARS Centre-Val de Loire :

Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

Cité administrative Coigny

131 rue du faubourg Bannier

BP 74409

45044 ORLEANS CEDEX 1

* Par mail : [ars-cvl-education-therapeutique-patient@ars.sante.fr](mailto:ars-cvl-education-therapeutique-patient@ars.sante.fr)

**INTITULE DU PROGRAMME**

*L'intitulé doit mentionner la pathologie prise en charge*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**NOM DE LA STRUCTURE PORTEUSE**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**POPULATION CONCERNEE**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Première** **déclaration d’un programme ETP**

**Nouvelle déclaration d’un programme ETP suite à un changement de coordinateur et/ou à une modification sur les objectifs du programme et/ou sur la source de financement**

**Déclaration d’un programme ETP ayant bénéficié d’une autorisation avant le 01/01/2021, arrivant à son échéance.**

**SOMMAIRE :**

1. **Structure accueillant le programme**
2. **Le coordonnateur du programme**
3. **Composition de l’équipe intervenante dans le programme (y compris les patients intervenant)**
4. **Le programme**
5. **Les coordinations interne et externe**
6. **La confidentialité du programme**
7. **L’évaluation du programme**
8. **Le financement du programme**

ATTESTATION SUR L’HONNEUR DE CONFORMITE AUX EXIGENCES PREVUES AUX ARTICLES R. 1161-5 ET R. 1161-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

***MERCI DE COMPLETER L’ENSEMBLE DU DOSSIER***

***TOUT AUTRE SUPPORT DE DECLARATION NE SERA PAS PRIS EN COMPTE***

**1. STRUCTURE ACCUEILLANT LE PROGRAMME**

**Nom de la structure porteuse :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Statut juridique :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Raison sociale :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Adresse :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Si existence N° FINESS, adresse de l’entité juridique :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Type de structure :**

Association de PS libéraux

Association de patients

Assurance maladie (tous régime)

Centre de santé

HAD

Maisons et pôles de santé pluridisciplinaires

MCO

Organismes complémentaires

Psychiatrie

Réseaux de santé

SSR

Autres : Préciser

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**N° FINESS**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**N° SIREN/SIRET**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom/prénom/fonction du REPRESENTANT LEGAL :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Mail du représentant légal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tél du représentant légal :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Lieu(x) de mise en œuvre du programme (nom (s) et adresses(s)) :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**2. LE COORDONNATEUR DU PROGRAMME**

**Nom et prénom :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Fonction ou qualification :**

Médecin Masseur-kinésithérapeute

Cadre de Santé Diététiciens

Orthophoniste Pharmacien

Représentant associatif Ergothérapeute

Sage-femme Puéricultrice

IDE Autre Préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Adresse professionnelle :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Mail du coordonnateur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tel :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Formation à la dispensation de l’ETP (intitulé, organisme, nombre d’heures) :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Formation à la coordination de l’ETP (intitulé, organisme, nombre d’heures) :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**En l'absence de formation spécifique à la coordination : préciser les expériences en matière de coordination des soins et/ou d’encadrement d’une équipe soignante ou justifier le choix de ce coordonnateur :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Le coordonnateur participe-t-il à des ateliers ?**

 Oui

 Non

**3. COMPOSITION DE L’EQUIPE INTERVENANTE DANS LE PROGRAMME ETP**

**(y compris les patients intervenant)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Membre de l’équipe**  **NOM/ Prénom** | **Fonction ou activité professionnelle [[1]](#footnote-1)** | **Mode d’exercice professionnel (libéral, salarié…)** | **Formation à la dispensation de l’ETP (intitulé, organisme, nombre d’heures ? Niveau de formation ETP (1, 2 ou 3)[[2]](#footnote-2))** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Le programme a- t-il été co-construit avec une association de patients agréée au titre de l’article L. 1114-1 du code de la santé publique ?**

**Oui  Non**

**Si oui,** avec quelle association ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Cette association participe-t-elle à la mise en œuvre du programme ?**

**Oui  Non**

**Pour les programmes dont le coordonnateur est un membre d’une association de patients agréée au titre de l’article L. 1114-1 du code de la santé publique :**

Le programme a-t-il été construit avec une équipe médicale ?

**Oui  Non**

**Si oui,** avec quelle équipe ?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Cette équipe médicale participe-t-elle à la mise en œuvre du programme ?

**Oui  Non**

**4. LE PROGRAMME**

1. **Intitulé** *(l’intitulé du programme doit mentionner la pathologie prise en charge)*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **A quelle(s) affection(s) de longue durée exonérant du ticket modérateur,  
   (Liste ALD) ou asthme ou maladie(s) rare(s) ou obésité, ou encore à quel(s) problème(s) de santé considéré(s) comme prioritaire(s) au niveau régional, le programme s’adresse-t-il?**

Une des 30 affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD 30) [[3]](#footnote-3)

Préciser : ALD : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Pathologie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L’obésité

Maladies rares

Préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autre. Préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Quels sont les objectifs de ce programme :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Précisez le type d’offre ? (Plusieurs réponses possibles)**

**Offre initiale** (suite à l’annonce du diagnostic ou une période de vie avec la maladie sans prise en charge éducative)

**Offre de suivi régulier/renforcement** (suite à un programme initial, pour consolider les compétences acquises par le patient)

**Offre de suivi approfondi/reprise** (suite à un programme initial, en cas de difficultés d’apprentissage, de non atteinte des objectifs, de modification de l’état de santé du patient ou de ses conditions de vie, de passage des âges de l’enfance et de l’adolescence).

1. **Les patients bénéficiaires du programme :**
   1. **Le profil des patients :**

**Le programme s’adresse à** (plusieurs réponses possibles) **:**

** Adultes**

** Enfants**

** Adolescents et jeunes adultes**

** Personnes âgées**

**Le programme d’adresse-t-il à un public spécifique (femmes enceintes, curistes, personnes incarcérées …) ?**

Oui

Non

**Si oui,** précisez**:**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Est-il prévu d’associer l’entourage (parents, proches …) du patient au programme ?**

Oui

 Non

**Si oui,** précisez les modalités de participation des aidants (ateliers dédiés, participation aux ateliers destinés aux patients) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. **Les critères d’inclusion des patients dans les programmes :**

**Quels sont les critères d’inclusion des patients dans le programme (éléments de diagnostic, stade/niveau de gravité de la pathologie, aptitudes cognitives, âge…) ?**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. **La file active du programme**

**Quelle est l'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels du programme chaque année ?**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Les modalités d’organisation du programme d’ETP :**

**Quelles sont la ou les modalité(s) de dispensation du programme ?** *(si mixte, cochez plusieurs réponses)*

**Mode ambulatoire (hors HDJ)**

**Séjour SSR**

**Séjour MCO**

**Séjour psychiatrie**

**Séjour HAD**

**Autre**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Quelle organisation est mise en place pour optimiser le recrutement des bénéficiaires ?**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Une plaquette (brochure, dépliant…) d’information sur le programme est-elle disponible pour les bénéficiaires, les professionnels pouvant orienter un patient vers un programme ?**

**Oui  Non**

* *Si oui, joindre un exemplaire*

1. **Le déroulé du programme ETP**
   * 1. **Le bilan éducatif partagé (BEP) :**

Décrire succinctement les modalités de réalisation du BEP

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* *Fournir un exemplaire du support utilisé pour le bilan éducatif partagé en pièce jointe*
  + 1. **Le contenu des séances du programme***(tableau à renseigner) :*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Intitulé de la séance**  **ou atelier ou module** | **Socle ou Optionnelle ?** | **Compétences générales (auto-soins et/ou adaptation)** | **Compétences d’acquisition visées** | **Séance collective ou individuelle ?** | **Durée moyenne (en heures)** | **Mode d’animation de la séance (présentiel uniquement /à distanciel (e-ETP) / mixte)** | **Techniques pédagogiques (méthodes, outils)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* + 1. **Évaluation des compétences acquises par le patient :**

Décrire succinctement les modalités d’évaluation des compétences acquises par le patient :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**5- LA COORDINATION INTERNE ET EXTERNE**

**Décrire succinctement quelles modalités de coordination et d’information sont envisagées entre les intervenants au sein du programme.**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Décrire succinctement quelles modalités de coordination et d’information sont prévues avec les autres intervenants du parcours de soins du patient, notamment son médecin traitant.**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Un dispositif de suivi post-programme est-il prévu ?**

**Oui  Non**

**Si oui,** merci de le décrire en quelques lignes :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**6- LA CONFIDENTIALITE DU PROGRAMME**

**Décrire succinctement selon quelles modalités la confidentialité des données est assurée concernant le patient et selon quelles modalités son consentement pour l’entrée dans le programme et son consentement pour la transmission des données le concernant seront recueillies.**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* *Joindre en annexe, une copie de la charte d’engagement signée par l’ensemble des intervenants.*

**7- L’EVALUATION DU PROGRAMME**

**Décrire succinctement selon quelles modalités et sur quels éléments sera réalisée l’évaluation annuelle du programme**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Décrire succinctement selon quelles modalités et sur quels éléments sera réalisée l’évaluation quadriennale du programme**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**8- LE FINANCEMENT DU PROGRAMME**

**Décrire brièvement les différentes sources de financement envisagées pour ce programme :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Source** | **Montant** | **Remarques** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE CONFORMITE AUX EXIGENCES PREVUES AUX ARTICLES R. 1161-5 ET R. 1161-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

**Nom du coordonnateur** :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Intitulé du programme :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Je soussigné(e),** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.,

atteste sur **l’honneur que** :

1. Le programme est conforme aux exigences prévues à l’article R. 1161-5 du code de la santé publique :

1) Le programme est conforme au cahier des charges, mentionné à l’article L. 1161-2 du code de la santé publique.

2) Les obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du code de la santé publique relatives aux incompatibilités et interdictions pour l’élaboration des programmes et leur mise en œuvre sont respectées :

* Article L. 1161-1 du code de la santé publique : « 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. »

* Article L. 1161-4 du code de la santé publique : « 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. »

3) La coordination du programme répond aux obligations définies à l’article R. 1161-3 du code de la santé publique :

Article R. 1161-3 du code de la santé publique : « Les programmes d’éducation thérapeutique du patient mentionnés aux articles L. 1161-2 à L. 1161-4 sont coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d’une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1.

Un programme doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres Ier et II et des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie. Lorsque le programme n’est pas coordonné par un médecin, l’un de ces deux professionnels de santé est un médecin. »

2. Les compétences des professionnels intervenant dans le cadre du programme sont conformes aux exigences prévues à l’article R. 1161-2 du code de la santé publique

**Fait le** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**A**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Signature**

1. Professionnels de santé : médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste, pharmacien, infirmier, masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, pédicure-podologue, diététicien, orthophoniste, orthoptiste … (cf. 4ème partie du Code de la Santé Publique / Les professionnels de la santé) et autres professionnels : psychologue, éducateur, professeur APA, assistant social … et patients, patient-experts, représentants d’associations de patients [↑](#footnote-ref-1)
2. Niveau 1 : formation ETP supérieure ou égale à 40 heures - niveau 2 : formation ETP supérieure ou égale à 70 heures - niveau 3 : DIU ETP ou formation universitaire en ETP [↑](#footnote-ref-2)
3. Liste des ALD 30 <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/presciption-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald> [↑](#footnote-ref-3)