

## **DOSSIER DE DECLARATION - FINANCEMENT D'UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT EN GRAND EST**

**Document à utiliser si votre programme éligible à un  
financement de l'activité**

---

Le document avec les pièces jointes (*cf annexe 3*) sont à envoyer par mail à l'adresse suivante : [ARS-GRANDEST-DEPARTEMENT-PREVENTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-DEPARTEMENT-PREVENTION@ars.sante.fr)

avec copie à : [sophie.zimmermann@ars.sante.fr](mailto:sophie.zimmermann@ars.sante.fr)

Pour toute demande d'information s'adresser à :  
Département Promotion de la Santé, Prévention et Vulnérabilités  
[ARS-GRANDEST-DEPARTEMENT-PREVENTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-DEPARTEMENT-PREVENTION@ars.sante.fr)  
Secrétariat : 03 83 39 79 81

---

**Avant de remplir ce dossier, merci de vérifier si l'activité de votre programme est éligible à un financement par l'ARS Grand Est via le lien : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-etp-comment-monter-son-programme>**

**Si ce n'est pas le cas, vous pouvez déclarer votre programme via la procédure précisée via le lien : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-etp-comment-monter-son-programme>**

**Pour retrouver des informations complémentaires : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-etp-comment-monter-son-programme>**

**Intitulé du programme d'Education Thérapeutique du Patient (*l'intitulé du programme doit mentionner la pathologie prise en charge*)**

**1 – La structure accueillant le programme**

Statut juridique :

Raison Sociale :

Adresse :

Si existence N° FINESS de l'entité juridique :

N°SIREN :

N°SIRET :

Représentant légal (Nom, Prénom, Fonction) :

Mail représentant légal :

**Téléphone représentant légal :**

**2 – Le coordonnateur du programme**

NOM &PRENOM :

Fonction ou qualification :

Adresse professionnelle :

Mail coordonnateur :\_

Tél :

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

Le coordonnateur participe-t-il à des ateliers ?

Oui

Non

### 3 – Composition de l'équipe intervenant dans le programme y compris les patients intervenants

<b>Membre de l'équipe NOM &amp; PRENOM</b>	<b>Fonction ou activité professionnelle</b>	<b>Mode d'exercice professionnel (libéral, salarié...)</b>	<b>Formation ETP (intitulé, organisme, nombre d'heures)</b>

## 4 – Le programme

- Le programme a-t-il été co-construit avec une association de patients ?

Oui  Non

Si oui, nom de l'association :

Si non Pourquoi ?

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

Oui  Non

Participe-t-elle à l'évaluation du programme ?

Oui  Non

L'association est-elle agréée au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique ?

Retrouvez la liste des associations agréées au niveau national ou local via le lien :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/associations-d-usagers-du-systeme-de-sante-agreees>

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

Oui

Si oui avec quelle équipe ? Participera-t-elle au déroulement du programme?

Non

- Avez-vous sollicité un appui à la conception du programme (ex : Unité Transversale pour l'Education du Patient, Espace Ressources en ETP Grand Est, autre ?) ?

Si oui, précisez :

Vous pouvez retrouver les référentiels ETP thématiques existants et validés en région Grand Est sur le site de l'Espace Ressources en ETP Grand Est :

<https://www.etp-grandest.org/articles/boite-a-outils/>

#### 4-1 : Pathologie(s) prise(s) en charge :

La(es) pathologie(s) de votre programme entre(nt) dans :

affection(s) de longue durée exonérant du ticket modérateur le programme (Liste ALD 30).

Si oui, précisez :

celles identifiées comme priorités régionales du Projet Régional de Santé de l'ARS Grand Est

Si oui, précisez

celles des Plans Nationaux

Si oui, lequel : maladies rares       maladies neurodégénératives       autisme

#### 4-2 : Lieu(x) de mise en œuvre du programme ?

(lister les communes de mise en œuvre des ateliers du programme d'ETP)

#### 4-3 : Objectifs du programme et critères de son efficacité :

Objectif général du programme :

Description des objectifs spécifiques sous forme :

- d'acquisition de compétences d'auto-soins
  
  
- d'acquisition de compétences de sécurité
  
  
- d'acquisition de compétences d'adaptation

#### 4-4 : Préciser le type d'offre ? (plusieurs réponses possibles)

- Offre initiale (suit 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).

#### 4-5 : Durée moyenne du programme (du Bilan Educatif Partagé/Diagnostic Educatif à l'évaluation finale) : (x semaines, x mois) :

#### 4-6 : Patients bénéficiaires du programme :

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

- Enfants (0-11 ans)
- Adolescents (12 -18 ans)
- Adultes
- Personnes âgées (+ 65 ans)

Le programme s'adresse-t-il à des publics spécifiques :  Oui  Non  
(Femmes enceintes, curistes, personnes incarcérées, ...)

#### 4-7 : Adaptation du programme

Le programme a-t-il été adapté pour :

- les personnes en situation de vulnérabilité socio-économique ?  Oui  Non
  - Si oui, expliquez :
- les populations ne maîtrisant pas la langue française ?  Oui  Non
  - Si oui, expliquez :
- les personnes en activité professionnelle ?  Oui  Non
  - Si oui, expliquez :

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) :
  - Ateliers dédiés
  - Pas d'ateliers dédiés aux aidants mais le patient peut venir avec 1 à 2 proches

#### 4-8 : Critères d'inclusion des patients dans le programme :

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

#### 4-9 : Critères de non inclusion :

4-10 : La file active du programme :

(Nombre de bénéficiaires potentiels du programme/an)

4-11 : Modalité(s) de dispensation du programme (si mixte, cochez plusieurs réponses) ?

- Mode ambulatoire (hors HDJ) exclusivement
- Mode hospitalisation (complète, de semaine ou de jour) exclusivement

Précisez :

- SSR exclusivement
- MCO exclusivement
- Psychiatrie

- Mixtes « ambulatoire » & « hospitalisation »

Précisez :

- SSR exclusivement
- MCO exclusivement
- Psychiatrie

4-12 : Organisation mise en place pour optimiser le recrutement des bénéficiaires ?

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**

**DEROULE DU PROGRAMME**

4-13 : Bilan éducatif partagé (BEP)/DE/Programme Personnalisé de Soins (PPS):

Décrire succinctement les modalités de réalisation du BEP/PPS et les objectifs fixés avec le patient :

➤ **Joindre un exemplaire du BEP/ PPS**

4-14 : Contenu des séances/ateliers du programme

(1 fiche descriptive par séance/atelier - **Annexe 1**)

Lister les intitulés de toutes les séances proposées au patient :

4-15 : Evaluation des compétences acquises par le patient à la fin du programme :

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



## 5 – La coordination interne et externe

- Décrire quelles sont les modalités de coordination et d'information entre les intervenants au sein du programme sont envisagées. (temps de réunions, outils partagés d'information..)

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

-De quelle manière le consentement du patient à l'entrée dans le programme est-il recueilli ?

-Un dispositif de suivi post-programme est-il prévu ? Oui  Non

Si oui, merci de le décrire en quelques lignes :

-Quelle est l'articulation du programme avec l'offre locale existante (offre hospitalière, offre libérale, autre programme d'ETP, ...) ?

-Expliquer la place du programme dans le parcours de soins du patient (montrer en quoi le programme est articulé et complémentaire des traitements)

## 6 - La confidentialité du programme (Respect du Règlement Général sur la Protection des Données personnelles)

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

- **Joindre une copie de la charte d'engagement signée par l'ensemble des intervenants**

## 7 – L'évaluation du programme

- Evaluation annuelle : Décrire selon quelles modalités et sur quels éléments sera réalisée l'évaluation annuelle du programme. (*Indicateurs utilisés, évaluation quantitative, efficacité du programme*) – **Annexe 2**
- Evaluation quadriennale : Décrire comment sera réalisée l'évaluation quadriennale du programme. De même lister les indicateurs et les outils utilisés (amélioration de la coordination entre les intervenants, évolution du programme ou des supports et des outils pédagogiques utilisés, évolution sur le profil et nombre des patients...)

## 8 – Le financement du programme

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

Source	Montant	Remarques

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

Nom du coordonnateur :

Intitulé du programme :

Je soussigné (e) ..... 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. 11612 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres I<sup>e</sup> et II et des titres I<sup>er</sup> 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

Signature

**Annexe 1 – Fiche descriptive**  
*(1 fiche descriptive par séance/atelier)*

<b>Intitulé de la séance ou atelier ou module</b>
Séance collective ou individuelle ?
Compétences générales (auto-soins et/ou adaptation) :
Compétences d'acquisition visées :
Durée moyenne (en heures) :
Mode d'animation :  <input type="checkbox"/> Présentiel <input type="checkbox"/> Distanciel (e-ETP) <input type="checkbox"/> Mixte
Techniques pédagogiques (méthodes, outils) :  <i>Joindre quelques modèles (flyers, photos)</i>
Description du déroulé de la séance :
Méthode d'évaluation de la séance/atelier : (questionnaires...)

## Annexe 2 – Indicateurs pour l'évaluation annuelle

### EXEMPLE D'INDICATEURS POUR L'EVALUATION ANNUELLE

Cette autoévaluation permet de **suivre l'activité globale et le déroulement** du programme pour ajuster le programme au cours de son développement si nécessaire. Elle n'est pas destinée à l'ARS mais contribue à renseigner le **rapport annuel d'activité demandé par l'ARS**.

#### INDICATEURS D'ACTIVITE

---

- Nombre de patients inclus annuellement (répartition, âge, sexe)
- File active et son évolution depuis le lancement du programme ;
- Taux de participation des patients (pourcentage de patients ayant achevé leur programme personnalisé, séances prévues à l'issue du diagnostic éducatif et séance d'évaluation individuelle comprises) ;
- Nombre de patients sur liste d'attente ;
- Temps passé par les intervenants ;
- Nombre de séances réalisées et par type (individuelles, collectives, en alternance).
- ...

#### INDICATEURS DE SUIVI DU DEROULEMENT DU PROGRAMME

---

- Taux de patients ayant eu un diagnostic éducatif individuel;
- Taux de patients ayant eu un programme personnalisé ;
- Taux de patients ayant eu une évaluation individuelle des acquis à l'issue du programme personnalisé ;
- Taux de patients dont les compétences ont été atteintes à l'issue du programme/objectifs définis dans le programme personnalisé ;
- Taux de transmission de documents par type au médecin traitant et autres intervenants dans le parcours de soins.

### **Annexe 3 – Pièces à joindre au dossier de déclaration**

- 1 - Un exemplaire du support utilisé pour le bilan éducatif partagé
- 2 - La charte d'engagement signée par tous les intervenants
- 3 - La plaquette d'information de votre programme si elle existe
- 4 - Fiches descriptives détaillées pour chaque séance/atelier
- 5 - L'évaluation quadriennale transmise tous les quatre ans, 2 mois avant la fin de la date de déclaration, pour pouvoir continuer le programme.