

Les champs suivis d'un astérisque (\*) sont obligatoires.

Votre dossier est enregistré automatiquement après chaque modification. Vous pouvez à tout moment fermer la fenêtre et reprendre plus tard là où vous en étiez.

[Guide de la démarche](#) 

## ARS destinataire \*

ARS Normandie

# 1. Structure accueillant le programme

## N° SIRET

N° SIRET

**Si le numéro de SIRET n'a pas été trouvé dans le référentiel veuillez saisir les champs ci-dessous**

## Statut juridique

Statut juridique

## Raison Sociale

Raison Sociale

Votre brouillon est automatiquement enregistré. [En savoir plus](#) 

[Déposer le dossier](#)

**Si existence N° FINESS de l'entité juridique****Représentant légal (Nom, Prénom, Fonction) \*****Mail représentant légal \*****Téléphone représentant légal \*****Lieu(x)**

**Lieu(x) de mise en œuvre du programme (nom(s) et adresse(s))**  
  
[Supprimer l'élément](#)

## 2. Le coordonnateur du programme

### Civilité

Sélectionnez une des valeurs

Madame

Monsieur

### Nom \*

Nom

### Prénom \*

Prénom

### Fonction ou qualification \*

### Adresse professionnelle \*

### Mail coordonnateur \*

Mail coordonnateur

**Téléphone \*****Formation à la dispensation de l'ETP (intitulé, organisme, nombre d'heures)****Formation à la coordination de l'ETP (intitulé, organisme, nombre d'heures)****Le coordonnateur participe-t-il à des ateliers ? \***

Sélectionnez une des deux valeurs

 Oui Non

### 3. Composition de l'équipe intervenant dans le programme (y compris les patients intervenant)

#### Composition

**Membre de l'équipe NOM & PRENOM \*****Fonction ou activité professionnelle \*****Si Autre, préciser****Mode d'exercice professionnel (libéral, salarié...) \*****Formation à la dispensation de l'ETP (intitulé, organisme, nombre d'heures) \***

**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 ?**

Sélectionnez une des deux valeurs

 Oui

Non

**Si oui avec quelle association ?**

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

Sélectionnez une des deux valeurs

 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 ?**

Sélectionnez une des deux valeurs

 Oui Non

**Si oui, avec quelle équipe ?**

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

Sélectionnez une des deux valeurs

Oui

Non

## 4. Le programme

**a. Intitulé (l'intitulé du programme doit mentionner la pathologie prise en charge) \***

Précisez le positionnement éventuel en programme d'ETP « Initiale », de « renforcement », ou d'ETP de « Suivi approfondi »

**b. 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 ? \***

Plusieurs réponses possibles

**Si vous avez sélectionné « maladies rares », je vous remercie de préciser à quelles maladies rares le programme s'adresse**

Si vous avez sélectionné « maladies rares », je vous remercie de préciser à quelles ma

**Si vous avez coché « autre », je vous remercie de préciser à quel(s) problème(s) de santé le programme s'adresse**

Si vous avez coché « autre », je vous remercie de préciser à quel(s) problème(s) de sc

**Si le programme s'adresse à d'autres affections de longue durée ou autres problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional, merci de le préciser si dessous :**

**c. Quels sont les objectifs de ce programme ? \***

c. Quels sont les objectifs de ce programme ?

**d. Précisez 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).

## e. Les patients bénéficiaires du programme des critères d'inclusion

### i. Le profil des patients

Le programme s'adresse à ? \*

plusieurs réponses possibles

- Adultes
- Enfants
- Adolescents et jeunes adultes
- Personnes âgées

Le programme s'adresse-t-il à un public spécifique (femmes enceintes, curistes, personnes incarcérées, ...) ? \*

Sélectionnez une des deux valeurs

Oui

Non

Si oui, précisez

Si oui, précisez

Est-il prévu d'associer l'entourage (parents, proches ...) du patient au programme ? \*

Sélectionnez une des deux valeurs

Oui

Non

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

## ii. 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...) ? \*

## iii. La file active du programme

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

## f. Les modalités d'organisation du programme d'ETP

Quels sont la ou les modalit (s) de dispensation du programme ?

Si mixte, cochez plusieurs réponses

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

Sélectionnez une des deux valeurs

Oui

Non

Si oui joindre un exemplaire ?

Aucun fichier n'a été sélectionné

## g. Le déroulé du programme d'ETP

i. Le bilan éducatif partagé (BEP) \*

Fournir un exemplaire du support utilisé pour le Diagnostic Educatif (ou bilan éducatif)

Aucun fichier n'a été sélectionné

**Décrire succinctement les modalités de réalisation du BEP \***

**ii. Le contenu des séances du programme :**

**Intitulé de la séance ou atelier ou module \***

**Socle ou Optionnelle \***

Socle

Optionnelle

**Compétences générales (auto-soins et/ou adaptation)**

Compétences d'auto-soins

Compétences d'adaptation

Compétences d'auto-soins et d'adaptation

Non renseigné

### Compétences d'acquisition visées

Compétences d'acquisition visées

### Séance collective ou individuelle ? \*

séance collective

séance individuelle

### Durée moyenne (en heures) \*

### Mode d'animation de la séance \*

(internet etc...) ?

présentiel uniquement

à distance (e-ETP)

mixte

### Techniques pédagogiques (méthodes, outils)

Techniques pédagogiques (méthodes, outils)

Supprimer l'élément

Ajouter un élément pour « ii. Le contenu des séances du programme : »

**iii. Evaluation des compétences acquises par le patient** Décrire succinctement les modalités d'évaluation des compétences acquises par le patient

## 5. Les coordinations interne et externe

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

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

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

Sélectionnez une des deux valeurs

Oui

Non

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

## 6. La confidentialité du programme

**Décrire succinctement 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 en annexe une copie de la charte d'engagement signée par l'ensemble des intervenants. \***

« Joindre une copie de la charte d'engagement signée par l'ensemble des intervenants »

- Télécharger la charte
- la signer
- l'enregistrer sur votre poste
- la retélécharger signée

Veuillez télécharger, remplir et joindre [le modèle suivant](#) 

Aucun fichier n'a été sélectionné

## 7. L'évaluation du programme

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

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

## 8. Le financement du programme

Décrivez brièvement les différentes sources de financement envisagées pour ce programme \*

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE CONFORMITE AUX EXIGENCES PREVUES A L'ARTICLE R. 1161-2 ET R. 1161-5 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE \***

- 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. »