

Démarche : Déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence régionale de santé Bourgogne Franche-Comté

Organisme : Département prévention santé environnement, Direction de la santé publique

Identité du demandeur

Email

Etablissement
SIRET

Dénomination

Forme juridique

Formulaire

Cette procédure s'adresse aux coordonnateurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient. A partir du 1er janvier 2021, les nouveaux programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent être obligatoirement déclarés auprès des agences régionales de santé pour être mis en œuvre au niveau local (article L. 1161-2 du code de la santé publique).

Les programmes déclarés, construits en suivant les principes et les recommandations présentés dans les outils, guides et méthodes de la HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp, doivent être conformes au cahier des charges des programmes d'ETP, mentionné aux articles L. 1161-2 du code de la santé publique. Pour élaborer leurs projets, les coordonnateurs peuvent s'appuyer sur les équipes des unités transversales d'éducation thérapeutique (UTET), les unités transversales d'éducation du patient (UTEP) les instances régionales d'éducation et de promotion en santé (IREPS), les plateformes régionales d'appui au développement de l'ETP.

La déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient se déroule en plusieurs étapes :

Etape 1 : sélection de l'ARS auprès de laquelle la déclaration est faite

En amont de la saisie de votre demande, vous devrez en premier lieu sélectionner l'ARS auprès de laquelle vous souhaitez déclarer votre programme d'éducation thérapeutique du patient.

Etape 2 : remplissage du formulaire de déclaration du programme d'ETP et intégration des pièces justificatives

Le dossier de déclaration à remplir en ligne est fixé réglementairement

<https://circulaire.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042845767>.

La déclaration doit être accompagnée obligatoirement :

-de la charte d'engagement signée par tous les intervenants,

-d'un exemplaire du support utilisé pour le bilan éducatif partagé.

L'attestation sur l'honneur de conformité aux exigences réglementaires est intégrée au formulaire.

Une fois le dossier complété et enregistré, la déclaration est sous le statut de « brouillon » tant que vous ne l'avez pas déposée.

Pour toute information en amont du dépôt de la déclaration, vous êtes invité à contacter les services en charge de l'éducation thérapeutique du patient de l'ARS auprès de laquelle vous souhaitez déclarer un programme d'éducation thérapeutique du patient.

Etape 3 : dépôt de la déclaration

Une fois terminé le remplissage de la déclaration, cliquez sur : Déposer le dossier

Le dossier passe alors du statut « brouillon » au statut « en construction ».

La personne qui s'est chargée de procéder à la déclaration, recevra le message attribuant un numéro de dossier.

Si besoin, les échanges avec l'ARS pourront se faire à partir de la messagerie intégrée au dossier.

Déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence régionale

La déclaration prend effet à compter de la date à laquelle le dossier est réputé complet.

Vous en serez informé par messagerie.

Les informations que vous nous communiquez, sont uniquement destinées au traitement administratif.

Lorsque des données présentes sur ce site ont un caractère nominatif, les utilisateurs doivent en faire un usage conforme aux réglementations en vigueur et aux recommandations de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification ou de suppression des données qui vous concernent et à la limitation du traitement. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au ministère chargé de la santé.

Ce droit s'exerce, en justifiant de son identité :

Par voie postale : agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, 2 place des Savoirs, 21035 Dijon

• Par courrier électronique : ars-bfc-dpd@ars.sante.fr

1. Intitulé du programme

Indiquer le nom du programme

2. Structure accueillant le programme

N° SIRET

SIRET

Dénomination

Forme juridique

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

Statut juridique

Raison Sociale

Adresse

Si existence N° FINESS de l'entité juridique

Représentant légal (Nom, Prénom, Fonction)

Courriel représentant légal

Téléphone représentant légal

3. Publication du programme sur le site de géolocalisation sante.fr

L'Agence souhaite utiliser le site Sante.fr pour permettre de géolocaliser les programmes en région en fonction des pathologies recherchées. L'objectif est d'améliorer la connaissance de l'offre en ETP par la population et les professionnels. Pour ce faire il est nécessaire de collecter quelques informations complémentaires.

J'autorise l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne-France-Comté à publier les informations concernant le programme d'éducation thérapeutique détaillé dans ce formulaire

Les données publiées seront :

- le nom du porteur du programme
- le titre du programme
- les objectifs
- les lieux de mise en œuvre complétés ci-dessous (adresse complète, numéro de téléphone, courriel, site web)

Aucune coordonnée nominative saisie dans les parties 4 et 5 du formulaire (coordonnateur et équipe) ne sera visible sur le site sante.fr.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Lieu(x) de mise en œuvre du programme pour visibilité sur le site Sante.fr

Si le lieu de mise en œuvre est identique à la structure porteuse du programme ne compléter que le téléphone, le courriel et le site internet

Adresse postale de la structure

N° téléphone

Courriel

Site internet

Si le lieu de mise en œuvre est identique à la structure porteuse du programme ne compléter que le téléphone, le courriel et le site internet

Adresse postale de la structure

N° téléphone

Courriel

Site internet

Déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence régionale de santé
Si le lieu de mise en œuvre est identique à la structure porteuse du programme ne compléter que le téléphone, le courriel et le site internet

Adresse postale de la structure

N° téléphone

Courriel

Site internet

Est-ce une première demande (déclaration) ?

Si oui, passez au point 3 : le coordonnateur du programme

Si non, et qu'il s'agit donc d'un renouvellement, joindre ci dessous l'évaluation quadriennale.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ En cas de renouvellement, joindre l'évaluation quadriennale.

4. Le coordonnateur du programme

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom

Prénom

Fonction ou qualification

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Psychologue

☐ Autres

☐ Audioprothésiste

☐ Cadre de Santé

☐ Dentiste

☐ Diététicien

☐ Ergothérapeute

☐

Déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence régionale

- ☐ Manipulateur en radiologie
- ☐ Masseur-kinésithérapeute
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Médecin spécialiste
- ☐ Opticien-lunetier
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Orthoptiste
- ☐ Pédicure-podologue
- ☐ Pharmacien
- ☐ Prothésiste/orthésiste
- ☐ Psychomotricien
- ☐ Puéricultrice
- ☐ Représentant d'association agréé
- ☐ Sage-femme
- ☐ Technicien de laboratoire médical

Adresse professionnelle

Courriel coordonnateur

Téléphone

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Formation à la dispensation de l'ETP (intitulé, organisme, nombre d'heures) Pièces justificatives à fournir

En cas de renouvellement, si l'attestation de formation a déjà été fournie, la transmission n'est pas obligatoire. Par contre, en cas de changement de coordonnateur, cette pièce est requise.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Formation à la coordination de l'ETP (intitulé, organisme, nombre d'heures) Pièces justificatives à fournir

si formation en cours, fournir une attestation d'engagement à suivre la formation

Le coordonnateur participe-t-il à des ateliers ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

5. Composition de l'équipe intervenant dans le programme (y compris les patients intervenants). Cliquer sur le bouton "ajouter un élément pour composition" pour inclure tous les membres de l'équipe.

Composition

Membre de l'équipe NOM & PRENOM

Fonction ou activité professionnelle

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Autre

☐ Audioprothésiste

☐ Cadre de Santé

☐ Dentiste

☐ Diététicien

☐ Ergothérapeute

☐ IDE

☐ Manipulateur en radiologie

☐ Masseur-kinésithérapeute

☐ Médecin

☐ Opticien-lunetier

☐ Orthophoniste

☐ Orthoptiste

☐ Pédicure-podologue

☐ Pharmacien

☐ Prothésiste/orthésiste

☐ Psychomotricien

☐ Puéricultrice

☐ Représentant d'association agréé

☐ Sage-femme

☐ Technicien de laboratoire médical

Si Autre, préciser

Mode d'exercice professionnel (libéral, salarié...)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Formation à la dispensation de l'ETP (intitulé, organisme, nombre d'heures) Pièces justificatives à fournir

Déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence régionale

En cas de renouvellement, si l'attestation de formation a déjà été fournie, la transmission n'est pas obligatoire. Par contre en cas de première demande ou de changement au sein de l'équipe, cette pièce est requise.

Membre de l'équipe NOM & PRENOM

Fonction ou activité professionnelle

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Autre
- ☐ Audioprothésiste
- ☐ Cadre de Santé
- ☐ Dentiste
- ☐ Diététicien
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ IDE
- ☐ Manipulateur en radiologie
- ☐ Masseur-kinésithérapeute
- ☐ Médecin
- ☐ Opticien-lunetier
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Orthoptiste
- ☐ Pédicure-podologue
- ☐ Pharmacien
- ☐ Prothésiste/orthésiste
- ☐ Psychomotricien
- ☐ Puéricultrice
- ☐ Représentant d'association agréé
- ☐ Sage-femme
- ☐ Technicien de laboratoire médical

Si Autre, préciser

Mode d'exercice professionnel (libéral, salarié...)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Formation à la dispensation de l'ETP (intitulé, organisme, nombre d'heures) Pièces justificatives à fournir

En cas de renouvellement, si l'attestation de formation a déjà été fournie, la transmission n'est pas obligatoire. Par contre en cas de première demande ou de changement au sein de l'équipe, cette pièce est requise.

Déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence régionale

Membre de l'équipe NOM & PRENOM

Fonction ou activité professionnelle

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Autre
- ☐ Audioprothésiste
- ☐ Cadre de Santé
- ☐ Dentiste
- ☐ Diététicien
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ IDE
- ☐ Manipulateur en radiologie
- ☐ Masseur-kinésithérapeute
- ☐ Médecin
- ☐ Opticien-lunetier
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Orthoptiste
- ☐ Pédicure-podologue
- ☐ Pharmacien
- ☐ Prothésiste/orthésiste
- ☐ Psychomotricien
- ☐ Puéricultrice
- ☐ Représentant d'association agréé
- ☐ Sage-femme
- ☐ Technicien de laboratoire médical

Si Autre, préciser

Mode d'exercice professionnel (libéral, salarié...)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Formation à la dispensation de l'ETP (intitulé, organisme, nombre d'heures) Pièces justificatives à fournir

En cas de renouvellement, si l'attestation de formation a déjà été fournie, la transmission n'est pas obligatoire. Par contre en cas de première demande ou de changement au sein de l'équipe, cette pièce est requise.

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

Déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence régionale de santé publique ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si oui avec quelle association ?

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

Cochez la mention applicable

☐ 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 ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si oui, avec quelle équipe ?

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

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

6. Le programme

6.1. A quelle(s) affection(s) de longue durée exonérant du ticket modérateur, (Liste ALD) ainsi que l'asthme et les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional, le programme s'adresse-t-il ?

Plusieurs réponses possibles

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Pathologies du rachis (hernie discale, lombalgie...)

☐ Maladie rhumatismale (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante...)

☐ Ostéoporose

☐ Autres affections de l'appareil locomoteur

☐ Asthme

☐ Bronchopneumopathie obstructive (BPCO)

☐ Autres maladies respiratoires chroniques (hors cancers)

☐ Tuberculose

☐

Déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence régionale

- ☐ Risques cardiovasculaires
- ☐ Artériopathie oblitérante des membres
- ☐ AVC
- ☐ Cardiopathie
- ☐ Hypertension pulmonaire
- ☐ Cancers
- ☐ Diabète type 1
- ☐ Diabète type 2
- ☐ Diabète gestationnel
- ☐ Hépatites virales
- ☐ Maladie du foie autres que hépatites virales
- ☐ Maladie dermatologique (eczéma, psoriasis, dermatite atopique...)
- ☐ Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn
- ☐ Autres MICI (Maladie inflammatoire chronique de l'intestin)
- ☐ Maladie coéliquaue
- ☐ Maladie de Parkinson
- ☐ Maladie d'Alzheimer
- ☐ Sclérose en plaques
- ☐ Epilepsie
- ☐ Autres affections neurologiques et musculaires (dont myopathie)
- ☐ Schizophrénie et autres psychoses
- ☐ Troubles bipolaires
- ☐ Troubles anxieux et phobiques
- ☐ Troubles du spectre de l'autisme (TSA)
- ☐ Troubles dépressifs
- ☐ Troubles du comportement alimentaire (TCA)
- ☐ Obésité
- ☐ Insuffisance rénale chronique de modérée à sévère – Dialyse - Transplantation
- ☐ Drépanocytose
- ☐ Hémophilie
- ☐ Hémoglobinopathie (thalassémie...)
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Maladie rare
- ☐

Déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence régionale

☐ Autres

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

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

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 :

6.2. Quels sont les objectifs de ce programme ? (repris sur le site sante.fr)

6.3. Précisez le type d'offre

Plusieurs réponses possibles

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs 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).

6.4. Quel est le profil des patients bénéficiaires du programme ?

plusieurs réponses possibles

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Adultes

☐ Enfants

☐ Adolescents et jeunes adultes

☐ Personnes âgées

6.5. Le programme s'adresse-t-il à un public spécifique (personnes en situation de précarité et femmes enceintes, curistes, personnes incarcérées, ...) ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si oui, précisez

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

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐

Déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence régionale

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

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

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

6.9. Quels sont la ou les modalité(s) de dispensation du programme ?

Si mixte, cochez plusieurs réponses

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Mode ambulatoire (hors HDJ)
- ☐ Séjour hospitalier SSR : HC et HDJ
- ☐ Séjour hospitalier MCO : HC et HDJ
- ☐ Séjour hospitalier psychiatrie : HC et HDJ
- ☐ Séjour HAD
- ☐ Autre

6.10. Une plaquette (brochure, dépliant...) d'information sur le programme est-elle disponible pour les bénéficiaires?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si oui, joindre un exemplaire.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 6.11. Le (les) bilan (s) éducatif (s) partagé (s) (BEP) : selon les types d'accompagnement

Fournir un exemplaire de chaque support utilisé pour le Diagnostic Educatif (ou bilan éducatif) via un seul fichier joint

Décrire succinctement les modalités de réalisation du BEP

Déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence régionale

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 6.12. Le (s) contenu (s) des séances du programme (si différents déroulés de programme)

Fournir en pièce jointe le ou les tableau(x) récapitulatif(s) du contenu des séances comprenant les éléments suivants : intitulé de la séance, socle ou Optionnelle, compétences générales (auto-soins et/ou adaptation), compétences d'acquisition visée, séance collective ou individuelle, durée moyenne d'une séance, Mode d'animation de la séance (présentiel, à distance ou mixte), Techniques pédagogiques (méthodes, outils).
Si vous transmettez plusieurs documents, veuillez le faire via un seul fichier joint

6.13. Evaluation des compétences acquises par le patient

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

7. 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 ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si oui, merci de le décrire en quelques lignes :

8. 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.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐

Déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence régionale

« 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

9. 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

10. Le financement du programme

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Complétez le fichier joint concernant les différentes sources de financement envisagées pour ce programme

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ 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 (à annexer en pièce jointe)