

**APPEL À CANDIDATURES**  
**FINANCEMENT DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION  
THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DISPENSES EN  
AMBULATOIRE**  
**Année 2023**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

- ☐ Première demande de financement
- ☐ Renouvellement de financement

**Date limite de soumission : 02 août 2023**

**Soumission par mail à l'adresse mail suivante : [ars971-etp@ars.sante.fr](mailto:ars971-etp@ars.sante.fr)**

## 1. Structure accueillant le programme

Nom/Raison sociale : .....

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: .....

Lieu(x) de mise en œuvre du programme (nom(s) et adresse(s)) : .....

.....

.....

## 2. Coordonnateur du programme

Nom et Prénom : .....

Fonction ou qualification : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Mail coordonnateur : .....

Téléphone : .....

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

.....

Formation à la coordination de l'ETP (intitulé, nombre d'heures) : .....

.....

### 3. Programme

Date de déclaration auprès de l'ARS : ...../...../.....

*Date de dépôt de la demande de déclaration auprès de l'ARS, si le dossier est en cours d'instruction : ...../...../.....*

a. Intitulé du programme d'ETP déclaré :

.....

b. Mode de prise en charge :

- ☐ Consultation externe ou ambulatoire (hors HDJ): .....
- ☐ Hospitalisation (HDJ, HC, HDS, HAD)
- ☐ Mixte, précisez : .....

c. A quel(s) programme(s) de santé le programme s'adresse-t-il ?

- ☐ Au-moins une des 30 affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD 30  
Préciser : ALD : ..... Pathologie : .....
- ☐ Asthme
- ☐ Maladies rares Préciser : .....
- ☐ Obésité
- ☐ Une priorité régionale : .....
- ☐ Autres, précisez : .....

d. Objectifs du programme:

.....

.....

e. Population du territoire couverte par le programme

.....

.....

f. Le programme a-t-il un lien Ville-Hôpital ? (préciser)

.....

.....

#### 4. Fonctionnement

##### a. Professionnels dédiés au programme

| Fonction ou activité professionnelle | Effectif | En équivalent temps plein |
|--------------------------------------|----------|---------------------------|
| Médecin                              |          |                           |
| Pharmacien                           |          |                           |
| IDE                                  |          |                           |
| Podologue                            |          |                           |
| Masseur-kinésithérapeute             |          |                           |
| Diététicien                          |          |                           |
| Psychologue                          |          |                           |
| Professeur APA                       |          |                           |
| Autres                               |          |                           |

##### b. Comment sont rémunérés actuellement les intervenants ?

.....

.....

##### c. Comment sont assurées activités administratives ? S'agit-il d'un temps plein ou d'un temps partiel ?

.....

.....

##### d. L'équipe éducative est-elle composée de patients-ressources ? Si oui, combien ?

.....

.....

## 5. Bilan d'activités

### a. Activité au cours des 3 dernières années

|                                                                                                                                   | 2022 | 2021 | 2020 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| Nombre de patients ayant achevé un programme d'ETP <u>complet</u> <sup>1</sup>                                                    |      |      |      |
| Nombre de patients ayant achevé un programme d'ETP <u>complet</u> en <u>CONSULTATION EXTERNE /AMBULATOIRE</u> <sup>2</sup>        |      |      |      |
| Nombre de patients ayant achevé un programme d'ETP <u>complet</u> en <u>HOSPITALISATION</u>                                       |      |      |      |
| Nombre de patients ayant <u>partiellement</u> <sup>3</sup> réalisé le programme d'ETP en <u>CONSULTATION EXTERNE /AMBULATOIRE</u> |      |      |      |
| Nombre de patients ayant <u>partiellement</u> réalisé le programme d'ETP en <u>HOSPITALISATION</u>                                |      |      |      |
| Nombre de patients ayant bénéficié <u>d'une évaluation individuelle</u>                                                           |      |      |      |

### b. Y a-t-il eu des événements, des freins, à l'engagement des patients dans le programme ? Si oui, comment ont-ils été pris en compte ?

.....

.....

## 6. AIDES FINANCIERES ET LOGISTIQUES (AUTRES QUE CELLES DE L'ARS)

Sources de financement du programme en précisant, pour chaque source, le montant du financement attribué (N-1)

| Nom du financeur | Montant financé |
|------------------|-----------------|
|                  |                 |
|                  |                 |

**Merci de fournir le RIB et la fiche INSEE de la structure demandeuse datée de moins de 3 mois.**

Fait à

Le

Signature du demandeur du financement (représentant légal)

<sup>1</sup> Réalisation du DE suivi de tous les ateliers du programme

<sup>2</sup> Hors HDJ

<sup>3</sup> Réalisation du DE suivi d'un ou deux ateliers