²

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**APPEL A CANDIDATURES**

**FINANCEMENT DES PROGRAMMES D’EDUCATION**

**THERAPEUTIQUE DU PATIENT DISPENSES EN**

**AMBULATOIRE – « VENUE EXTERNE »**

**Année 2024**

**Date de lancement de l’AAC : 05 août 2024**

**Date limite de dépôt des candidatures : 13 septembre 2024 (12h Guadeloupe)**

*Pour toute question, les candidats peuvent envoyer un mail à l’adresse suivante :* ars971-etp@ars.sante.fr

|  |
| --- |
| 1. **Description du programme**
 |

**Intitulé du programme d’ETP déclaré :**

**Mode de prise en charge :**

 Venue externe ou ambulatoire (hors HDJ)

 Hospitalisation (HDJ, HC, HDS, HAD)

 Programme mixte[[1]](#footnote-1) (hospitalisation et venue externe)

**Thématique du programme**

 Diabète

 Obésité

 Maladies cardio-vasculaires (hors AVC)

 Accident vasculaire cérébral

 Maladies système digestif (hors cancer)

 Cancers

 Maladies infectieuses chroniques

 Maladies neurologiques

 Maladies rares

 Insuffisance rénale

 Maladies respiratoires

 Maladies rhumatologiques

 Psychiatrie

 Autres maladies

 Pluripathologie ; Préciser : (txt libre ; ex : diabète, obésité)

**Offre de l’ETP:**

 Offre ETP initiale

 Offre ETP de suivi régulier (ou de renforcement)

 Offre ETP de suivi approfondi (ou de reprise)

**Nom et prénom du coordonnateur :**

**Fonction du coordonnateur :**

**Adresse mail du coordonnateur :**

**Formation à la dispensation et/ou à la coordination de l’ETP (intitulé, nombre d’heures) :**

**Le programme ETP était-il actif en 2023 ?**

 Oui

 Non

**Si non :**

Date d’arrêt du programme :

Précisez les motifs (texte libre) :

|  |
| --- |
| **2. Coordonnées du porteur** |

**Structure porteuse :**

**Type de structure**

 Structures d'exercice coordonné : *merci de préciser*

 Etablissement sanitaire : *merci de préciser MCO, SMR, psychiatrie*

 Association

 Autre :

**Adresse postale :**

**Adresse mail de la structure :**

**Nom et Prénom du représentant légal**

**Mail représentant légal:**

**Fonction ou qualification :**

**Adresse professionnelle :**

|  |
| --- |
| **3. Bilan d'activité 2023** |

*Cette partie permet le calcul de la dotation de financement du programme le cas échéant. Elle peut faire l’objet d’un contrôle et de récupérations d’indus.*

*Pour la suite du questionnaire, le terme « programme d’ETP complet » correspond à la prise en charge d’un patient ayant réalisé :*

*- Un bilan éducatif partagé (BEP)*

*-* ***Et*** *l’ensemble des ateliers pour l’année 2023.*

*Pour les patients ayant fait leur BEP et ayant* ***suivi moins de deux ateliers*** *en venue externe on parle de « programme d’ETP partiellement réalisé ».*

|  |  |
| --- | --- |
| **File active** | **2023** |
| Nombre de patients ayant réalisé le programme d’ETP **complet** |  |
| Nombre de patients ayant réalisé le programme d’ETP **complet** en « **VENUE EXTERNE** »/ **AMBULATOIRE** |  |
| Nombre de patients ayant réalisé le programme d’ETP **complet** en **HOSPITALISATION** (complète, semaine ou HDJ ou HAD) |  |
| Nombre de patients ayant réalisé le programme d’ETP **partiellement** en« **VENUE EXTERNE** »/ **AMBULATOIRE** |  |
| Nombre de patients ayant réalisé le programme d’ETP **partiellement** en **HOSPITALISATION** (complète, semaine ou HDJ ou HAD) |  |
| Nombre de patients ayant bénéficié d'une **évaluation individuelle** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre d'ateliers réalisés en 2023** | **En individuel** | **En collectif** |
| Incluant **uniquement** des patients en « **VENUE EXTERNE** » |  |  |
| Incluant **uniquement** des patients **HOSPITALISES** (complète, semaine ou HDJ ou HAD) |  |  |
| Incluant des patients hospitalisés **ET** des patients en venue externe |  |  |

|  |
| --- |
| **4. Coordination du programme**  |

**Professionnels de santé dédiés au programme**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activité professionnelle** | **Effectif** | **Equivalent temps plein** |
| Médecin |  |  |
| Pharmacien |  |  |
| IDE |  |  |
| Podologue |  |  |
| Masseur-kinésithérapeute |  |  |
| Diététicien |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Professeur APA |  |  |
| Autres |  |  |

**L’équipe éducative est-elle composée de patients-ressources? Si oui, combien ?**

**Votre programme ETP comporte –t-il des ateliers en distanciel (e-etp) ?**

**Si oui, Quel logiciel / application / outil utilisez-vous ?**

**Avez-vous rencontrez des évènements, des difficultés lors de la mise en œuvre du programme pour cette année ? Difficultés en lien avec l’équipe ETP ? Difficultés en lien avec l’organisation du programme ETP ? Difficultés en lien avec les patients ?**

|  |
| --- |
| **6. AUTRES AIDES FINANCIERES ET LOGISTIQUES ( HORS ARS)** |

**Autres sources de financement du programme d’ETP en précisant, pour chaque source, le montant du financement attribué**

|  |  |
| --- | --- |
| **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

Nom –Prénom du représentant légal

Signature

1. Fait référence au programme et pas uniquement aux évaluations de fin de programme [↑](#footnote-ref-1)