**APPEL A CANDIDATURES**

**FINANCEMENT DES PROGRAMMES D’EDUCATION**

**THERAPEUTIQUE DU PATIENT DISPENSES**

**EN SOINS PRIMAIRES OU EN « VENUE EXTERNE [[1]](#footnote-1)»**

***ARS / DERBP / APPS – 2025 – ETP***

**DOSSIER DE CANDIDATURE 2025**

**Date de lancement de l’AAC : 11 août 2025**

**Date limite de dépôt des candidatures : 12 septembre 2025 (18h Guadeloupe)**

*Pour toute question, les candidats peuvent envoyer un mail à l’adresse suivante :*

*ars971-etp@ars.sante.fr* *en précisant en objet : AAC 2025 ETP – Nom de la structure*

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

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

**Mode de prise en charge :**

En soins primaires

En venue externe d’un établissement de santé

En hospitalisation de jour, avec l’ETP comme seul motif d’hospitalisation

Autre, *préciser ………………………………………………………………….*

**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, *préciser*…….

 Insuffisance rénale

 Maladies respiratoires

 Maladies rhumatologiques

 Psychiatrie

 Autres maladies, *préciser*…….

 Pluripathologie, *préciser*…….

**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 électronique 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 2024 ?**

 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, *préciser*

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

 Association

 Autre, *préciser* :

**Adresse postale :**

**Adresse électronique de la structure :**

**Nom et Prénom du représentant légal :**

**Mail représentant légal :**

**Fonction ou qualification :**

**Adresse professionnelle :**

|  |
| --- |
| **3. Bilan d'activité 2024** |

***Rappel : Le présent AAC vise à soutenir financièrement des programmes d’ETP dispensés en soins primaires ou en venue externe d’un établissement de santé.* *Les établissements de santé qui pratiquent un programme ETP à 100 % durant un temps d’hospitalisation (complète, semaine, de jour ou à domicile) ne sont pas éligibles à ce type financement.***

*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 séances ou ateliers pour l’année 2024 (**évaluations de compétences finales inclues).*

*Pour les patients ayant fait leur BEP et ayant* ***suivi un atelier après****, on parle de « programme d’ETP partiellement réalisé ».*

|  |  |
| --- | --- |
| **File active** | **2024** |
| Nombre de patients ayant réalisé le programme d’ETP **complet** |  |
| Nombre de patients ayant réalisé le programme d’ETP **complet** en **SOINS PRIMAIRES** OU « **VENUE EXTERNE [[2]](#footnote-2)** » |  |
| 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 réalisé** en **SOINS PRIMAIRES** OU « **VENUE EXTERNE** » |  |
| Nombre de patients ayant réalisé le programme d’ETP **partiellement** **réalisé** en **HOSPITALISATION** (complète, semaine ou HDJ ou HAD) |  |
| Nombre de patients ayant bénéficié d'une **évaluation individuelle (évaluation de compétences)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre d'ateliers réalisés en 2024** | **En individuel** | **En collectif** |
| Incluant **uniquement** des patients en **SOINS PRIMAIRES** OU « **VENUE EXTERNE** » |  |  |
| Incluant **uniquement** des patients **HOSPITALISES** (complète, semaine ou HDJ ou HAD) |  |  |

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

**Professionnels de santé dédiés au programme**

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

**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, combien d’ateliers sont réalisés en distanciel et quel type de logiciel /application/ outil utilisez-vous ?**

**Avez-vous rencontré 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 financières 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** |
|  |  |
|  |  |

Fait à :

Le :

Nom –Prénom du représentant légal :

Signature :

1. Venue externe d’un établissement de santé [↑](#footnote-ref-1)
2. ***Venue externe d’un établissement de santé*** [↑](#footnote-ref-2)