**APPEL A CANDIDATURES**

**FINANCEMENT DES PROGRAMMES D’EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT DISPENSES EN AMBULATOIRE**

**Année 2022**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Première demande de financement**

**Renouvellement de financement**

**Date limite de soumission : 24 Juin 2022**

**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 ou renouvellement d’autorisation auprès de l’ARS :** ……/……/……

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

***Merci de fournir la notification de déclaration ou de renouvellement d’autorisation du programme d’ETP. Si le dossier de déclaration est en cours d’instruction, un justificatif de dépôt de dossier.***

1. **Intitulé complet du programme :**

1. **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 : …………………………………………………………………………

1. **Objectifs du programme:**

1. **Population du territoire couverte par le programme**

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

|  |
| --- |
| **4. Fonctionnement** |

1. **Equipe intervenante dans le programme**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonction ou activité professionnelle** | **Effectif** | **Temps dédié par intervenant** |
| Médecin |  |  |
| IDE |  |  |
| Diététicien(ne) |  |  |
| Éducateur sportif |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Art thérapeute |  |  |
| Autre (préciser) |  |  |

1. **Comment sont rémunérés actuellement les intervenants ?**

1. **Comment sont assurées activités administratives ? S’agit-il d’un temps plein ou d’un temps partiel ?**

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

|  |
| --- |
| **5. Bilan d’activités** |

1. **Activité au cours des 3 dernières années**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2021** | **2020** | **2019** |
| Nombre de patients ayant bénéficié du programme |  |  |  |
| Nombre de patients ayant **réalisé tout le programme** (diagnostic éducatif suivi de tous les ateliers) |  |  |  |
| Nombre de patients ayant **partiellement réalisé le programme** (diagnostic éducatif suivi d’un ou deux ateliers) |  |  |  |

1. **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)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sources** | **Montant** |
|  |  |
|  |  |

***Merci de fournir le RIB de la structure demandeuse***

Fait à

Le

Signature du demandeur du financement (représentant légal)