**DEMANDE D’AUTORISATION D’UN PROGRAMME D’EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT**

**PREAMBULE**

**NB : Ni les actions d'accompagnement, ni les programmes d'apprentissage ne sont concernés par le dépôt d'un dossier de demande d'autorisation auprès de l'ARS.**

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national (Article L.1161-2 du code de la santé publique). Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation de l'ARS. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant (Article L.1161-5 du code la santé publique).

Les actions d'accompagnement ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie (Article L.1161-3 du code de la santé publique.)

**Quel type de structure peut mettre en place un programme d’ETP ?**

* un établissement de santé (public ou privé)
* un centre de santé/une maison de santé/un pôle de santé
* un centre d’examens de santé
* une association
* un réseau de santé
* un régime obligatoire d’assurance maladie
* une mutuelle ou autre assurance complémentaire
* une fondation
* une municipalité

**Concrètement comment faire pour mettre en place un programme d’éducation thérapeutique ?**

1. S’assurer que le programme répond à un réel besoin. Les ateliers que je souhaite proposer n’existent-ils pas déjà sur mon territoire ?
2. Se référer au cahier des charges d’un programme d’éducation thérapeutique du patient figurant en annexe 1 de **l’arrêté du 14 janvier 2015** relatif au cahier des charges des programmes d’éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.
3. Dans la mesure du possible, se **rapprocher d’associations agréées de patients** afin de co-construire le programme, voire **d’intégrer des patients intervenants** dans le déroulement des ateliers.
4. Essayer de se rapprocher d’autres structures, afin de mutualiser les outils voire la méthodologie.
5. Remplir le dossier de demande d’autorisation d’ETP ci-dessous.

**Titre du programme**:

**NUMERO ETP (à remplir par l’ARS)  **

**LA STRUCTURE PORTEUSE DU PROGRAMME**

* Nom :
* Statut juridique :
  + **Etablissement de santé** : MCO  SSR  HAD  Psychiatrie

Service……………………………………………………………

* + - Hôpital public
    - Etablissement de santé privé à but non lucratif/ESPIC
    - Etablissement de santé privé à but lucratif
  + **Autre**:
    - Association de professionnels de santé libéraux
    - Association de patients
    - Autre association
    - Réseau de santé
    - Autre (préciser)………………………………………..
* N° SIRET ou FINESS :
* Adresse de la structure :
* Nom et prénom du représentant légal :
* Fonction du représentant légal :
* Courriel du représentant légal :
* Numéro de téléphone :
* Code postal :
* Ville :
* Adresse du siège social (si différente) :
* Code postal
* Ville
* Lieu(x) de mise en œuvre (nom et adresse):

**L’EQUIPE**

1. **Le coordonnateur du programme :**



* Nom :
* Prénom :
* Fonction :
* Médecin 
  + - Hospitalier
    - Libéral
* Infirmier
* Cadre de santé
* Diététicien
* Ergothérapeute
* Manipulateur de radiologie
* Masseur-kinésithérapeute
* Orthophoniste
* Orthoptiste
* Pédicure-podologue
* Pharmacien
* Psychomotricien
* Sage-femme
* Représentant d’association agréée
* Autre

Merci de préciser :

* Courriel du coordonnateur :
* Numéro de téléphone :
* Structure d’appartenance :
* Adresse professionnelle :

Service :

Numéro/Rue :

Code postal/ville :

* Formation de coordination de programme d’ETP d’au moins 40h ou expérience de 2 ans de coordination d’un programme d’ETP[[1]](#footnote-1) (merci de joindre les attestations précisant le nombre d’heures et le contenu du programme de formation ou de l’expérience de 2 ans)**:**

1. **Les intervenants (y compris le coordonnateur s’il est également intervenant) :**

* Préciser les effectifs, équivalents temps plein engagés dans le programme, rôle et formation de chacun dans la mise en œuvre du programme (merci de joindre les attestations précisant le nombre d’heures et le contenu du programme de formation ou d’une expérience d’au moins 2 ans)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM et PRENOM | PROFESSION  (y compris patients intervenants) | Equivalent Temps Plein (dans le programme)  Ou nombre d’heure dans l’année | Formation en ETP (formation initiale infirmière, DU, Master, formation validante de 40h ou expérience d’au moins 2 ans dans un programme d’ETP autorisé1) | Structure d’appartenance |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

L’équipe comporte-t-elle un ou plusieurs patients intervenant dans la mise en œuvre du programme ?

Oui  Non

**Rappel. Conformément aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du code de la santé publique :**

**« Dans le cadre des programmes (d’éducation thérapeutique), ...tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l’exploitation d’un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d’un dispositif médical ou d’un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit...Les programmes (d’éducation thérapeutique), ... ne peuvent être ni élaborés ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l’exploitation d’un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d’un dispositif médical ou d’un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé...**

* + - **Merci de joindre en annexe une description du programme**, en veillant à ce que l’ensemble de ces éléments y figure.

**le programme**

L’essentiel de la description doit porter sur les points suivants :

* + - * Population concernée,
      * Besoins explicitant le choix du programme,
      * Données d’efficacité disponibles prises en compte dans la conception du programme,
      * Mode d’entrée du patient dans le programme
        + Démarche spontanée
        + Médecin traitant
        + Association d’usagers
        + Réseau de santé
        + Service hospitalier MCO
        + Autres établissements de soins (SSR…..)
        + Médecin spécialiste libéral
        + Paramédical libéral
      * Objectifs généraux,
      * Critères d’inclusion et d’exclusion des patients,
      * Quel dossier pour le patient ?
      * Modalités de coordination des intervenants,
      * Modalités d’information du médecin traitant,
      * Qui réalise le diagnostic éducatif, à partir de quel outil ?
      * Comment et par qui sont fixés les objectifs personnalisés ?
      * Description des ateliers ou séances collectives (intitulé, objectif, intervenants, méthode et outils, évaluation, durée),
      * Justification des séances individuelles,
      * Evaluation de l’atteinte des objectifs individuels,
      * Modalités de transmission au médecin traitant
      * Présentation des outils et procédures utilisés,
      * Place d’un aidant dans le programme (éventuellement)
      * Partenaires impliqués dans le programme (éventuellement) : professionnels de santé, établissements sanitaires et/ou médico-sociaux
      * Participation de représentants de patients
      * Accompagnement psychosocial (éventuellement)
      * Plan de communication (modalités de communication auprès des professionnels de santé et des patients)

1. **Dans quelle catégorie entre la pathologie concernée :**

* Au moins une des 30 affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD 30) Précisez le numéro de l’ALD :
* L’asthme
* Une ou plusieurs maladies rares
* Une priorité régionale, laquelle… :

Préciser la(les) thématique(s) ou le(s)domaine(s):

|  |  |
| --- | --- |
| Diabète de type 1 | Diabète de type 2 |
| Diabète gestationnel | Maladie du système digestif hors cancers |
| Maladies respiratoires | Cancers |
| Maladies cardio-vasculaires (sauf AVC) | Obésité |
| AVC | Maladies neurologiques (dont maladie d’Alzheimer) |
| VIH/sida | Maladies rhumatologiques |
| Hépatites | Maladies rares |
| Insuffisance rénale | Psychiatrie |
| Autres | Préciser : |

1. **A qui s’adresse votre programme (merci de cocher une ou plusieurs cases) :**

* Enfants de moins de 16 ans :
* Adultes de 16 à 65 ans :
* > 65 ans :
* Aidants :
* Précaires :
  + Les habitants des quartiers « politique de la ville »
  + Les habitants des quartiers prioritaires du schéma régional
  + Les personnes détenues
  + Les personnes migrantes
  + Les personnes accueillies en centre d’hébergement
  + Les personnes éloignées du système de santé en milieu rural
  + Tout type de précarité

Quelle est l’estimation du nombre de bénéficiaires potentiels du programme pour une année : …………

1. **Pour les programmes dont le coordonnateur est un professionnel de santé:**

* Le programme a-t-il été co-construit avec une association de patients agréée au titre de l’article L. 1114-1[[2]](#footnote-2) du code de la santé publique ?

Oui  Non

Si oui, avec quelle association ?

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

Oui  Non

Si oui préciser dans quel cadre (intervention dans un atelier spécifique…) :

* La participation d’un ou de plusieurs patients est-elle prévue ?

Oui  Non

Si oui, sont-ils formés à l’ETP ?

Oui  Non

A quelle étape du programme se fait cette intervention ?

Coordination

Animation

Evaluation

1. **Pour les programmes dont le coordonnateur représente 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 co-construit avec une équipe médicale ?

Oui  Non

* Si oui, avec quelle équipe ?
* Cette équipe médicale participera-t-elle à la mise en œuvre du programme (diagnostic éducatif, ateliers, réunions de coordination, etc.) ?

Oui  Non

Merci de préciser la nature de cette participation :

……………………………………………………………………………………………………………………….

**LA COORDINATION**

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.

**LA CONFIDENTIALITE**

* Décrire succinctement selon quelles **modalités la confidentialité des données** (y compris informatisées, le cas échéant) 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.
* L’exploitation des données individuelles donnera-t-elle lieu à une demande d’autorisation auprès de la CNIL ?

Oui  Non

* **Joindre en annexe** (voir modèles et exemples en annexes) **:**
  + Une copie de la **charte d’engagement signée par l’ensemble des intervenants** (Voir annexe I bis de l’arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges d’ETP)
  + Une copie du **document d’information du patient** lors de son entrée dans le programme
  + Un **modèle de courrier d’information du médecin traitant** concernant l’entrée de son patient dans le programme

**l’évaluation du programme**

A partir des indicateurs d’évaluation de l’activité globale et du suivi du déroulement du programme de la HAS, décrire succinctement selon quelles **modalités et sur quels critères seront réalisées** :

* **L’auto-évaluation annuelle** du programme.
* **L’évaluation quadriennale** du programme.

**la transparence**

Lister les sources de financement du programme en précisant, pour chaque source, le montant du financement.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Source** | **Montant** | **Remarques** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Commentaires éventuels :**

**Nom, prénom et signature du demandeur de l’autorisation**

**Nom, prénom et signature du responsable de l’association ayant participé à la co-construction ou participant à la mise en œuvre du programme**

**Nom, prénom et signature du responsable de l’équipe médicale**

Merci de transmettre :

1. Une **version papier signée de votre demande d’autorisation à :**

Monsieur le Directeur Général de l’agence de santé

de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint Barthélémy  
service gouvernance hospitalière

Rue des archives

Bisdary

97113 GOURBEYRE

1. Une **version électronique** via les boîtes mail suivantes :

[: [ildy.jean-louis@ars.sante.gouv.fr](mailto:ildy.jean-louis@ars.sante.gouv.fr), [marie-josee.movrel@ars.sante.fr](mailto:marie-josee.movrel@ars.sante.fr)](mailto:ARS-IDF-ETP@ars.sante.fr)

1. En l’absence de formation, une expérience rapportée par écrit d’au moins 2 ans dans un programme d’ETP autorisé sera acceptée sur une période transitoire de 2 ans à compter du 23 janvier 2015. [↑](#footnote-ref-1)
2. Article L1114-1 CSP « Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est prononcé sur avis conforme d'une commission nationale qui comprend des représentants de l'Etat, dont un membre du Conseil d'Etat et un membre de la Cour de cassation en activité ou honoraire, des représentants de l'Assemblée nationale et du Sénat et des personnalités qualifiées en raison de leur compétence ou de leur expérience dans le domaine associatif. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission nationale sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.

   Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

   Les représentants des usagers dans les instances mentionnées ci-dessus ont droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat. [↑](#footnote-ref-2)