**DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D’AUTORISATION**

**D’UN PROGRAMME D’ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT**

**AUPRES DE L’ARS AUVERGNE RHÔNE-ALPES**

Le dossier de demande de renouvellement d’autorisation de votre programme doit être déposé auprès de l’ARS **au plus tard** **4 mois avant la fin de votre autorisation initiale**.

Nous vous invitons à **compléter le formulaire ci-dessous** comportant les éléments du cahier des charges d’un programme d’ETP.

Afin de simplifier votre dossier de demande de renouvellement d’autorisation, **excepté les informations relatives au coordonnateur (chapitre 2-1), aux intervenants du programme (chapitre 2-2) et la description de l'offre éducative (chapitre 3) qui sont à renseigner obligatoirement, il s'agira de fournir une note descriptive des seuls changements intervenus depuis votre précédente autorisation**.

Cette **demande de renouvellement d’autorisation** instruite sur la base du présent dossier doit être adressée :

Sous pli recommandé avec accusé de réception :

**Au Délégué(e) départemental(e) de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes**

(Dans le ressort départemental duquel le programme d'ETP est destiné à être mis en œuvre)

Adresse sur le site :

https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/nos-delegations-departementales-0

**et** sous format électronique par mail à : [ars-ara-prevention-promotion-sante@ars.sante.fr](mailto:ars-ara-prevention-promotion-sante@ars.sante.fr?subject=ars-ara-prevention-promotion-sante@ars.sante.fr)

Le Directeur Général de l’ARS dispose d’un délai de 2 mois à compter de la date de réception d’une demande complète pour se prononcer sur la demande de renouvellement d’autorisation. L’autorisation est réputée acquise au terme de ce délai. La décision de renouvellement d’autorisation est valable pour 4 ans.

**1– La structure** **porteuse du programme**

**Nom/Raison sociale**…………………………………………………………………………………

**Adresse** ……………………………………………………………………………………...

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

**N° FINESS** ……..…….………………………………………………………………………………………….

**Représentant légal de la structure** (Nom / Prénom / fonction) …………………………..

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

**Courriel** ………………………………………@ …………………………………...

**Téléphone :** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**2 – Le programme**

**Intitulé :**

**Date de la première autorisation ou du dernier renouvellement :**

**Dates des éventuelles décisions modificatives du programme** : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

\_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

**Sur quels sujets portaient ces décisions ?**

* changement de coordonnateur du programme :
* évolution/modification des objectifs:
* changement de financement

**Informations relatives à une modification apportée au programme autorisé (autorisation initiale ou dernier renouvellement). Cochez les rubriques concernées par ces modifications :**

Structure titulaire du programme

Intitulé du programme

Coordonnateur

Equipe mettant en œuvre le programme

Objectif(s)

Pathologie(s) concernée(s)

Population concernée et modalités d’inclusion du patient

Lieu(x) de mise en œuvre du programme

Structuration du programme proposé (description des étapes/du contenu de la démarche éducative, du parcours personnalisé)

Les modalités coordination du programme (interne et externe)

Confidentialité

Evaluation du programme (auto-évaluation annuelle et évaluation quadriennale)

Sources de financement

Excepté les informations relatives au coordonnateur, aux intervenants du programme et la description de l'offreéducativeà renseigner obligatoirement (cf. chapitre 2 et 3 du présent dossier) une note descriptive des modifications est à établir sur papier libre (cf. cases cochées précédemment).

**Le programme est-il réalisé :**

En ambulatoire  Au cours d’hospitalisation  Les deux

**2- L’équipe**

**2-1 Le coordonnateur du programme :**

**Nom Prénom :** ………...………………………………………………...............................................................

**Fonction :** ………...…………...………………………………………………………………...........................

**Adresse professionnelle :**

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

**Courriel :** ……………………………………………@…………………………………………..………

**Téléphone :** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**Organisme d’appartenance (si différent de la structure porteuse de programme) : ………..............................................................................................................................................**

**Formation spécifique de coordonnateur du programme d’ETP[[1]](#footnote-1) :** Oui  Non

Si non : préciser les expériences en matière de coordination des soins et/ou d’encadrement d’une équipe soignante ou justifier le choix de ce coordonnateur : ………..……………………………...........................................................………..…………………………….............................................................……………………...........................................................………..………………………………....

**2-2 Les intervenants du programme[[2]](#footnote-2)** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom Prénom** | **Catégorie des intervenants[[3]](#footnote-3)** | **Rôle dans le programme[[4]](#footnote-4)** | **Formation de 40 heures minimum à l'ETP**  **(oui ou non)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Les nouveaux intervenants depuis la décision initiale ou le dernier renouvellement :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom Prénom** | **Catégorie des intervenants**3 | **Rôle dans le programme4** | **Formation de 40 heures minimum à l'ETP**  **(oui ou non)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

En cas de nouveaux intervenants joindre :

* La (les) attestation(s) de formation mentionnant le nombre d'heures et le contenu du programme de la formation pour les nouveaux intervenants seulement.
* Une copie de la charte d'engagement signée par les nouveaux intervenants seulement Un modèle de la charte d'engagement est proposé sur le site internet de l'ARS\_ARA.

**3- Description de l'offre éducative**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Intitulé de la séance ou atelier ou module | Individuelle ou collective | Durée | Compétences à développer par le patient : à la fin de la séance le patient sera capable de …. . | Techniques pédagogiques  (méthodes, outils, modalités d'évaluation) | Fonction des intervenants |
| Bilan Educatif Partagé (BEP) |  |  |  |  |  |
| Séance |  |  |  |  |  |
| Séance |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Evaluation |  |  |  |  |  |

**4- Evaluation quadriennale du programme**

**Le rapport d'évaluation quadriennale du programme** ayant fait l'objet de l'autorisation précédente est joint à la demande de renouvellement. Un modèle de rapport synthétique d'évaluation quadriennale est proposé en annexe 1

La Haute autorité de santé (HAS) propose un guide méthodologique destiné aux coordonnateurs et aux équipes mettant en œuvre un programme d’éducation thérapeutique du patient pour les aider dans leur évaluation quadriennale ( https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\_1748115/fr/evaluation-quadriennale-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-une-demarche-d-auto-evaluation

A signaler, que chaque année du déroulement du programme, avant le 31 mars de l'année N, les indicateurs de l'année N-1 détaillés dans l'annexe 2 seront à transmettre à l'ARS ARA.

**Dossier envoyé le :**

**Signature du demandeur du renouvellement de l'autorisation :**

**Signature de l'association participant à la mise en œuvre du programme :**

**Signature du responsable de l'équipe médicale participant à la mise en œuvre du programme par une association :**

**Annexe 1** : **modèle de**  **rapport synthétique d’évaluation quadriennale**

1. Déroulement de l’évaluation quadriennale

**Modalités de déroulement de l’évaluation quadriennale *(participants, démarche) :***

1. Description des effets du programme d’ETP

**Pour les patients**

*Quels ont été les bénéfices du programme ?*

*Quelles ont été les difficultés rencontrées ?*

**Sur le fonctionnement de l’équipe**

*Quels ont été les effets positifs du programme ?*

*Quelles ont été les difficultés rencontrées ?*

**Au sein du parcours du patient**

*Quels ont été les bénéfices du programme sur sa prise en charge globale, son parcours de soins ?*

*Quelles ont été les difficultés rencontrées ?*

C. Description des évolutions du programme d’ETP

**Comment a évolué le programme**

D. Conclusions et actions d'amélioration envisagées

**Argumentaire expliquant la décision pour l’avenir du programme et les actions qui accompagnent cette décision dans l’ordre de priorisation de l’équipe :**

E. Modalités de mise à disposition du rapport d’évaluation quadriennale aux bénéficiaires et aux professionnels de santé du parcours

**Annexe 2 : indicateurs d’activité demandés par l’ARS ARA**



1. Le référentiel de compétences pour coordonner un programme d’ETP <http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/coordonner-ETP.pdf> [↑](#footnote-ref-1)
2. Le référentiel de compétences pour dispenser d'éducation thérapeutique dans le cadre d'un un programme

   <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf> [↑](#footnote-ref-2)
3. *.* Professionnels de santé : médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste, pharmacien, infirmier, masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, pédicure-podologue, diététicien, orthophoniste, orthoptiste … (cf. 4ème partie du Code de la Santé Publique / Les professionnels de la santé) et autres professionnels : psychologue, éducateur, professeur APA, assistant social … et patients, patient-experts, représentants d’associations de patients [↑](#footnote-ref-3)
4. *.* Pour les intervenants directs auprès des patients : préciser sur quelle(s) séances(s). [↑](#footnote-ref-4)