

Démarche : Notification de modifications relatives à un programme d'éducation thérapeutique du patient déclaré conformément à l'article R. 1161-6 du code de la santé publique

Organisme : Le ministre des solidarités et de la santé

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Notification des modifications relatives à un programme d'éducation thérapeutique du patient déclaré conformément à l'article R. 1161-6 du code de la santé publique

Cette procédure s'adresse aux programmes déclarés qui ont connu, depuis leur déclaration, des modifications concernant :

- Le changement de coordonnateur mentionné à l'article R. 1161-3 ;
- Les objectifs du programme ;
- Les sources de financement du programme.

Ces modifications doivent être notifiées au directeur général de l'agence régionale de santé conformément à la réglementation (article R. 1161-6 du code de la santé publique).

La notification de ces modifications se déroule en plusieurs étapes :

Etape 1 : sélection de l'ARS auprès de laquelle la déclaration du programme a été faite.

En amont de la saisie, vous devrez en premier lieu sélectionner l'ARS auprès de laquelle vous avez déclaré votre programme d'éducation thérapeutique du patient.

Munissez vous du numéro de la déclaration qui figurait dans le récépissé de déclaration du programme qui vous avez été adressé par messagerie.

Etape 2 : description du programme d'ETP intégrant les modifications en joignant les pièces justificatives

Une fois le dossier complété et enregistré, il est sous le statut de « brouillon » tant que vous ne l'avez pas déposé.

Pour toute information en amont du dépôt des modifications du programme, vous êtes invité à contacter les services en charge de l'éducation thérapeutique du patient de l'ARS auprès de laquelle vous avez déclaré le programme d'éducation thérapeutique du patient.

Etape 3 : dépôt de la notification des modifications du programme d'éducation thérapeutique du patient

Une fois terminé le remplissage, cliquez sur : Déposer

Le dossier passe alors du statut « brouillon » au statut « en construction ».

Si besoin, les échanges avec l'ARS pourront se faire à partir de la messagerie intégrée au dossier.

### ARS destinataire

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ ARS Auvergne-Rhône-Alpes

☐ ARS Bourgogne-Franche-Comté

☐ ARS Bretagne

## Notification de modifications relatives à un programme d'éducation thérapeutique du patient d

- ☐ ARS Centre-Val de Loire
- ☐ ARS Corse
- ☐ ARS Grand-Est
- ☐ ARS Guadeloupe
- ☐ ARS Guyane
- ☐ ARS Hauts-de-France
- ☐ ARS Ile-de-France
- ☐ ARS La Réunion
- ☐ ARS Martinique
- ☐ ARS Mayotte
- ☐ ARS Normandie
- ☐ ARS Nouvelle-Aquitaine
- ☐ ARS Occitanie
- ☐ ARS Pays de la Loire
- ☐ ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur

### 1. Eléments de la Modification

**Numéro de la déclaration initiale (numéro de la déclaration qui figure dans le récépissé de déclaration initiale du programme qui vous avez été adressé par messagerie)**

**Les modifications que vous déclarez concernent**  
(Commentaire : les réponses ne sont pas exclusives les unes des autres)

#### **Le coordonnateur du programme**

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

#### **Les objectifs du programme**

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

#### **La source de financement du programme**

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

### 2. Structure accueillant le programme

# Notification de modifications relatives à un programme d'éducation thérapeutique du patient d

N° SIRET  
SIRET

Dénomination

Forme juridique

Si le numéro de SIRET n'a pas été trouvé dans le référentiel veuillez saisir les champs ci-dessous

Statut juridique

Raison Sociale

Adresse

Si existence N° FINESS de l'entité juridique

Représentant légal (Nom, Prénom, Fonction)

Mail représentant légal

Téléphone représentant légal

Lieu(x) de mise en oeuvre du programme

Nom

Adresse

Nom

Adresse

Nom

Adresse

### 3. Le coordonnateur du programme

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom

Prénom

Fonction ou qualification

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Audioprothésiste

☐ Cadre de Santé

☐ Dentiste

☐ Diététicien

☐ Ergothérapeute

☐ IDE

☐ Manipulateur en radiologie

☐ Masseur-kinésithérapeute

☐ Médecin généraliste

☐ Médecin spécialiste

☐ Opticien-lunetier

☐ Orthophoniste

☐ Orthoptiste

☐ Pédicure-podologue

☐ Pharmacien

☐ Prothésiste/orthésiste

☐ Psychomotricien

☐ Puéricultrice

☐ Représentant d'association agréé

☐ Sage-femme

☐

**Adresse professionnelle**

**Mail coordonnateur**

**Téléphone**

**Formation à la dispensation de l'ETP (intitulé, organisme, nombre d'heures)**

**Formation à la coordination de l'ETP (intitulé, organisme, nombre d'heures)**

**Le coordonnateur participe-t-il à des ateliers ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

#### **4. Composition de l'équipe intervenant dans le programme (y compris les patients intervenant)**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ Composition de l'équipe intervenante

- Télécharger le fichier
- l'enregistrer sur votre poste
- le retélécharger

**Le programme a-t-il été co-construit avec une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Si oui avec quelle association ?**

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

Cochez la mention applicable

☐ Oui

## Notification de modifications relatives à un programme d'éducation thérapeutique du patient d

☐ Non

**Pour les programmes dont le coordonnateur est un membre d'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 construit avec une équipe médicale ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Si oui, avec quelle équipe ?**

**Cette équipe médicale participe-t-elle à la mise en œuvre du programme ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## 5. Le programme

**a. Intitulé (l'intitulé du programme doit mentionner la pathologie prise en charge)**

Précisez le positionnement éventuel en programme d'ETP « Initiale », de « renforcement », ou d'ETP de « Suivi approfondi »

**b. A quelle(s) affection(s) de longue durée exonérant du ticket modérateur, (Liste ALD) ou asthme ou maladie(s) rare(s) ou obésité, ou encore à quel(s) problème(s) de santé considéré(s) comme prioritaire(s) au niveau régional, le programme s'adresse-t-il ?**

**c. Quels sont les objectifs de ce programme ?**

**d. Précisez le type d'offre**

Plusieurs réponses possibles

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Offre initiale (suit l'annonce du diagnostic ou une période de vie avec la maladie sans prise en charge éducative)

☐ Offre de suivi régulier / renforcement (suite à un programme initial, pour consolider les compétences acquises par le patient)

## Notification de modifications relatives à un programme d'éducation thérapeutique du patient d

- ☐ Offre de suivi approfondi / reprise (suite à un programme initial, en cas de difficultés d'apprentissage, de non atteinte des objectifs, de modification de l'état de santé du patient ou de ses conditions de vie, de passage des âges de l'enfance et de l'adolescence).

### e. Les patients bénéficiaires du programme des critères d'inclusion

#### i. Le profil des patients

##### Le programme s'adresse à ?

plusieurs réponses possibles

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Adultes

☐ Enfants

☐ Adolescents et jeunes adultes

☐ Personnes âgées

##### Le programme s'adresse-t-il à un public spécifique (femmes enceintes, curistes, personnes incarcérées, ...) ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

##### Si oui, précisez

##### Est-il prévu d'associer l'entourage (parents, proches ...) du patient au programme ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

##### Si oui, précisez les modalités de participation des aidants (ateliers dédiés, participation aux ateliers destinés aux patients) :

#### ii. Les critères d'inclusion des patients dans les programmes

##### Quels sont les critères d'inclusion des patients dans le programme (éléments de diagnostic, stade/niveau de gravité de la pathologie, aptitudes cognitives, âge...) ?

#### iii. La file active du programme

##### Quelle est l'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels du programme chaque année ?

# Notification de modifications relatives à un programme d'éducation thérapeutique du patient d

## f. Les modalités d'organisation du programme d'ETP

### Quels sont la ou les modalité(s) de dispensation du programme ?

Si mixte, cochez plusieurs réponses

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Mode ambulatoire (hors HDJ)

☐ Séjour SSR

☐ Séjour MCO

☐ Séjour psychiatrie

☐ Séjour HAD

☐ Autre

### Une plaquette (brochure, dépliant...) d'information sur le programme est-elle disponible pour les bénéficiaires, les professionnels pouvant orienter un patient vers un programme ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si oui joindre un exemplaire ?

## g. Le déroulé du programme d'ETP

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ i. Le bilan éducatif partagé (BEP)

Fournir un exemplaire du support utilisé pour le Diagnostic Educatif (ou bilan éducatif)

### Décrire succinctement les modalités de réalisation du BEP

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ ii. Le contenu des séances du programme :

- Télécharger le fichier
- l'enregistrer sur votre poste
- le retélécharger

### iii. Evaluation des compétences acquises par le patient : Décrire succinctement les modalités d'évaluation des compétences acquises par le patient

## 6. Les coordinations interne et externe



**Notification de modifications relatives à un programme d'éducation thérapeutique du patient d**  
**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.**

**Un dispositif de suivi post-programme est-il prévu ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Si oui, merci de le décrire en quelques lignes :**

## 7. La confidentialité du programme

**Décrire succinctement selon quelles modalités la confidentialité des données 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.**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ Joindre en annexe une copie de la charte d'engagement signée par l'ensemble des intervenants.

« Joindre une copie de la charte d'engagement signée par l'ensemble des intervenants »

- Télécharger la charte

- la signer

- l'enregistrer sur votre poste

- la retélécharger signée

## 8. L'évaluation du programme

**Décrire succinctement selon quelles modalités et sur quels éléments sera réalisée l'évaluation annuelle du programme**

**Décrire succinctement selon quelles modalités et sur quels éléments sera réalisée l'évaluation quadriennale du programme**

## 9. Le financement du programme

Décrivez brièvement les différentes sources de financement envisagées pour ce programme

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE CONFORMITE AUX EXIGENCES PREVUES A L'ARTICLE R. 1161-2 ET R. 1161-5 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

-Le programme est conforme aux exigences prévues à l'article R. 1161-5 du code de la santé publique :

1° Le programme est conforme au cahier des charges mentionné à l'article L. 1161-2 du code de la santé publique

2° Les obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du code de la santé publique relatives aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration des programmes et leur mise en œuvre sont respectées :

Article L. 1161-1 du code de la santé publique : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, 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. »

Article L. 1161-4 du code de la santé publique : Les programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3 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. Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions ou programmes mentionnés aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions.

3° La coordination du programme répond aux obligations définies à l'article R. 1161-3 du code de la santé publique :

Article R. 1161-3 du code de la santé publique : « Les programmes d'éducation thérapeutique du patient mentionnés aux articles L. 1161-2 à L. 1161-4 sont coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1.

Un programme doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres Ier et II et des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie.

Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin. »

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non