**DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D’AUTORISATION**

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

**AUPRES DE L’ARS CENTRE**

Cette **demande de renouvellement d’autorisation – accompagnée du rapport d’évaluation quadriennale du programme** - doit être adressée, 4 mois avant la date d’expiration de la décision d’autorisation initiale

➀ sous pli recommandé avec accusé de réception, à :

**Agence Régionale de Santé Centre**

Direction Santé Publique et Environnementale

Département Prévention et Promotion de la Santé

131 rue du Faubourg Bannier, Cité Coligny

BP 74409 - 45044 ORLEANS

➁ Par mail à l’adresse :

ars-centre-pps@ars.sante.fr

Conformément à l’article R. 1161-4 du décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d’autorisation des programmes d’éducation thérapeutique du patient, **la décision de renouvellement d’autorisation est valable pour 4 ans**.

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 qui court à compter de la date d’accusé de réception du dossier complet.

**Une décision d’autorisation ne vaut pas accord de financement.**

*« L’évaluation quadriennale, qui se déroule la 4ème d’année d’autorisation, est une démarche de bilan des 3 années de mise en œuvre du programme depuis la date de la dernière autorisation par une ARS. Elle permet aux équipes et aux coordonnateurs de prendre des décisions sur les changements et les conditions nécessaires à la poursuite du programme d’ETP. Elle a pour caractéristiques d’être orientée à la fois sur les résultats attendus de l’ETP ou effets et sur les évolutions du programme dans son contexte de mise en œuvre, et d’être réalisée par l’équipe et le coordonnateur, éventuellement avec une aide extérieure.*

*L’évaluation quadriennale est communiquée aux bénéficiaires et aux professionnels du parcours. Elle est transmise à l’ARS lors de la demande de renouvellement de l’autorisation***[[1]](#footnote-1)***. »*

La demande de renouvellement d’autorisation sera instruite, sur la base du présent dossier de demande de renouvellement et du rapport d’évaluation quadriennale, conformément :

* au cahier des charges défini par *l’arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation* ;
* au volet ETP du SRP[[2]](#footnote-2) / Priorité 6 : Soutenir le développement de l’éducation thérapeutique

**Intitulé du programme d’etp :**

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

Date d’autorisation initiale du programme : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

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

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

Date réelle de démarrage du programme : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

**La structure**

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………….

Représentant légal de la structure (nom / prénom / fonction) : ………………………………………………………………….........................................................................

Courriel du représentant légal : ………………………………………@ ………………………………………

Adresse du siège social : ………………………………………………………………………………………...

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

Adresse de correspondance (si différente du siège social) : ………………………………………………..…………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………….

Statut juridique : …………………………………………………………………………...............

Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Télécopie : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

La structure promotrice du programme a-t-elle changé depuis la décision initiale d’autorisation ?

🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, en avez-vous fait la déclaration auprès de l’ARS ? 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, à quelle date cette déclaration a-t-elle fait l’objet d’une décision modificative par l’ARS ?

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

Avez-vous mis en place une coordination transversale de l’ETP au sein de la structure ?

🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, qui en assure la responsabilité (nom / prénom / fonction / courriel / temps en etp[[3]](#footnote-3) imparti à la coordination transversale) ? *plusieurs personnes peuvent assurer la coordination transversale* .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Quelles sont les missions de cette coordination transversale ?

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**L’équipe**

**Le coordonnateur du programme[[4]](#footnote-4) :**

Le coordonnateur du programme a-t-il changé depuis la décision initiale d’autorisation ?

🞎 Oui 🞎 Non

Si non, passez à la rubrique « les autres membres de l’équipe »

Si oui, en avez-vous fait la déclaration auprès de l’ARS ? 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, à quelle date cette déclaration a-t-elle fait l’objet d’une décision modificative par l’ARS ?

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

*Conformément à l’article R. 1161-6 du Code de la Santé Publique, toute modification portant sur le changement du coordonnateur mentionné à l’article R. 1161-3 du Code de la Santé Publique est subordonnée à une autorisation préalable de l’ARS (cf. article 3 de la décision d’autorisation).*

**Le coordonnateur initial du programme :**

Nom / Prénom : ………………………………………………………………………………………...

Fonction : ………………………………………………………………………………………………

Organisme d’appartenance (en préciser le statut juridique) : ……………………………………………………………………………………………………………

**Niveau de formation en ETP[[5]](#footnote-5) :**

🞎 diplôme de formation initiale / type de diplôme : ………………………………………………………..

année d’obtention du diplôme : …………

🞎 aucune formation en ETP 🞎 sensibilisation : < 40 heures

Organisme de formation : ………………………

🞎 niveau 1 : au moins 40 heures de formation 🞎 niveau 2 : au moins 70 heures

Organisme de formation : ………………………… Organisme de formation : ………………………

🞎 niveau 3 : diplôme d’enseignement supérieur

Organisme de formation : ……………………………………….

**Le nouveau coordonnateur du programme :**

Prise de fonction à compter du : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Nom / Prénom : ………………………………………………………………………………………...............

Adresse professionnelle : …………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………

Téléphone : ……………………………………………………………………………………………………...

Adresse mail : ……………………………………………………………………………………………………..

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

Organisme d’appartenance (en préciser le statut juridique) : ……………………………………………………………………………………………………………………….

**Si 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 évalué et modifié avec une équipe médicale ?

🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, avec quelle équipe ?

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Cette équipe médicale participera-t-elle au déroulement du programme ?

🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, comment ? ……………………………………………………………………………………

**Si le coordonnateur est un médecin ou un autre professionnel de santé :**

Le programme a-t-il été évalué et modifié avec une association de patients agréée au titre de l’article L. 1114-1 du code de la santé publique ?

🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, avec quelle association ? ………………………………………………………………………………...

Cette association participera-t-elle au déroulement du programme ?

🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, comment ? …………………………………………………………………………………………………

**Niveau de formation en ETP du nouveau coordonnateur du programme :**

🞎 diplôme de formation initiale / type de diplôme : ………………………………………………………..

année d’obtention du diplôme : …………

🞎 aucune formation en ETP 🞎 sensibilisation : < 40 heures

Organisme de formation : ………………….

🞎 niveau 1 : au moins 40 heures de formation 🞎 niveau 2 : au moins 70 heures

Organisme de formation : ………………………… Organisme de formation : …………………….

🞎 niveau 3 : diplôme d’enseignement supérieur

Organisme de formation : ……………………………………….

Fournir, en annexe, la photocopie de la (des) attestation(s) de formation en ETP avec mention du nombre d’heures de formation suivies OU un justificatif d’inscription à une formation en ETP dans les 12 prochains mois OU un document signé par le responsable de la structure faisant état et détaillant une expérience d’au moins 2 ans dans un programme d’éducation thérapeutique.

Le nouveau coordonnateur du programme a-t-il signé :

La charte d’engagement de confidentialité 🞎 oui 🞎 non

Joindre en annexe une copie de la charte d’engagement de confidentialité signée par le nouveau coordonnateur

**Les autres membres de l’équipe du programme :**

La composition de l’équipe en charge de la mise en œuvre du programme d’ETP a-t-elle changé ?

🞎 oui 🞎 non

(A remplir même si l’équipe a changé)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM / Prénom** | **Catégorie de** **professionnel \*** | **Niveau de formation****en ETP \*\*** | **Nouveau membre depuis la décision initiale d’autorisation ?**  |
|  |  |  | **OUI / NON** |
|  |  |  | **OUI / NON** |
|  |  |  | **OUI / NON** |
|  |  |  | **OUI / NON** |
|  |  |  | **OUI / NON** |
|  |  |  | **OUI / NON** |
|  |  |  | **OUI / NON** |
|  |  |  | **OUI / NON** |
|  |  |  | **OUI / NON** |
|  |  |  | **OUI / NON** |
|  |  |  | **OUI / NON** |

\* 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

\*\* aucune formation en ETP / sensibilisation à l’ETP soit moins de 40 heures / niveau 1 soit au moins 40 heures / niveau 2 soit au moins 70 heures / niveau 3 : diplôme d’enseignement supérieur

Joindre en annexe une copie de la charte d’engagement de confidentialité signée UNIQUEMENT pour les nouveaux membres de l’équipe

**Le programme**

**A quel(s) problème(s) de santé le programme d’ETP s’adresse-t-il :**

**🞎 Au moins une des 29 affections de longue durée exonérant du ticket modérateur,**

**préciser la (les) ALD concernée(s) :**

* Accident vasculaire cérébral invalidant
* Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
* Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
* Bilharziose compliquée
* Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
* Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
* Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)
* Diabète de type 1 et diabète de type 2
* Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
* Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
* Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
* Maladie coronaire
* Insuffisance respiratoire chronique grave
* Maladie d'Alzheimer et autres démences
* Maladie de Parkinson
* Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
* Mucoviscidose
* Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
* Paraplégie
* Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
* Polyarthrite rhumatoïde évolutive
* Affections psychiatriques de longue durée
* Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
* Sclérose en plaques
* Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne
* Spondylarthrite grave
* Suites de transplantation d'organe
* Tuberculose active, lèpre
* Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

**🞎 Asthme**

**🞎 Obésité de classe I**

IMC ≤ 30 – 34.9 ≥

éventuelles comorbidités associées : …………………………………………………

**🞎 Obésité de classe II (sévère)**IMC ≤ 35 – 39.9 ≥

éventuelles comorbidités associées : …………………………………………………

**🞎 Obésité de classe III (massive)**

IMC ≥ 40

éventuelles comorbidités associées : …………………………………………………

**🞎 Maladie rare,
préciser la(les)quelle(s) :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**🞎 Autre problème de santé, préciser le(s)quel(s) :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Justifier le choix de cette pathologie :

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

**Votre programme d’ETP s’inscrit-il dans les priorités de santé définies par :**

* le PRS ? 🞎 oui 🞎 non
préciser la(es) pathologie(s) concernée(s) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Population cible du programme**

* Combien de nouvelles personnes entrent dans le programme d’ETP chaque année ? ………
* Ce chiffre est-il en hausse / en baisse par rapport à celui annoncé dans la demande initiale d’autorisation ? 🞎 en hausse 🞎 en baisse

Justifiez : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...................................................

* L’âge de la population cible du programme d’ETP est-il le même que lors de la demande d’autorisation initiale ? 🞎 oui 🞎 non
Si non, justifiez :
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* moins de 12 ans
* de 12 à 24 ans
* de 25 à 40 ans
* de 41 à 64 ans
* 65 ans et plus
* Le(s) territoire(s) de santé où réside la population cible sont ils les mêmes que lors de la demande d’autorisation initiale ? 🞎 oui 🞎 non
Si non, justifiez :
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Type d’offre :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞏 initiale | 🞎 suivi régulier (ou renforcement) | 🞎 suivi approfondi (ou de reprise) |

**contenu du programme**

* Sur quelles données, critères (cliniques, psycho-sociaux, biologiques) le programme d’ETP s’appuie-t-il pour juger de son efficacité ?

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

*Conformément à l’article R. 1161-6 du Code de la Santé Publique, toute modification portant sur le changement des objectifs du programme est subordonnée à une autorisation préalable de l’ARS (cf. article 3 de la décision d’autorisation).*

**Objectifs du programme**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Objectifs /****Demande d’autorisation initiale** | **Objectifs /****Demande de renouvellement d’autorisation** |
| **Objectif général** |  |  |
| **Objectifs spécifiques** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Les objectifs spécifiques seront formulés sur la base des compétences d’auto soins à acquérir et/ou maintenir par le patient d’une part, des compétences d’adaptation (ou psycho sociales) à mobiliser ou acquérir d’autre part.*

**Evaluation du programme**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Auto évaluation annuelle du programme** | **Evaluation quadriennale du programme** |
|  | *Finalités[[6]](#footnote-6) :* * *Améliorer les pratiques, l’organisation, le partage d’informations, la coordination ;*
* *Et ajuster le programme au cours de son développement*

*🡺 mise en lumière des forces et des faiblesses du programme et suivi de la qualité de la mise en œuvre du programme*  | *Finalités :* * *S’engager sur des actions de pérennisation, d’amélioration, des changements ;*
* *Prendre une décision pour l’avenir du programme 🡺 mise en lumière des effets et des évolutions du fonctionnement, de la mise en œuvre, de la coordination du programme, de sa structuration sur la période d’autorisation*
 |
| **Activité générale** |  |  |
| **Processus** |  |  |
| **Effets** |  |  |
| **Evolutions du programme** |  |  |

*Pour chaque objet d’évaluation, seront définis des indicateurs et critères d’évaluation à recueillir tout au long de la mise en œuvre du programme. Certains d’entre eux feront l’objet d’une communication annuelle à l’ARS dans le cadre de la transmission du rapport d’activité annuel.*

**Structuration du programme**

Par qui les patients sont-ils orientés vers le programme d’ETP ?

Le médecin traitant 🞎 Oui 🞎 Non

Un autre professionnel de santé de 1er recours 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, le(s)quel(s) ? ………………………………………………………………………………….

Un médecin spécialiste libéral / hospitalier 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, préciser la (les) spécialité(s) médicale(s) : ………………………………………………….

Autre modalité d’orientation  🞎 Oui 🞎 Non

Préciser : ………………………………………………………………………………………………..

Les modalités de mise en œuvre (à coupler avec les éléments de coordination) :

Le programme d’ETP se compose-t-il des étapes suivantes :

**Bilan éducatif partagé 🞎 Oui 🞎 Non**

Décrire les modalités de réalisation du bilan éducatif partagé :

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

**Programme personnalisé 🞎 Oui 🞎 Non**

Décrire les modalités d’élaboration du programme personnalisé :

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

**Ateliers d’ETP 🞎 Oui 🞎 Non**

Décrire les modalités de mise en œuvre des ateliers individuels et collectifs d’ETP :

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

**Evaluation des compétences acquises 🞎 Oui 🞎 Non**

Décrire les modalités de mise en œuvre de l’évaluation des compétences acquises :

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

**Action d’accompagnement**

Le programme d’éducation thérapeutique est-il couplé avec une action d’accompagnement au sens de l’article L. 1161-3 ?

*Les actions d’accompagnement « font partie de l’éducation thérapeutique » et « 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 CSP)*

🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, décrire succinctement l’action d’accompagnement et ses modalités de coordination avec le programme d’éducation thérapeutique.

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**La coordination**

**Au sein de l’équipe qui met en œuvre le programme :**Décrire succinctement les modalités de coordination et d’information entre les intervenants au sein du programme

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Avec le médecin traitant :**

Quelles sont les modalités d’intervention du médecin traitant dans le programme ?

➀ Elaboration du bilan éducatif partagé 🞎 Oui 🞎 Non

➁ Co-construction avec le patient de son programme personnalisé 🞎 Oui 🞎 Non

➂ Animation d’ateliers 🞎 Oui 🞎 Non

➃ Evaluation individuelle du patient (compétences acquises, suivi éducatif) 🞎 Oui 🞎 Non

Autres, préciser :

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

**Les documents suivants sont-ils transmis au médecin traitant :**

La synthèse du bilan éducatif partagé et le programme personnalisé 🞎 Oui 🞎 Non

L’évaluation des compétences acquises par le patient à l’issue du programme et des préconisations pour poursuivre l’ETP 🞎 Oui 🞎 Non

Décrire succinctement les modalités de coordination avec les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient en dehors de la structure : médecin traitant, infirmier(e), réseau de santé, établissement de santé dans un objectif de continuité des soins et de partage d’informations :

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**La transparence**

*Conformément à l’article R. 1161-6 du Code de la Santé Publique, toute modification portant sur les sources de financement du programme est subordonnée à une autorisation préalable de l’ARS (cf. article 3 de la décision d’autorisation).*

Les sources de financement du programme ont-elles changé depuis la décision initiale d’autorisation ?

🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, en avez-vous fait la déclaration auprès de l’ARS ? 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, à quelle date cette déclaration a-t-elle fait l’objet d’une décision modificative par l’ARS ?

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

*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 ... »*

La déclaration sur l’honneur signée par le représentant légal de la structure porteuse du programme lors de la demande d’autorisation initiale est-elle toujours valable ? 🞎 Oui 🞎 Non

Si non, joindre en annexe la déclaration sur l’honneur – signée par le représentant légal de la structure porteuse du programme - relative au respect des 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 et la mise en œuvre d’un programme d’éducation thérapeutique du patient.

Un programme d’éducation thérapeutique du patient ne doit pas poursuivre de visée promotionnelle, notamment au bénéfice d’un dispositif médical ou d’un médicament conformément aux articles L.5122-1 et L. 5122-6 du code de la santé publique.

Dans le cadre d’un programme d’éducation thérapeutique du patient, les différentes sources de financement sont précisées par les promoteurs.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SOURCE DE** **FINANCEMENT** | **Objets du financement** | **Montant****(en euros)** | **Année de référence** |
| **Forfaits / patient** | **Coordination transversale de l’ETP** | **Autres, préciser :**  |
| **FIR / ETP** |  |  |  |  |  |
| **FIR / réseaux de santé**  |  |  |  |  |  |
| **T2A / GHS**  |  |  |  |  |  |
| **DAF (SSR / psychiatrie)**  |  |  |  |  |  |
| **FNPEIS**  |  |  |  |  |  |
| **ENMR / module 2** |  |  |  |  |  |
| **Collectivités territoriales**  |  |  |  |  |  |
| **Conseil Régional** |  |  |  |  |  |
| **Conseil Général** |  |  |  |  |  |
| **Autres, précisez :**  |  |  |  |  |  |
| **CUCS / politique de la ville** |  |  |  |  |  |
| **laboratoires pharmaceutiques,**  |  |  |  |  |  |
| **précisez :**  |
| **autres financements privés,**  |  |  |  |  |  |
| **précisez :**  |
| **autres,**  |  |  |  |  |  |
| **précisez :**  |
| **autofinancement,**  |  |  |  |  |  |
| **précisez :**  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |

1. Extrait du *Guide méthodologique de la HAS pour les coordonnateurs et les équipes, relatif à l’évaluation quadriennale d’un programme d’éducation thérapeutique du patient*  [↑](#footnote-ref-1)
2. *Schéma Régional de Prévention* [↑](#footnote-ref-2)
3. etp = équivalent temps plein / 1 etp = 1607 heures annuelles [↑](#footnote-ref-3)
4. Tout savoir sur la fonction de coordonnateur de programme d’ETP : consulter le référentiel de compétences pour coordonner un programme d’ETP
[**http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/coordonner-ETP.pdf**](http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/coordonner-ETP.pdf) [↑](#footnote-ref-4)
5. Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient [↑](#footnote-ref-5)
6. HAS, Les évaluations d’un programme d’ETP [↑](#footnote-ref-6)