

DOSSIER DE CANDIDATURE

« Création d'un programme régional d'éducation thérapeutique à destination des adultes insuffisants cardiaques (IC) graves en ALD 5 »

Ce dossier de candidature est à remplir par chaque établissement juridique ou chaque association souhaitant créer et mettre en œuvre un programme ETP **régional** pour les patients IC en ALD 5.

I. IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE OU DE L'ASSOCIATION REpondant à l'AAP

Nom de la structure :	
Adresse :	
Code Postal :	
Commune :	
Directeur de l'établissement ou de l'association :	
Téléphone du directeur :	
Courriel du directeur :	
Cocher :	
<input type="checkbox"/> Etablissement sanitaire	

- Public

Privé non lucratif

Privé lucratif

Association

Rappel :

Les candidats doivent remettre le dossier type de candidature et **les pièces jointes** (éléments de preuve, pièces justificatives...) avant le **31 aout 2026** par mail à :

ars-reunion-datps@ars.sante.fr

ars-reunion-etp@ars.sante.fr

Les éléments présentés doivent permettre de répondre de manière satisfaisante à l'ensemble des critères fixés dans le cahier des charges de l'appel à projets.

II. CAHIER DES CHARGES de l'AAP

II.1. Ressources humaines

Nom du coordonnateur de programme	
Tel :	
@ :	
Fonction du coordonnateur de programme (médecin, cadre de santé, professionnel de santé ou représentant mandaté par une association de patients agréée etc.)	
Quotité de travail du référent à la coordination du programme (à préciser en ETP) ETP
Le coordonnateur est-il formé à la coordination de programmes d'ETP ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

<p>Dans l'affirmative, fournir l'attestation de formation</p>	
<p>Autres personnes qui participeront au programme d'ETP</p>	<p> <input type="checkbox"/> Infirmiers diplômés d'état, préciser le nb : <input type="checkbox"/> cadre de santé précisez le nb : <input type="checkbox"/> médecin, préciser le nb : <input type="checkbox"/> masseur-kinésithérapeute, précisez le nb : <input type="checkbox"/> diététicien, précisez le nombre : <input type="checkbox"/> psychologue, préciser le nombre : <input type="checkbox"/> APA, préciser le nombre : <input type="checkbox"/> autres personnes (hors cardiologue et patient « expert »), préciser le type de professionnels et le nombre de personnes concernées : </p>
<p>Combien de ces personnes ont bénéficié de la formation à l'ETP (durée minimale de 40 heures) ?</p>	
<p>Un cardiologue a-t-il participé à l'élaboration du pré programme d'ETP</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Si oui, préciser ses coordonnées</p>	<p> Nom et prénom : Lieu d'exercice : Médecin cardiologue formé à l'ETP : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non </p>
<p>Un patient a-t-il participé à l'élaboration du pré programme d'ETP</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Si oui, préciser</p>	<p> Nom et prénom : Patient formé à l'ETP <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non </p>
<p>II.2. Locaux et équipements</p>	
<p>Dans quels locaux l'établissement ou l'association prévoient-ils de déployer le programme d'ETP ?</p>	
<p>Pour les séances individuelles, préciser la ou les adresses ET si les locaux appartiennent au répondant à l'AAP, s'il est locataire ou si ce sont des locaux mis à disposition par un tiers</p>	

<p>Pour les séances groupales, préciser la ou les adresses ET si les locaux appartiennent au répondant à l'AAP, s'il est locataire ou si ce sont des locaux mis à disposition par un tiers</p>	
<p>Les locaux qui seront utilisés préservent-ils la confidentialité des échanges et seront-ils adaptés à l'activité réalisée ?</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p>II.3. Fondements scientifiques du programme</p>	
<p>Le programme s'appuie-t-il sur un programme déjà existant ayant montré son intérêt</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p>Si oui, fournir la ou les publications sur ce programme de référence</p>	
<p>Quelles sont les données d'efficacité disponibles (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente y compris qualitative, consensus professionnel) sur lesquelles les professionnels vont s'appuyer pour la construction du programme ? préciser</p>	
<p>II.4. Déploiement du programme</p>	
<p>Combien de patients IC le porteur de programme prévoit-il d'intégrer dans le programme ?</p>	<p>La première année de déploiement, nb :</p> <p>La 2^{ème} année de déploiement, nb :</p> <p>La 3^{ème} année de déploiement, nb :</p>
<p>Préciser les zones de territoire de proximité qui seront concernées par le programme (Nord, Est, Ouest, etc.) en fonction des années</p>	<p>2027 :</p> <p>2028 :</p> <p>2029 :</p> <p>2030 :</p>
<p>Le porteur de projet a-t-il passé convention avec d'autres structures (association, établissement de santé) ou prévoit-il de le faire pour déployer le programme sur l'ensemble du territoire de la Réunion ?</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p>Si oui, fournir ces conventions/ engagements de coopération ou précisez avec quelles structures des conventions sont prévues ?</p>	

II.5. Contenu et fonctionnement du programme	
Quelle est la durée prévisionnelle du programme envisagée pour un patient ? Préciser la durée (en mois ou en semaines), le nombre de séances prévues, leur fréquence	
Quelles sont les modes d'entrée du programme envisagés ? Cocher la ou les réponses vous correspondant	<input type="checkbox"/> adressage par un médecin cardiologue <input type="checkbox"/> adressage par tout type de médecin <input type="checkbox"/> adressage par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> demande pouvant être effectuée par le patient lui-même si en ALD pour IC <input type="checkbox"/> Autres modes d'entrée, préciser :
Décrire les modalités de coordination avec le médecin traitant du patient inclus dans le programme	
Décrire les modalités de recueil du consentement du patient à son entrée dans le programme	
Fournir en pièce jointe le BEP qui sera utilisé pour le programme d'ETP	
Fournir en pièce jointe le BEF qui sera utilisé	
Combien de séances collectives le programme envisage-t-il ? Préciser le nb	nb total de séances collectives : Eventuellement nb de séances socles : nb de séances optionnelles :
Décrire pour chaque séance collective :	
Séance N°1	
Intitulé de la séance	
Objectifs de cette séance	
S'agit-il pour cette séance d'objectifs (cocher la bonne réponse)	<input type="checkbox"/> D'acquisition et maintien par le patient de compétences d'autosoins <input type="checkbox"/> D'acquisition de compétences dites de sécurité qui visent à sauvegarder la vie du patient <input type="checkbox"/> De mobilisation ou acquisition de compétences d'adaptation (transfert de compétences dans la vie

	quotidienne, de comportements d'adaptation, d'adhésion aux traitements, de changements à apporter au mode de vie)
Citer les outils d'animation envisagés pour l'animation de la séance	
Durée prévue pour la séance	
Par quels types de professionnels cette séance sera-t-elle animée ? Préciser	
Séance N°2	
Intitulé de la séance	
Objectifs de cette séance	
S'agit-il pour cette séance d'objectifs (cocher la bonne réponse)	<input type="checkbox"/> D'acquisition et maintien par le patient de compétences d'autosoins <input type="checkbox"/> D'acquisition de compétences dites de sécurité qui visent à sauvegarder la vie du patient <input type="checkbox"/> De mobilisation ou acquisition de compétences d'adaptation (transfert de compétences dans la vie quotidienne, de comportements d'adaptation, d'adhésion aux traitements, de changements à apporter au mode de vie)
Citer les outils d'animation envisagés pour l'animation de la séance	
Durée prévue pour la séance	
Par quels types de professionnels cette séance sera-t-elle animée ? Préciser	
Séance N°3 etc. (insérer de nouvelles lignes si besoin)	
Les séances individuelles hors BEP et BEF	
Une ou des séances individuelles sont-elles prévues ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez si elles sont	<input type="checkbox"/> Systématiques <input type="checkbox"/> En fonction des besoins des patients
Si elles ne sont qu'en fonction des besoins des patients, précisez les particularités des patients justifiant des adaptations du programme	
Actions en faveur de l'entourage du patient	
Prévoyez-vous une ou des actions pour le ou les proches aidants ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, décrire la ou les actions envisagées ?	
Place des usagers en tant qu'intervenant	

<p>Le porteur de projet a-t-il prévu l'intervention d'un patient « expert » à divers stades du programme d'ETP ? Cocher les bonnes réponses</p>	<p>Lors de la conception du programme, <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lors de certaines séances, <input checked="" type="checkbox"/> Individuelles <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> Collectives <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lors de l'évaluation du programme annuelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lors de l'évaluation quadriennale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
Dossier d'éducation thérapeutique	
<p>Sous quelle forme est prévu le dossier d'éducation thérapeutique ?</p>	<p><input type="checkbox"/> support papier <input type="checkbox"/> support informatique</p>
Fin du programme d'ETP	
<p>Lorsque le patient a finalisé son programme d'ETP, décrivez comment vous envisagez la coordination avec les divers acteurs (médecins, infirmiers, etc.) qui sont chargés de renforcer l'éducation thérapeutique du patient par des actions d'accompagnement éducatif, en plus du programme d'ETP ?</p>	
II.6. Evaluation du programme	
<p>Décrire les indicateurs d'évaluation de l'activité du programme envisagés (file active, nb de séances, etc.)</p>	
<p>Décrire les indicateurs d'évaluation globale de suivi du déroulement du programme envisagés</p>	
<p>Fournir la liste des effets du programme sur les patients que vous prévoyez d'évaluer Citer les échelles de mesure que vous prévoyez d'utiliser</p>	
<p>Comment envisagez-vous les modalités de mise à disposition des rapports d'auto-évaluation du programme aux patients, à leur entourage et aux intervenants du programme comme aux intervenants</p>	

dans le parcours de soins des patients ?	
--	--

IX. ENGAGEMENTS

En cas de suspension des actions, le bénéficiaire s'engage à informer l'ARS par écrit dans un délai de 30 jours.

Le représentant légal de la structure :

- certifie exactes les informations du présent dossier ;
- s'engage à [joindre une lettre d'engagement de l'établissement à ce dossier](#) ;
- s'engage à respecter la réglementation sur les programmes d'ETP ;
- veille s'il représente un établissement de santé à ce que le programme d'ETP se déploie en dehors de séjours valorisés par la T2A.
- a pris en connaissance des nouvelles modalités de financement des programmes d'ETP par l'ARS de la Réunion qui s'appliquent à compter du 1er janvier 2026.

Fait leà.....

Nom et signature du représentant légal de la structure

Liste des pièces jointes annexées au dossier de réponse à préciser	
--	--

