



## Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés

- 2019 -

Madame, Monsieur, Docteur,

Dans le cadre de l'enquête d'activité des programmes d'ETP 2019, nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire suivant **avant le 14 février 2020**, délai de rigueur.

La réponse aux questions avec une " \* " est obligatoire. Attention, pour les données chiffrées, toutes les cases sont à remplir. Indiquez "0" le cas échéant.

**Bon à savoir** : Tant que vos réponses ne sont pas validées, il vous est encore possible de les modifier. Vous pouvez quitter le questionnaire à tout moment (*croix rouge en haut à droite*). Vous retrouverez vos réponses à votre prochaine connexion.

Pour toute question ou de difficulté, n'hésitez pas à contacter Sophie Zimmermann au 03.83.39.79.81.

*L'équipe ETP Grand Est*

Suivant

**Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés - 2019 -**

Intitulé du programme : #

Numéro de  
dossier #

Thématique du programme :#

*Si changement, merci de préciser:*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète                                 | <input type="checkbox"/> Maladies rares               |
| <input type="checkbox"/> Obésité                                 | <input type="checkbox"/> Maladies respiratoires       |
| <input type="checkbox"/> Maladies infectieuses chroniques        | <input type="checkbox"/> Maladies rhumatologiques     |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale                     | <input type="checkbox"/> Psychiatrie                  |
| <input type="checkbox"/> Maladies Cardio-vasculaires sauf AVC    | <input type="checkbox"/> Cancers                      |
| <input type="checkbox"/> Maladies neurologiques                  | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral |
| <input type="checkbox"/> Maladies système digestif (hors cancer) | <input type="checkbox"/> Autres maladies              |



Précédent

#%#

Suivant

**Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés - 2019 -**

## Description du programme

Nom et prénom du coordonnateur : #

*Si changement, précisez:* 

Fonction du coordonnateur : #

*Si changement, précisez:* Le programme ETP était il actif en 2019 ? \*  Oui  Non*Si oui, précisez les lieux de mise en oeuvre du programme\* (communes où ont lieu les ateliers):**Si non, merci de préciser les motifs\*:*

Précédent

#%#

Suivant

**Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés - 2019 -**

## Coordonnées du promoteur

Structure porteuse: #

*Si changement, précisez :*

Type de structure\* :

- Maison de santé pluridisciplinaire  
 Réseau de santé  
 Etablissement sanitaire  
 Caisse de sécurité sociale (CNAMTS, MSA..)  
 Association

Autre :

*Si établissement sanitaire, merci de préciser\*:*

- MCO  
 SSR  
 Psychiatrie

*Si changement, précisez :*

Adresse : #

Adresse mail de la structure : #

*Si changement, précisez :*

Précédent

#%#

Suivant

## Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés - 2019 -

### Coordonnées du promoteur

Nom de la personne ayant renseigné le questionnaire\* :

Cette personne sera la personne contactée par l'ARS en cas de demande de précisions sur le présent bilan d'activité.

Fonction\* :

Adresse mail\* :

Numéro de téléphone\* :

Précédent

#%#

Suivant

## Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés - 2019 -

### Bilan d'activité - Patients

#### Au cours de l'année 2019

*Attention, toutes les cases sont à remplir. Indiquez "0" si non concerné*

Nombre de patients ayant bénéficié d'une des étapes du programme d'ETP en 2019 quelle que soit l'année d'inclusion (Diagnostic éducatif, atelier(s) ou évaluation) \*



Nombre de patients ayant abandonné le programme en 2019 \* :

Motifs d'abandon :



définitions  
des termes

Précédent

#%#

Suivant

## Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés - 2019 -

### Bilan d'activité - Patients

#### Au cours de l'année 2019

*Attention, toutes les cases sont à remplir. Indiquez "0" si non concerné*

Nombre de patients ayant bénéficié d'un **DE** en 2019 au cours d'une hospitalisation (HC, HDS, HDJ) \* :

Nombre de patients ayant bénéficié d'un **DE** en 2019 en dehors d'une hospitalisation \* :   
#

Nombre de patients de moins de 16 ans ayant bénéficié d'un **DE** en 2019 \* :

Nombre de patients de 16 à 65 ans ayant bénéficié d'un **DE** en 2019 \* :

Nombre de patients de plus de 65 ans ayant bénéficié d'un **DE** en 2019 \* :   
#

**Merci de veiller à la cohérence des données : Les deux totaux en violet doivent être égaux et correspondre au nombre exact de DE réalisés en 2019.**

*Les éventuels financements seront calculés sur cette base.*



définitions des termes

Précédent

#%#

Suivant

## Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés - 2019 -

### Bilan d'activité - Patients

Au cours de l'année 2019

*Attention, toutes les cases sont à remplir. Indiquez "0" si non concernés*

Nombre de patients ayant bénéficié d'une **évaluation individuelle** en 2019 au cours d'une hospitalisation (HC, HDS, HDJ) \* :

Nombre de patients ayant bénéficié d'une **évaluation individuelle** en 2019 en dehors d'une hospitalisation \* :



définitions  
des termes

Précédent

Suivant

## Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés - 2019 -

### Bilan d'activité - Activités éducatives

#### Au cours de l'année 2019

*attention, toutes les cases sont à remplir. Indiquez "0" si non concernés*

Nombre d'ateliers réalisés *	En individuel	En collectif	TOTAL
Incluant <b>uniquement</b> des patients <b>hospitalisés</b> (hospitalisation complète ou de jour)			#
Incluant <b>uniquement</b> des patients <b>non hospitalisés</b>			#
Incluant des patients hospitalisés <b>et</b> des patients non hospitalisés			#
<b>TOTAL</b>	#	#	#

Précédent

#%#

Suivant

## Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés - 2019 -

### Coordination avec le Médecin traitant et intervenants dans le programme

Adressez vous  **systématiquement**  au médecin traitant :

- La synthèse du  **diagnostic éducatif avec les objectifs retenus** \* :  Oui  Non
- La nature et le  **rythme des ateliers**  proposés\* :  Oui  Non
- Le résultat de l' **évaluation des compétences**  acquises par le patient\* :  Oui  Non

Nombre de personnes intervenant auprès des patients\* :



Parmi ces intervenants auprès des patients, combien sont formés à l'ETP\* :



Intervention d'un ou plusieurs patients\* :

Oui  Non

*Si oui, indiquez le nom de l'association de patients :*

*Si oui, précisez le rôle du ou des patients (plusieurs cases peuvent être cochées):*

- Aide à la conception et aux ajustements du programme
- Mise en oeuvre du programme - co-animation d'ateliers

*Si non, motifs de la non participation de l'association de patients:*

Précédent

##%

Suivant

## Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés - 2019 -

Si vous avez rencontré des difficultés lors de la mise en oeuvre du programme, merci de bien vouloir les préciser :	Précisions/remarques
<input type="checkbox"/> Disponibilité du personnel pour mettre en oeuvre le programme	
<input type="checkbox"/> Turn-over au sein de l'équipe ETP	
<input type="checkbox"/> Ressources: locaux, matériel, outils informatiques, de reporting, etc	
<input type="checkbox"/> Assiduité des patients	
<input type="checkbox"/> Horaires de l'ETP incompatibles avec une activité professionnelle	
<input type="checkbox"/> Distance entre domicile patient et lieux de mise en oeuvre ETP	
<input type="checkbox"/> Difficultés linguistiques/culturelles	
<input type="checkbox"/> Financement	
Autre :	
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

Précédent

##%

Suivant

## Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés - 2019 -

### Précisions et évolutions du programme

Si vous souhaitez apporter des précisions sur la réalisation de votre programme ETP, merci de bien vouloir l'indiquer ici:

Evolutions par rapport à la dernière autorisation (changement de coordonnateur, modification de l'équipe, des lieux de mises en oeuvre, des ateliers...etc.):

Précédent

###

Suivant

## Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés

- 2018 -

L'équipe ETP vous remercie d'avoir rempli ce questionnaire.

### IMPRESSION

**Pour imprimer ce rapport cliquez sur le bouton ci dessous:**  
*(pensez à imprimer le rapport avant validation, celui-ci n'étant plus accessible après)*



### VALIDATION

**N'oubliez pas de valider vos réponses avant le 14 février 2020 afin qu'elles soient bien prises en compte par l'ARS**

**Pour valider vos réponses, cliquez sur le bouton ci-dessous**  
*(attention, après validation il ne sera plus possible de modifier vos réponses)*

Précédent





## Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés

- 2019 -

Madame, Monsieur, Docteur,

Dans le cadre de l'enquête d'activité des programmes d'ETP 2019, nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire suivant **avant le 14 février 2020**, délai de rigueur.

La réponse aux questions avec une " \* " est obligatoire. Attention, pour les données chiffrées, toutes les cases sont à remplir. Indiquez "0" le cas échéant.

**Bon à savoir** : Tant que vos réponses ne sont pas validées, il vous est encore possible de les modifier. Vous pouvez quitter le questionnaire à tout moment (*croix rouge en haut à droite*). Vous retrouverez vos réponses à votre prochaine connexion.

Pour toute question ou de difficulté, n'hésitez pas à contacter Sophie Zimmermann au 03.83.39.79.81.

*L'équipe ETP Grand Est*

Suivant

## Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés - 2019 -

Précédent

##

Suivant

## Bilan d'activité annuel des programmes d'ETP autorisés

- 2018 -

L'équipe ETP vous remercie d'avoir rempli ce questionnaire.

### IMPRESSION

**Pour imprimer ce rapport cliquez sur le bouton ci dessous:**  
*(pensez à imprimer le rapport avant validation, celui-ci n'étant plus accessible après)*



### VALIDATION

**N'oubliez pas de valider vos réponses avant le 14 février 2020 afin qu'elles soient bien prises en compte par l'ARS**

**Pour valider vos réponses, cliquez sur le bouton ci-dessous**  
*(attention, après validation il ne sera plus possible de modifier vos réponses)*

Précédent

