Evaluation finale du Projet Régional de Santé Rhône-Alpes 2012-2017

Rapport final

Mars 2017

Sommaire

1 Présentation du Projet Régional de Santé Rhône-Alpes 2012-2017 4

1.1 Historique 4

1.2 Contenu 5

1.3 Méthode d'élaboration 8

1.4 Dispositif de pilotage 9

1.5 Dispositif d'animation 9

1.6 Dispositif de suivi 11

2 Objectifs et méthode de l'évaluation finale 13

2.1 Enjeux de l'évaluation finale 13

2.2 Objectifs de l'évaluation finale 13

2.3 Questions évaluatives 13

2.4 Composition du Comité de pilotage de l'évaluation 14

3 Réponses aux questions évaluatives 15

3.1 Dans quelle mesure le PRS a-t-il contribué à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ? 15

3.2 Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis une meilleure coordination et articulation des liens existants entre santé et environnement ? 100

3.3 Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de mieux coordonner les acteurs de la santé au bénéfice des usagers ? 132

4 Conclusions et recommandations transversales 183

4.1 Eléments de contexte pour l'élaboration du PRS ARA 183

4.2 Recommandations transversales 187

4.3 Rappel de recommandations de l'évaluation intermédiaire 199

5 Annexes 201

5.1 Liste des personnes interrogées 201

5.2 Liste des territoires ciblés par les appels à candidatures 204

Statut du document

Ce document constitue le **rapport final de l'évaluation finale du Projet Régional de Santé Rhône-Alpes 2012-2017**.

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la seule responsabilité de leurs auteurs. Elles sont indépendantes du point de vue officiel des différentes institutions partenaires.

L'équipe d'évaluation tient à remercier l'ensemble des membres du comité de pilotage de l'évaluation pour la qualité des échanges lors des différentes réunions, ainsi que l'ensemble des personnes interrogées.

1 Présentation du Projet Régional de Santé Rhône-Alpes 2012-2017

1.1 Historique

Le Projet Régional de Santé (PRS) Rhône-Alpes a été arrêté le 29 novembre 2012 par décision du Directeur général de l'Agence Régional de Santé (ARS). Il a pris effet pour une durée de cinq ans à compter de sa publication au registre des actes administratifs le 30 novembre 2012.

Il détermine 18 Priorités en santé pour la région visant à :

- Développer des démarches préventives notamment en santé environnementale
- Faciliter l'accès à une offre en santé adaptée et efficiente
- Fluidifier les prises en charge et accompagnements

1.1.1 Un contexte institutionnel marqué par la création récente de l'ARS Rhône-Alpes au moment de sa rédaction, et de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes à la fin de sa mise en œuvre

Le PRS a ainsi constitué un exercice ambitieux, à conduire dans un premier temps, dans un contexte d'installation de l'ARS, caractérisé par un fonctionnement encore mouvant des services et une mise en place progressive des repères professionnels des agents. Par la suite, l'installation de l'ARS fusionnée Auvergne-Rhône-Alpes a une nouvelle fois profondément modifié le contexte d'intervention des agents en charge de la mise en œuvre du PRS sur sa deuxième année de déploiement.

Sur ses 5 ans de mise en œuvre, le PRS a été marqué par plusieurs mouvements de réorganisation de services, et un turn-over important au sein des agents en charge de la mise en œuvre des Priorités et actions. Ce turn-over est un facteur essentiel à prendre en compte pour expliquer le degré variable d'appropriation du PRS par les agents en charge de sa mise en œuvre, certains ayant du récupérer en cours de route des tâches sans bénéficier de l'historique, et donc du sens, des actions.

1.1.2 Un format encadré par des directives nationales

Le processus d'élaboration du PRS a été défini au niveau national et est composé de trois étapes :

- Elaboration du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), définissant à partir d'un état des lieux, les orientations de la région pour les 5 ans à venir,
- Elaboration des trois schémas régionaux d'organisation du système de santé : prévention, organisation médico-sociale, organisation des soins,
- Elaboration des programmes d'action (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins - PRAPS, PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie - PRIAC, Programme Régional Gestion des Risques, Programme régional Télémédecine, Programmes Territoriaux de Santé).

Ce cadrage national a conduit à la rédaction d'un document complexe, riche et ambitieux.

Conformément aux orientations nationales, l'élaboration du PRS a mobilisé à partir de 2010 la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), à travers la présentation d'élaboration du PSRS et du diagnostic initial. Après consultation, la CRSA a rendu un avis sur une première version du PSRS en mars 2011.

1.2 Contenu

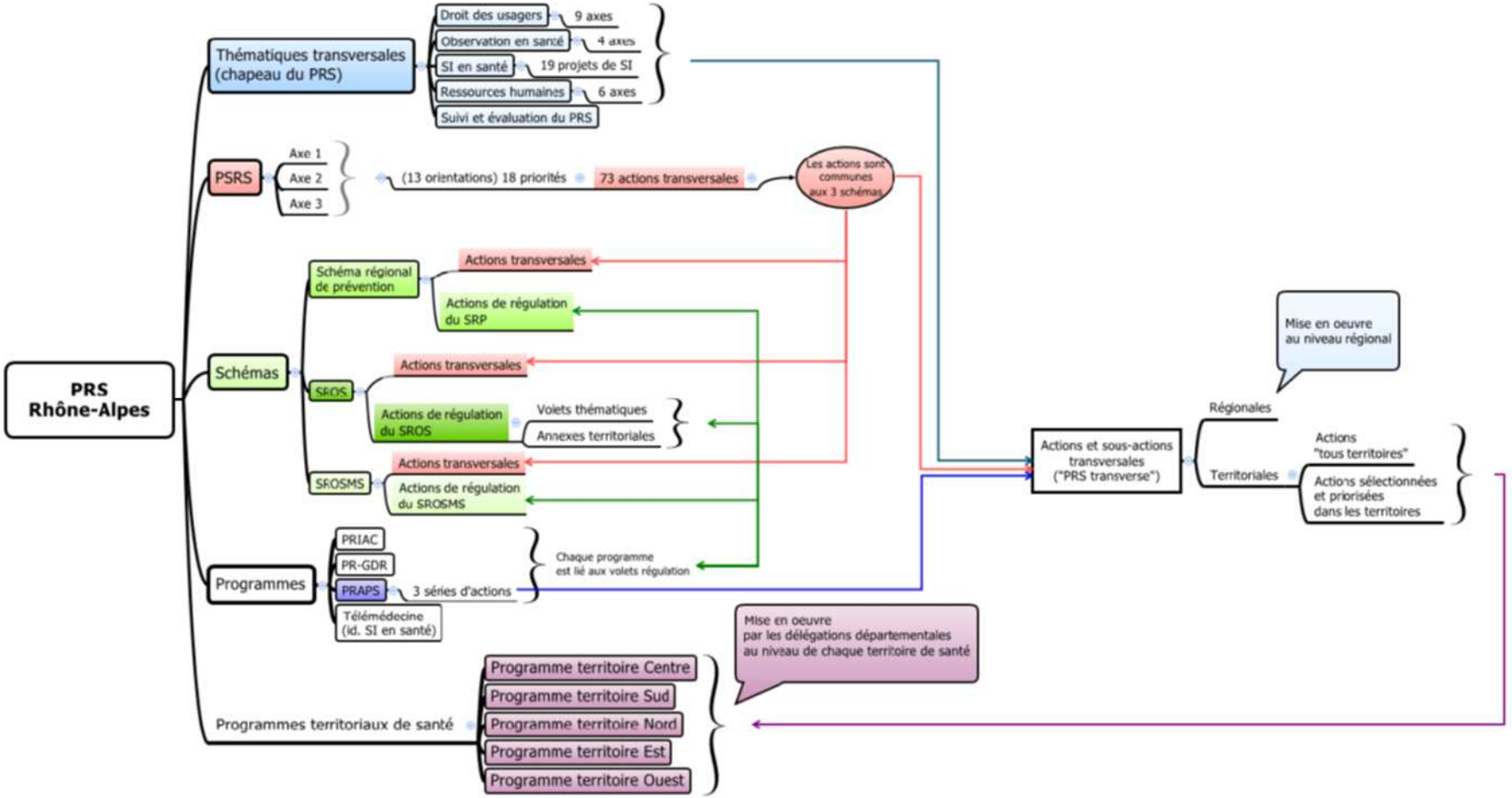
1.2.1 Un exercice ambitieux : couvrir les enjeux de santé publique au niveau régional

La volonté des rédacteurs du PRS était d'en faire un document-cadre pour l'ensemble des acteurs en charge de la santé publique en Rhône-Alpes, et non le document de mise en œuvre de la politique de l'ARS. Il avait donc vocation à être un ensemblier de l'action en santé publique au niveau régional. En cela, le PRS Rhône-Alpes décline bien l'ambition de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) qui consistait à développer une vision globale de la notion de « santé publique » et d'en confier la responsabilité aux Agences Régionales de Santé (ARS). Pour parvenir à cette vision globale, compétence a été donnée aux Agences sur l'ensemble des champs : prévention, soins de ville et hospitaliers, médico-social. Mission leur a été donnée d'assurer le décloisonnement entre ces champs, afin de remédier aux dysfonctionnements observés dans les parcours de prise en charge et d'accompagnement des usagers. Mission leur a été également donnée de s'attaquer aux inégalités de santé.

Le PRS se caractérise donc par un champ très large, traitant de thèmes partagés par de nombreux acteurs régionaux dans le cadre de leurs prérogatives institutionnelles propres. Cette ambition « globalisante », si elle est porteuse de sens en lien avec les notions de continuité de la prise en charge et de lutte contre les ruptures dans les parcours, était également un facteur de fragilité du PRS, car faisant fortement reposer le succès de sa mise en œuvre sur la volonté et les moyens des - nombreux - partenaires de l'ARS.

1.2.2 Un document complexe

Schéma global du PRS



Le schéma ci-dessus met en évidence le caractère complexe et composite du PRS Rhône-Alpes (induit par le cadrage national de la démarche de rédaction) avec :

- des thématiques transversales qui forment le dit « chapeau » du PRS
  - ✓ Droits des usagers
  - ✓ Observation en sante
  - ✓ Systèmes d'information en sante
  - ✓ Ressources humaines
  - ✓ Suivi et évaluation
- un ensemble composé du PSRS, de Schémas et de Programmes :
  - ✓ **pour le PSRS** : 17 Priorités (18 initialement) déclinées par un nombre divers d'actions (entre 1 et 10) et de sous-actions. Alors que certaines actions recouvrent des interventions très ponctuelles (exemple : 17.10. Soutenir la démarche de bientraitance en établissement par la mise à disposition d'un outil de pilotage auprès des établissements), d'autres se présentent avec un champ beaucoup plus vaste (exemple : 17.8. Repérer les ruptures de prise en charge).
  - ✓ **pour les Schémas** : afin de préserver et prolonger l'approche décloisonnée initiée pour définir les Priorités du PSRS, l'ARS Rhône-Alpes a opté pour un scénario dans lequel les 3 schémas comportent :
    - ➢ une partie identique recensant les actions transversales proposées pour décliner les 18 Priorités du PSRS,
    - ➢ et une partie spécifique à chacun reprenant les dispositifs de régulation de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale, ainsi que les domaines complémentaires pour le schéma régional de prévention.
  - ✓ pour les Programmes :
    - ➢ le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les populations en situation de précarité (PRAPS),
    - ➢ le PRogramme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),
    - ➢ le Programme Régional de Gestion du Risque (PRGDR),
    - ➢ le Programme Régional Télémédecine.
- des déclinaisons du PRS au niveau des Territoires de santé, nommés « Programmes territoriaux de santé ».

1.3 Méthode d'élaboration

1.3.1 Une phase préliminaire d'élaboration d'un diagnostic régional, puis un exercice de priorisation des enjeux

La rédaction du PRS est réputée résulter d'un diagnostic précis sur les difficultés rencontrées par les rhônalpins en matière de santé. Ainsi, un diagnostic a été réalisé, constituant la première partie du PSRS, construit en partenariat avec l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) et grâce aux apports formulés à l'occasion des concertations menées avec des acteurs de terrain. Ce diagnostic complet a été mené de septembre à novembre 2010 et a mobilisé 9 professionnels au sein de l'ORS et une équipe interne dédiée de 12 personnes à l'ARS.

Au terme du diagnostic, ont été repérés environ 40 objectifs d'amélioration du fonctionnement du système de santé en région. Un exercice de « priorisation » a ensuite été effectué « au regard de l'ampleur et de la sévérité des problèmes identifiés d'une part, et de l'efficacité et la faisabilité des solutions proposées d'autre part » (PSRS, p. 11).

Le choix a été fait en Rhône-Alpes d'impliquer fortement la CRSA dans l'ensemble des étapes de déploiement du PRS, y compris sa rédaction. Les grands axes du projet de Plan stratégique régional de santé ont été présentés en Commission permanente et en plénière de la CRSA dès la fin de l'année 2010. Le 8 mars 2011, le Directeur général de l'ARS a transmis à la Présidente de la CRSA un document préfigurant le PSRS. Cette instance a rendu, le 19 avril 2011, un avis qui mettait en exergue de nombreux points de convergence.

1.3.2 L'élaboration de Programmes Territoriaux de Santé

L'ARS Rhône-Alpes a souhaité que les Territoires de santé se dotent d'un programme territorial de santé (PTS), comme la Loi HPST en offrait l'opportunité. Les programmes territoriaux sont, dans le Territoire de santé, un outil dynamique de déclinaison opérationnelle des Priorités du PSRS et des actions associées. Ils doivent participer, dans le champ de la santé, à la réduction des inégalités sociales et territoriales ; faciliter la coordination des acteurs institutionnels ; et amplifier les coopérations entre les opérateurs de santé.

Chaque Conférence de territoire a eu une présentation de l'ensemble des documents de travail du PRS. Les Programmes Territoriaux de Santé ont ensuite été construits à partir d'un programme cadre recensant les actions potentielles tirées de la déclinaison des Priorités du PSRS au sein des schémas régionaux. Les délégations territoriales concernées par chaque Territoire de santé ont réalisé une première sélection des actions et sous-actions qui leur apparaissaient pertinentes à travailler à la dimension du territoire. Ces propositions d'actions et de sous-actions ont ensuite été travaillées au sein du Bureau de la Conférence de territoire. Ces travaux ont permis de dégager les actions qui apparaissaient prioritaires sur la base des indicateurs d'état de santé de la population du territoire, mais aussi sur le partage de préoccupations communes en matière de santé publique

L'élaboration des Programmes Territoriaux de Santé a été fondée sur la coexistence de deux catégories d'actions :

- des actions « tout territoire », faisant partie intégrante de chaque programme de territoire et mises en œuvre et/ou suivies au niveau de chaque territoire,
- des actions priorisées au niveau du Territoire de santé, spécifiquement sélectionnées par la Conférence de territoire.

1.4 Dispositif de pilotage

1.4.1 La DSPRO (Direction de la stratégie et des projets) de l'ARS au cœur du pilotage du PRS

Au sein de la DSPRO (Direction de la stratégie et des projets) de l'ARS, 5 personnes formaient l'équipe d'appui technique au PRS, jusqu'à la fusion des ARS Auvergne et Rhône-Alpes.

L'avancement du PRS et ses réorientations éventuelles ont par ailleurs été discutés dans le cadre d'un Comité qui s'est réuni à échéances régulières.

1.4.2 Une place importante occupée par la CRSA pour l'expression des usagers, le suivi de la mise en œuvre du PRS et son évaluation

La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges au sein desquels sont notamment représentés les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'ARS, les représentants des Conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux ainsi que les organismes de protection sociale.

La CRSA joue un rôle d'organisme consultatif et concourt par ses avis à la politique régionale de santé. Ainsi, elle définit et évalue des objectifs régionaux de santé publique en intégrant le domaine des soins en ville et à l'hôpital ainsi que le champ du médico-social.

Tout au long du PRS, elle a porté la parole des usagers, fait valoir leurs besoins et leurs attentes dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre du PRS. Elle a notamment assuré la prise en compte des deux volets que sont la prévention/promotion de la santé et la santé-environnement

La CRSA, par les débats qu'elle a organisés régulièrement[1], a donné la parole aux usagers.

1.5 Dispositif d'animation

Le dispositif d'animation a été initialement conçu pour faire face à la complexité du PRS, impliquer de manière transversale les différentes Directions Métier, et permettre au PRS d'être perçu et utilisé en

[1] « L'espérance de vie, c'est pour qui ? Comment réduire le nombre de décès avant 65 ans ? » en 2011 et « Du bon usage du système de santé. Ça déborde aux urgences ! Que pouvons-nous faire ? » en 2013

lien direct avec la répartition des missions de chacun, à la fois comme le prolongement naturel de ses missions et comme le référentiel devant servir de cadre d'intervention.

1.5.1 Au niveau du Siège de l'ARS : une multiplicité de niveaux d'animation

1.5.1.1 Le coordonnateur de Priorité

Le coordonnateur de Priorité recense les points d'étape des actions et s'assure de l'avancement des actions auprès des responsables d'action. A ce titre, il joue un rôle de remontée de l'information entre l'échelon opérationnel et le comité technique du PRS.

Le coordonnateur de Priorité est également le garant du caractère transversal des Priorités du PRS. L'implication des 3 Directions métiers et de leurs différents services dans la mise en œuvre d'actions au sein d'une même Priorité nécessite une organisation en « mode projet », le coordonnateur de Priorité assumant à ce titre le rôle de « chef de projet ».

1.5.1.2 Le responsable d'action

Comme son nom l'indique, le responsable d'action a pour mission de veiller au bon avancement des actions qui lui ont été attribuées, via la mise en œuvre des sous-actions correspondantes. Une Priorité fonctionne avec différents responsables d'action (sauf la Priorité 1, mono-action).

1.5.2 Au niveau infrarégional : un dispositif d'animation partagé entre les coordonnateurs des Territoires de santé (TS), les Conférences de Territoire et les Délégations Départementales

A chaque Territoire de santé correspondait jusqu'à fin 2016 une Conférence de territoire. Instance consultative, la Conférence de territoire, qui a vocation à être un rouage important de la démocratie sanitaire en permettant que se développe dans chaque territoire un débat de qualité sur les choix et les décisions qui le concernent. Les conférences de territoires sont composées chacune de 50 membres titulaires au maximum, répartis en 11 collèges représentant les acteurs de la santé. Elles ont pour mission d'aider à identifier les besoins du Territoire de santé et à déterminer les actions prioritaires à mettre en œuvre, pour y répondre. Les conférences de territoire, présentes dans chacun des 5 Territoires de santé définis en Rhône-Alpes, devaient contribuer à mettre en cohérence les projets de santé de territoire avec le PRS et les programmes nationaux de santé.

Il était prévu que les Conférences de territoire puissent, en prenant appui sur les outils de l'animation territoriale (outils de coordination, de collaboration), contribuer à faire émerger des projets et des initiatives allant dans le sens d'une amélioration de l'état de santé de la population et d'un meilleur accès aux soins, et qui soient mis en œuvre dans le cadre du PRS.

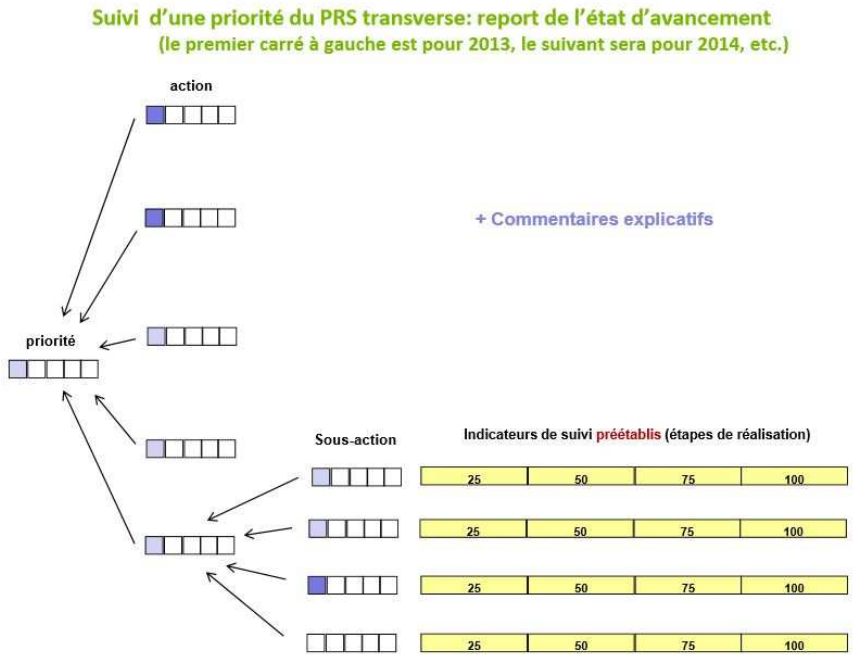
Un coordonnateur a été désigné pour chaque Territoire de santé et est responsable du bon avancement de la mise en œuvre du PTS. En fonction des périmètres des Territoires de santé et des choix locaux, l'animation du PTS est organisée différemment, dans la manière dont les Délégations départementales sont mobilisées :

- Sur le Territoire de santé Sud, la coordonnatrice du TS est également Déléguée départementale de l'Ardèche et de la Drôme. L'adjointe à la Déléguée Départementale de la Drôme assure le suivi transversal et l'animation du PTS Sud.
- Sur le Territoire de santé Centre, le Délégué départemental du Rhône assure le rôle de Coordinateur du TS. Il n'y a pas eu de désignation d'un agent pour assurer opérationnellement l'animation du TS Centre.
- Sur le Territoire de santé Nord, la coordination est assurée par le Délégué départemental de l'Ain. Il n'y a pas eu de désignation d'un agent pour assurer opérationnellement l'animation du TS Nord.
- Sur le Territoire de santé Est, la coordination est assurée par le Délégué départemental de l'Isère. Une équipe s'est constituée autour des Chefs de pôles.
- Sur le Territoire de santé Ouest, la coordination est assurée par le Délégué départemental de la Loire. Le Délégué départemental mobilise les Chefs de pôles en fonction des priorités.

Au global, il ressort un relatif essoufflement des conférences de territoire dans la durée. Dans certains territoires, la mise en place d'un groupe resserré (bureau, conférence restreinte) a pu permettre de maintenir une certaine dynamique, du moins, avec un premier cercle d'acteurs.

1.6 Dispositif de suivi

Afin d'assurer le suivi de l'avancement des Priorités du PRS, pour chaque sous-action, un indicateur a été rédigé. Ces indicateurs de suivi correspondent aux étapes de réalisation de la sous-action. 4 étapes possibles (dites « jalons ») sont considérées : 25% (de la sous-action est considéré comme réalisé lorsque…), 50%,75% et 100%. Pour les actions qui ont démarré, mais n'ont pas encore atteint la première étape, l'indicateur est noté < 25%.



FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF DE SUIVI DU PRS

En termes d'outils, l'atteinte de ces jalons est suivie au sein d'un fichier Excel spécifique. Il est prévu que ces jalons soient accompagnés de commentaires rédigés par les coordonnateurs de Priorité, sur la base des informations remontées par les responsables d'actions, devant permettre de contextualiser et de nuancer l'avancement au-delà de l'indication donnée par les pourcentages. A noter que les valeurs atteintes par ces indicateurs d'avancement sont en effet à interpréter avec précautions, et ne doivent pas être analysées sans prise en compte des commentaires qualitatifs qui les accompagnent.

Pour les sous-actions déclinées territorialement, le suivi de l'avancement se fait à l'échelle des Territoires de santé, les coordonnateurs des TS étant censés faire remonter les informations auprès des responsables d'actions.

Au minimum une fois par an, chaque Conférence de territoire est censée débattre en séance plénière sur la base du plan d'actions pluriannuel qui a été préalablement mis à jour par l'équipe-projet territoriale. Le suivi du Programme Territorial de Santé se fait dans le cadre des réunions de Bureau et des séances plénières de la Conférence de territoire.

Le PRS dispose par ailleurs d'un site internet dédié (www.prs-rhonealpes.fr), complété par un espace collaboratif « SharePoint » permettant de mettre à disposition d'un large panel d'acteurs les informations relatives au contenu et à l'évolution du PRS. Bien que ces outils ne soient pas utilisés de manière optimale, en raison notamment d'un caractère assez peu convivial, ils constituent l'aboutissement d'un travail important de réflexion sur la mise à disposition d'informations avec une volonté d'ouverture large vers les partenaires externes à l'ARS.

2 Objectifs et méthode de l'évaluation finale

L'ARS Rhône-Alpes a décidé la production d'une évaluation en 2 étapes : une évaluation intermédiaire à 3 ans et une évaluation finale à échéance du PRS, objet du présent rapport.

2.1 Enjeux de l'évaluation finale

La présente évaluation doit permettre de tirer des enseignements stratégiques, opérationnels, financiers pour préparer le futur PRS qui concernera la nouvelle région fusionnée Auvergne-Rhône-Alpes.

Elle constitue également un temps favorisant la prise de recul des acteurs en charge de la mise en œuvre du PRS et la mobilisation autour du futur PRS.

2.2 Objectifs de l'évaluation finale

L'évaluation finale a pour objectifs :

- de fournir des éléments quantitatifs et qualitatifs décrivant et expliquant le degré d'avancement du PRS à son terme,
- d'analyser les éléments de changement des fonctionnements internes et du décloisonnement des acteurs de l'ensemble du champ de la santé grâce au PRS, et d'analyser la performance du partenariat développé autour du PRS,
- d'analyser le rôle de régulation de la démocratie sanitaire et de mettre en évidence en quoi les instances de démocratie sanitaire ont permis aux usagers de se retrouver dans le PRS.

2.3 Questions évaluatives

Il a été proposé au comité de pilotage de l'évaluation de repartir des constats du diagnostic initial du PRS afin de sélectionner les questions évaluatives autour des enjeux prioritaires du PRS :

- Des inégalités territoriales et socio-économiques dans l'accès à la santé,
- Une mortalité évitable (c'est-à-dire la mortalité prématurée due aux comportements individuels) relativement forte,
- Des ruptures dans la continuité des prises en charge et dans l'accompagnement des usagers du système de santé,
- Des risques sanitaires forts, spécifiquement liés à l'environnement.

Par ailleurs, il a été proposé de traiter deux thématiques chapeaux du PRS de manière transversale :

- Les droits des usagers du système de santé,
- L'observation en santé (telle qu'elle a été mobilisée et utilisée dans le cadre de la mise en œuvre du PRS).

Au final, le comité de pilotage de l'évaluation a retenu 3 questions évaluatives générales et une question évaluative transversale.

Questions évaluatives générales :

1. **Dans quelle mesure le PRS a-t-il contribué à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?**
2. **Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis une meilleure coordination et articulation des liens existants entre santé et environnement ?**
3. **Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de mieux coordonner les acteurs de la santé au bénéfice des usagers ?**

Question évaluative transversale :

4. **Dans quelle mesure les grands principes méthodologiques et organisationnels choisis pour le PRS ont-ils contribué à l'atteinte des objectifs ?**
    - Quels sont les comités et les modes de coordination partenariaux les plus efficaces dans la mise en œuvre du PRS ?
    - Dans quelle mesure la démocratie sanitaire a-t-elle réussit à s'ancrer aux différents niveaux d'élaboration et de mise en œuvre du PRS ?

2.4 Composition du Comité de pilotage de l'évaluation

Un comité de pilotage de l'évaluation a été créé, instance composée à parité d'agents de l'ARS désignés par le comité technique ARS ainsi que des membres désignés par la CRSA. Sa composition figure en annexe au présent document.

Note sur les limites de l'exercice d'évaluation finale du PRS

Le travail d'évaluation ne peut échapper à certaines limites, intrinsèques à la méthode choisie et à la mise en œuvre de cet exercice :

- le contexte de fusion des régions Auvergne et Rhône-Alpes, qui concentre les efforts des agents de l'ARS sur l'adaptation à la nouvelle organisation, et qui accentue le décalage entre le PRS tel qu'il a été conçu et l'actualité du fonctionnement de la nouvelle ARS
- le déploiement d'une méthode d'évaluation sur un champ voulu restreint, mais qui n'échappe pas à la nécessité d'adresser un périmètre encore large, pour rendre compte de l'ampleur des réalisations à l'échelle des questions évaluatives retenues,
- comme pour l'évaluation intermédiaire, la difficulté à mobiliser certains interlocuteurs sur un échange autour du PRS, un certain nombre d'acteurs locaux et régionaux externes à l'ARS n'ayant pas de vision très précise du contenu du PRS.

3 Réponses aux questions évaluatives

3.1 Dans quelle mesure le PRS a-t-il contribué à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

3.1.1 Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de toucher des publics traditionnellement éloignés de l'offre de prévention (précarité socio-économique, perte d'autonomie, « zones blanches » ou territoires éloignés de l'offre de prévention) ?

Eléments de cadrage de la question

Les critères de jugement retenus sont :

- Mise en œuvre effective d'une méthode et d'actions visant à toucher des publics traditionnellement éloignés de l'offre de prévention.
- Capacité à cibler et atteindre les publics « traditionnellement éloignés de l'offre de prévention » via l'approche par appels à candidatures/projets lancés par l'ARS Rhône-Alpes
- Capacité à mobiliser les acteurs autour de l'enjeu de toucher des publics traditionnellement éloignés de l'offre de prévention

Champ du PRS concerné

Le comité de pilotage de l'évaluation a souhaité mettre l'accent sur les appels à projets, afin de répondre à cette sous-question évaluative sur la capacité de toucher des publics traditionnellement éloignés de l'offre de prévention (précarité socio-économique, perte d'autonomie, « zones blanches » ou territoires éloignés de l'offre de prévention). Ce choix s'explique par le fait que cette modalité d'intervention a été jugée particulièrement pertinente dans le cadre du PRS afin d'assurer un degré élevé de mobilisation des acteurs sur les actions de prévention en direction de publics éloignés de l'offre de prévention.

Extrait du Schéma régional de prévention (SRP) :

Renforcement du partenariat avec les acteurs locaux de prévention : de l'appel à projets à la contractualisation. Les actions de prévention, en particulier les actions d'éducation pour la santé, sont effectuées pour la majorité par le milieu associatif. Ces actions sont financées chaque année par des crédits de prévention provenant des diverses institutions ou collectivités territoriales impliquées dans la santé : ARS, direction de la Cohésion Sociale, direction des Services pénitentiaires, Conseil Régional, Conseils Généraux, Communes.

La création en 2004 des groupements régionaux de santé publique (GRSP) a permis d'amorcer une coordination de ces financements que la commission de coordination des politiques publiques de prévention a pour mission de poursuivre.

Le GRSP lançait chaque année un appel à projets pour les actions locales de prévention, dont la mise en œuvre devait contribuer à atteindre les objectifs définis par le plan régional de santé publique (PRSP).

En 2011 l'ARS Rhône-Alpes a réorienté l'appel à projets vers la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, en réalisant un cahier des charges pour les 5 thématiques les plus prégnantes dans la région : prévention des addictions, santé mentale, santé des populations en situation de précarité, prévention du VIH, nutrition et activité physique. Ce cahier des charges identifiait des populations et des territoires prioritaires. Le financement des actions pour 2011 s'est appuyé sur le respect de ce cahier des charges dans les domaines concernés.

A partir de 2012, l'ARS souhaite impulser une démarche de contractualisation avec plusieurs dizaines d'associations engagées dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Les contrats, conclus pour 3 ans, permettront aux structures de bénéficier d'une meilleure visibilité pour les années à venir et contribueront à l'atteinte des objectifs fixés par le schéma de prévention.

Par ailleurs, l'évaluation intermédiaire du PRS sur la priorité 15 faisait le constat que les « actions 1, 2 et 5 s'appuient fortement sur les acteurs de terrain au travers d'appels à projets ou de CPOM passés avec des villes et des associations. Cette approche permet de toucher une grande diversité d'acteurs, de développer une palette élargie d'actions et de toucher un très grand nombre de territoires. Par conséquent, la capacité d'intervenir sur l'ensemble des territoires de Rhône-Alpes dépend de la capacité des acteurs locaux à intervenir sur tous les territoires. Cette approche ne permet donc pas d'intervenir sur des « zones blanches » où le tissu associatif est faible et/ou les collectivités locales sont peu mobilisées sur les thématiques de la priorité 15. Pour pallier à ce problème, le choix a parfois été fait de soutenir le développement de coordinations régionales visant à animer, appuyer et coordonner les acteurs. Cette approche semble porter ses fruits mais nécessite du temps et pose la question de l'équilibre entre le soutien direct aux acteurs locaux et l'appui à des coordinations à l'échelle régionale ou locale ».

Au final, les travaux menés dans le cadre de l'évaluation finale du PRS ont porté sur les appels à projets suivants :

- **L'appel à candidatures « médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville » :**

L'appel à candidatures médiation santé a émergé lors d'un comité technique « santé précarité » de la Commission de Coordination des Politiques publiques dans le champ de la prévention (CCPP prévention), rassemblant un large éventail de partenaires (cohésion sociale, PJJ, Conseils départementaux, Villes …). Partant du constat d'un manque et d'une raréfaction de dispositifs sur les territoires, cet appel à candidature a pour objectif *« d'améliorer l'accès aux droits de santé, à la prévention, aux dépistages et aux soins des personnes résidant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ».* Plusieurs objectifs spécifiques sont déclinés dans le cahier des charges :

- faciliter le recours au droit commun et au système de santé des populations en situation d'exclusion ou de précarité,
- contribuer à l'autonomisation des usagers en difficulté dans les démarches de santé,
- les mobiliser sur des actions individuelles ou collectives en prévention et éducation pour la santé.

Le dispositif de médiation est vu comme un moyen de lutter contre le « non-recours » aux droits et aux soins, tout en répondant à une démarche globale de prévention en allant « au-devant » des personnes les plus démunies. Ainsi, au-delà de la mise en place des permanences d'accueil dans les quartiers, les médiateurs ont pour mission la mise en place d'actions collectives de prévention et promotion de la santé des personnes ciblées. En général, ces actions collectives sont conduites en partenariat avec d'autres acteurs.

« On vient pour pallier la carence d'autres dispositifs. L'Assurance maladie a fermé des centres de paiements, et en plus dans des zones précaires. Elle privilégie les contacts par internet, or, les publics politique de la ville sont loin d'utiliser tous internet »

Référent ARS

- **L'appel à candidatures « formations du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées » :**

Une étude menée dans la région Rhône-Alpes en 2007 par l'Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) auprès de 100 EHPAD avait révélé que le niveau de santé buccodentaire au sein des EHPAD était plus bas que pour le reste de la population.

« Un quart des personnes présentant un diabète ou une cardiopathie à risque d'endocardite infectieuse ou une prothèse articulaire avaient au moins un foyer infectieux en bouche », et « plus de la moitié des 745 résidents dentés examinés ne se brossaient pas quotidiennement les dents ».

Référent ARS

En s'adressant aux 30 filières gérontologiques de la région Rhône-Alpes, l'appel à candidature a pour objectif d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées résidant en EHPAD dans la région, ou des personnes âgées vivant à domicile et bénéficiant des prestations de SSIAD. Le cahier des charges précise deux objectifs spécifiques :

- Mettre en place auprès des EHPAD et des SSIAD une information des directeurs, des médecins coordonnateurs (pour les EHPAD), des cadres de santé ou infirmières coordinatrices sur les bénéfices d'une formation du personnel sur la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire au sein de leur établissement
- Mettre en place cette formation du personnel à la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées.

- **L'appel à candidatures « Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes » :**

Inscrit dans le cadre du schéma régional de prévention (rubrique spécifique du cancer), et lancé suite au constat depuis quelques années d'une stabilisation du taux de dépistage, voire d'une légère baisse[2], cet appel à candidatures a pour objectif général d'augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein en région et plus particulièrement celle des publics dits « moins participants » (publics

[2] En 2012, le taux de participation des femmes en Rhône-Alpes à la campagne de dépistage était de 55,1% (alors que les objectifs du Plan cancer 2009-2013 sont un taux de participation de 70%).

éloignés géographiquement ou socialement du système de soins). Plusieurs objectifs spécifiques sont déclinés dans le cahier des charges :

- Faire connaître le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein auprès de ces populations
- Faciliter l'accès au dépistage pour ces publics éloignés géographiquement, socialement ou culturellement des dispositifs de prévention
- Mobiliser ces publics autour d'actions individuelles ou collectives en prévention et éducation pour la santé.

Un dossier de presse régional avec un état des lieux sur le dépistage a été réalisé avant le lancement de l'AAP.

Point indicateur :

Evolution de la participation au dépistage du cancer du sein en Rhône-Alpes (population cible)

	2012	2014
Rhône-Alpes	54,9%	56,5%

Source : Schéma régional de Prévention Rhône-Alpes

- **L'appel à candidatures « P.A.C.A.P en Rhône-Alpes : Petite enfance, Alimentation, Corpulence et Activité Physique » :**

Suite au Plan National Nutrition Santé (PNNS), une politique nutritionnelle par la promotion d'une alimentation équilibrée a été impulsée. Néanmoins, après plusieurs années de mise en place de ce grand plan national, si le niveau d'obésité des enfants a baissé chez les ménages en CSP supérieures, il a en revanche augmenté dans les familles à bas revenus. L'appel à candidatures PACAP a pour objectif de « prévenir le surpoids et l'obésité dès le plus jeune âge en Rhône-Alpes, en contribuant à la réduction des inégalités sociales de santé dans ce domaine ». Plusieurs objectifs spécifiques sont déclinés dans l'appel à candidatures :

- Promouvoir une alimentation, une activité physique et des rythmes de vie favorables à la santé chez les enfants de 0-6 ans et de leur entourage
- Mobiliser la communauté socio-éducative et de santé en vue de porter un projet pérenne à l'échelle d'un territoire.

Pour cet appel à projet, l'ARS a été particulièrement demandeuse d'identifier des projets ou des méthodes visant à familiariser les enfants et leurs familles aux ressources saines de proximité (parc, maraîchers …).

- **L'appel à candidatures « prévention des chutes, alimentation, activité physique pour les personnes âgées à domicile » :**

L'une des 18 priorités de l'appel à candidatures est de « prévenir, retarder ou limiter les conséquences de la perte d'autonomie chez la personne âgée ». L'objectif général de cet appel à candidature (AAC)

vise à « augmenter l'espérance de vie en bonne santé de la personne de plus de 60 ans par la prévention des chutes, une activité physique régulière et une alimentation adaptée à l'avancée de l'âge ». Plusieurs objectifs spécifiques sont déclinés :

- Diminuer la prévalence des chutes chez la personne âgée en l'informant, en la sensibilisant, en lui faisant acquérir les compétences physiques pouvant influer sur l'équilibre et en proposant une intervention sur son environnement direct à domicile.
- Promouvoir la pratique régulière d'activités physiques adaptées à la personne âgée et favoriser le maintien de ces activités sur le long terme.
- Développer les compétences de la personne âgée sur ses besoins nutritionnels adaptés à son état de santé en favorisant une mise en pratique concrète en lien avec le plaisir alimentaire et l'aspect convivial des repas.

L'appel à candidatures visait des porteurs de projets proposant un programme global et comportant les trois modalités d'intervention suivantes : prévention des chutes, activité physique et alimentation.

Investigations conduites

- Analyse documentaire
- Enquête auprès des assistants de filières gérontologiques, avec quelques questions relatives à l'appel à candidatures sur la prévention bucco-dentaire en EHPAD
- Entretiens conduits :

Nom	Structure	Fonction
Jean-Louis Cotart	ARS ARA	Pôle Prévention et promotion de la santé, référent des appels à projets : Formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées et Prévention des chutes alimentation activité physique pour les personnes âgées à domicile
Sandrine Roussot-Carval	ARS ARA	Chargée de mission Prévention et Promotion de la santé, référente de l'appel à projet : P.A.C.A.P en Rhône Alpes : Petite enfance alimentation corpulence et activité physique
Fabienne Chambe	ARS ARA	Chargée de mission à la direction de la stratégie et des projets, référente de l'appel à projet : Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville
Aurélie Roux-Raquin	ARS ARA	Chargée de mission Prévention et Promotion de la santé, référente des appels à projets : Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes
Caroline Laurendon	SOHDEV	Directrice de l'association SOHDEV (opératrice de l'appel à projet : Formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées)
	UFSBD	Responsable de projet de l'association UFSBD (opératrice de l'appel à projet : Formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées)
Laurence Verdier	HSBD 42	Assistante de coordination RSBDH Territoire Ouest, Coordinatrice de l'association HSBD 42 (opératrice de l'appel à projet : Formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées)
Lydia Lescot	CCAS la Voulte-sur-Rhône	Chargée de mission promotion de la santé/ Pilote de l'Ordonnance visuelle au CCAS la Voulte-sur-Rhône (opérateur de l'appel à projet : Prévention des chutes alimentation activité physique pour les personnes âgées à domicile).
Jocelyne Chevalier	ODLC 38	Chargée de communication à l'ODLC 38 (opérateur de l'appel à projet : Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes).

Audrey Borne et une médiatrice	Association de lutte contre le sida et pour la santé sexuelle	Directrice et médiatrice de l'ALS (opératrice de l'appel à projet : Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville)
Isabelle Gamont	Ville de Grenoble	Cheffe de service Promotion de la santé de la ville de Grenoble (opératrice de l'appel à projet : Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville)
Anne Fontenas	Ville de Fontaine	Chargée d'études et des projets transversaux de la Mairie de Fontaine (opératrice de l'appel à projet : Prévention des chutes alimentation activité physique pour les personnes âgées à domicile)
Isabelle Darnis	ABC Diététique	Coordinatrice d'ABC Diététique (opérateur de l'appel à projet P.A.C.A.P en Rhône Alpes : Petite enfance alimentation corpulence et activité physique)
Sans réponse		
	Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth	Opératrice de l'appel à projet (Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en RA)
	Communauté de communes de Saint Marcelin	Opératrice de l'appel à projet (P.A.C.A.P en Rhône Alpes : Petite enfance alimentation corpulence et activité physique)

Résultat des investigations

Bilan des réalisations

Données d'avancement issues du système de suivi par jalons des Priorités du PRS - PRAPS chapitre 1 : Les habitants des quartiers prioritaires "Politique de la ville"

	Sous-action	Avancement
Action 2 : Les actions de prévention par l'alimentation et l'activité physique	c) Faciliter l'accès des habitants des quartiers prioritaires aux équipements sportifs et sociaux	**Jalon atteint : 75%** *A partir d'un état des lieux, l'ARS a participé au repérage des zones géographiques et/ou publics non encore couverts, et à la priorisation d'actions à développer ou à mener à partir de 2014 (possibilité de lancer des expérimentation).*

Le ciblage territorial des appels à candidatures

Parmi les publics ou territoires ciblés par les différents appels à candidature, les quartiers en politique de la ville, ou du moins les quartiers en situation de fragilité socio-économique, sont quasiment omniprésents (hormis pour l'appel à candidature bucco-dentaire en EHPAD et SSIAD). Pour ce faire, dans certains des appels à candidature, la notion de fragilité socio-économique a été élargie, sur la base de calculs bien précis. A titre d'exemple, pour l'appel à candidature (AAC) « Petite enfance, alimentation, corpulence et activité physique », en plus des territoires en quartier prioritaire de la politique de la ville tels qu'ils ont été définis dans le Décret n°2014-1750 du 30 décembre 2014, d'autres territoires étaient priorisés dans l'appel à candidature : « les communes classées défavorablement par

rapport à un indice de défavorisation / désavantage social conçu par l'INSERM ».[3] Un autre zonage spécifique a été mis en place pour l'AAC « prévention des chutes des personnes âgées ».

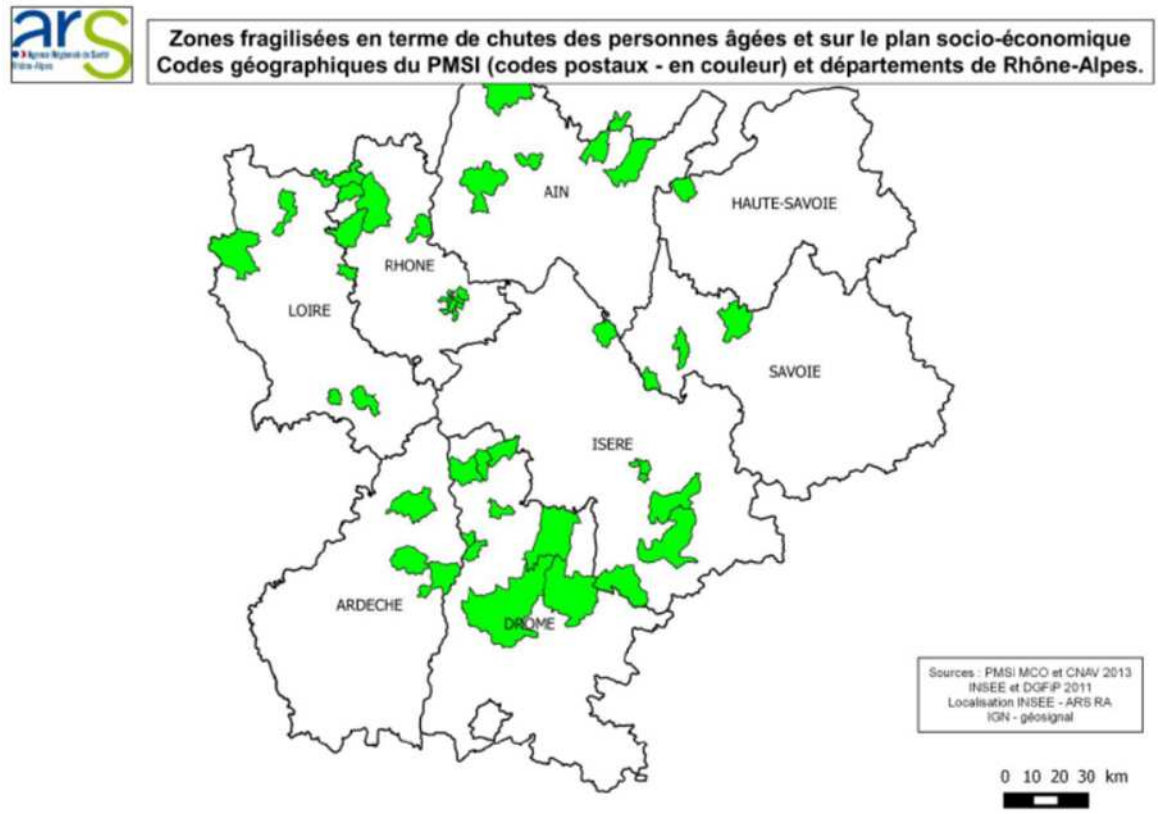


FIGURE 1 : LES TERRITOIRES CIBLES PAR L'APPEL A PROJET PREVENTION DES CHUTES ALIMENTATION

Un seul appel à candidature se base sur un calcul d'éloignement géographique (bien que les territoires fragiles socio-économiquement soient souvent, de fait, isolés et éloignés de l'offre de soins et de prévention) : celui sur le Dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), qui fait appel notamment à des opérateurs agissant dans des zones situées à plus de 30 minutes d'un cabinet de radiologie.

Seul l'appel à candidature sur l'hygiène bucco-dentaire cible des structures, et non des territoires fragiles. Il vise les filières gérontologiques pour piloter et déployer la formation, partant du principe que les filières représentent l'entrée la plus efficace et transversale sur les territoires qu'elles couvrent.

[3] L'indice FDep de défavorisation /désavantage social combine quatre variables : le revenu médian par ménage, le pourcentage de bacheliers dans la population de plus de 15 ans, le pourcentage d'ouvriers dans la population active et le taux de chômage. Il se base sur une méthode d'analyse des données (l'analyse en composante principale). Les dernières données disponibles datent du recensement 2009.

Tableau récapitulatif des territoires et populations ciblés par les appels à candidature

Appel à projet	Territoires ciblés	Populations ciblées
Formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées	Les territoires des filières gérontologiques	Personnel paramédical travaillant auprès des personnes âgées en EHPAD, et extension de l'appel à projet aux SSIAD en 2015, cadres de santé, infirmiers coordinateurs, infirmiers, aides-soignants
Prévention des chutes alimentation activité physique pour les personnes âgées à domicile	Zones fragilisées en terme de chutes des personnes âgées et sur le plan socio-économique, calculées sur : - Des critères démographiques et d'isolement social (soit des territoires où des nombreuses personnes âgées résidents) - Des critères socio-économiques (soit des territoires où les personnes âgées sont particulièrement touchées par des difficultés socio-économiques) - Des critères médicaux (soit des territoires où de nombreuses chutes chez les personnes âgées ont été recensées)	Population de plus de 60 ans, vivant à domicile de manière totalement autonome
Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes	- Quartiers politique de la ville - Zones situées à 30 minutes et plus d'un cabinet de radiologie	- Femmes issues des quartiers politique de la ville - Femmes résidant à 30 minutes et plus d'un cabinet de radiologie Ces critères permettent d'englober aussi bien le milieu rural que le milieu urbain.
Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville	Quartiers politique de la ville	Publics issus des quartiers politique de la ville
P.A.C.A.P (Petite enfance alimentation corpulence et activité physique)	Quartiers politique de la ville et / ou communes classées défavorablement par rapport à un indice de défavorisation/désavantage social	Enfant de 0 à 6 ans -et indirectement toutes les personnes de leur entourage

Des critères annexes liés à la réalité et l'intensité du partenariat local

En plus de critères de ciblage des publics, d'autres critères ont été ajoutés, en fonction des objectifs assignés à un financement, voire de l'historique de la conception de cet appel à candidature (AAC). La

plupart de ces critères annexes reposent sur des exigences relatives à l'implantation du projet dans le partenariat local. Pour l'appel à candidatures « médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville », le cahier des charges demandait qu'un portage, voire un suivi institutionnel de la structure soit mis en place, soit par le biais d'un portage actif ou seulement sous la forme d'un suivi plus distant, tel que la mise à disposition de locaux. En ce qui concerne l'AAC Prévention des chutes, l'ARS souhaitait que les porteurs de projets réalisent le ciblage des publics en lien avec les structures accompagnant les personnes âgées (CCAS notamment), sur la base de leur expertise locale des besoins des publics. Enfin, pour l'AAP « Petite enfance alimentation corpulence et activité physique », le choix des opérateurs était favorisé par leur présence sur des territoires sur lesquels étaient présents des acteurs locaux présentant une réelle volonté politique d'investir la question.

Un seul AAP, celui sur le Dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), souhaitait initialement exclure certains porteurs, en évitant un portage direct par les structures de dépistage organisé du cancer du sein, pour favoriser les structures associatives (en lien toutefois avec les structures de dépistage). Les structures de dépistage devraient pour leur part, jouer un rôle d'acteur central d'animation et de coordination territoriale. Néanmoins, certaines structures de dépistage ont tout de même répondu et ont été sélectionnées (à la condition d'être associées à des structures locales).

Une grande variété d'opérateurs

Si l'on retrouve des associations locales dans l'ensemble des appels à projets, une certaine diversité d'acteurs est représentée. Pour trois appels, des collectivités ont répondu et portent actuellement un projet. Cet investissement des collectivités (communes ou communautés de communes) était d'ailleurs attendu et apprécié par les référents ARS rencontrés.

Tableau récapitulatif des territoires et populations ciblés par les AAP

Types de structures	AAP médiation	AAP Dépistage organisé du cancer du sein	AAP prévention des chutes	AAP PACAP	AAP formation bucco-dentaire
Associations locales	X	X	X	X	X
Organisme public (hors collectivités)	X	X			
Réseaux de santé			X		X
Collectivités	X		X	X	

Pour la plupart des structures porteuses, les appels à candidatures correspondent à leur cœur de métier, aussi bien sur les publics ou territoires ciblés qu'en termes de méthodologie déployée. En revanche, certaines ont fait le choix, pour ce projet, d'ouvrir leurs champs d'intervention à un public ou des thématiques nouvelles, encouragés par l'ARS. A titre d'exemple, pour l'AAC « Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville », l'ARS a souhaité que les médiateurs soient

« détachés » de leur structure : ils conseillent et accompagnent des publics au-delà des champs d'intervention de leur structure.

Focus : ALS, des médiateurs qui interviennent au-delà de la question des maladies sexuelles

L'ALS, un des porteurs de projets de l'appel à candidatures « Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville », intervient dans ce cadre sur des thèmes plus larges (accès aux soins et aux droits de santé) que son cœur de métier habituel (question des maladies sexuelles). L'ALS a fait le choix de répondre à cet appel à candidature (AAC), jugeant que la méthodologie qu'elle avait construite au fil de ses expériences pouvait s'appliquer à des thématiques plus larges. Prenant exemple sur sa méthodologie relative à la sensibilisation et la prévention des maladies sexuelles, l'ALS a donc opté pour une méthodologie identique :

1) Tenue de permanences hebdomadaires dans chacun des quartiers. (Pour cet appel à candidatures, elle intervient sur 5 quartiers en politique de la ville de la commune de Lyon : Gerland, la Duchère, Gorge de loup, Vergoin, et Sœur Janin.

2) Animation mensuelle d'actions collectives thématiques en fonction des problématiques de la population du quartier

3) Mise en place de réseaux de partenaires locaux pour assurer la prise de relais.

<u>De rares candidatures rejetées</u>

Sauf exception, les référents des appels à candidature (AAC) de l'ARS déclarent avoir rejeté peu de candidatures, souvent même limités par un nombre d'offres assez restreint.

Dans le cas de l'AAC « Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville », quelques projets ont été rejetés, mais exclusivement pour cause de doublons sur des territoires. Au total, 15 projets ont été retenus en 2015 et 13 autres projets en 2016. Pour l'AAC « Petite enfance alimentation corpulence et activité physique », 9 candidatures sur 29 ont été rejetées pour causes d'éloignement avec le cahier des charges (par exemple une association de tennis, un centre social qui voulait financier des professeurs de gym …). Enfin, pour l'AAC « Prévention des chutes, alimentation, activités physiques des personnes âgées à domicile », 7 dossiers n'ont pas été retenus, dont 3 pour des raisons d'intervention sur des territoires non prioritaires et les autres pour cause de non-respect du cahier des charges en termes d'objectifs, de modalités d'action ou de type de promoteurs pouvant être financés.

<u>Quelques territoires sans candidat</u>

Bien que la comparaison entre les territoires et publics ciblés initialement, et ceux ayant effectivement bénéficié d'un projet, ne soit pas évidente, l'ARS note parfois une absence de candidatures pour certains territoires où des projets étaient attendus, en raison des difficultés ou des besoins ressentis sur ces zones. A ce titre, dans le cas de l'AAC « Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville », les quartiers prioritaires de la politique de la ville de Givors et de Grigny n'ont pas suscité de candidatures. Pour la ville de Givors, par exemple, l'ARS attendait fortement de pouvoir financer un projet, du fait de l'arrêt du dispositif d'Atelier Santé Ville deux ans auparavant. Pour l'AAC

« Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes », le département de la Haute-Savoie n'a connu aucune réponse.

Résultats

Des techniques « d'aller vers » les publics ciblés largement réfléchies et déployées

Les cahiers des charges des appels à candidatures encourageaient souvent le développement de méthodes « allant vers » les publics cibles. De nombreuses structures finalement retenues se remarquent par leur proposition de projets qui déploient des méthodes d'intervention ayant vocation à aller au plus proche des publics, dans une logique de raccrocher ces publics aux soins, à la prévention et aux droits en santé. Plusieurs porteurs de projets ont développé de véritables ingénieries de projet « d'aller vers ». Dans le cadre de son projet de « Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville », la ville de Grenoble a déployé des techniques « d'aller vers » pour toucher les non-recourants, qui passent par plusieurs logiques d'intervention :

- marquer la présence des médiateurs dans l'espace public des quartiers concernés : échanger avec les personnes rencontrées dans ce cadre (tout-venant) … (notamment par le biais d'un questionnaire) ;
- réaliser du porte à porte sur la base d'adresses où les médiateurs doivent se rendre ;
- enfin, pour s'assurer que les publics rencontrés réalisent leurs démarches d'accès aux droits, les médiateurs réalisent un suivi en proximité des publics jusqu'à l'effectivité de l'accès à leurs droits.

Focus : médiateurs de la ville de Grenoble, des habitants du quartier pour favoriser « l'aller-vers »

En règle générale, pour l'AAP « médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville », les structures opératrices ont fait le choix d'orienter le recrutement des médiateurs vers des profils très variés (adultes-relais, assistants sociaux, diplômés en psychologie, médiateurs en santé mentale …). Néanmoins, la ville de Grenoble a fait un choix bien particulier de recruter directement des médiateurs au sein de la société civile en recrutant des habitants des quartiers concernés et surtout ayant eu ou ayant des proches rencontrant des difficultés d'accès aux soins ou à leurs droits de santé.

« On a fait le choix d'avoir des médiateurs-pairs en santé. Ce ne sont pas des professionnels du champ social ou sanitaire, mais plutôt des gens en proximité avec la population. Ils connaissent tous ce territoire, ils en sont tous originaires. Un autre critère de leur recrutement était d'avoir rencontré ou avoir dans ses proches des personnes ayant rencontré des difficultés d'accès aux soins. L'idée est d'avoir une logique d'intervention des professionnels, de se dire qu'ils avaient les mêmes appréhensions et qu'ils les ont surmontées ».

Cheffe de service Promotion de la santé de la ville de Grenoble (opératrice de l'appel à projet : Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville)

Dans le cadre de l' appel à candidature (AAC) « Prévention des chutes, alimentation, activités physiques des personnes âgées à domicile », la commune de la Voulte-sur-Rhône a mobilisé un groupe d'environ 12-14 personnes âgées de 75-80 ans autour d'un atelier de gym adaptée et d'un atelier nutrition. Constatant l'impact de ces ateliers sur une meilleure confiance en eux et un bien-être accru des participants, la commune a pris la décision de maintenir son lien avec ce public en déployant de nouvelles activités à son attention. Elle a notamment souhaité pérenniser ces chantiers en ouvrant de nouvelles actions (hors financement ARS).

Pour répondre à l'appel à candidature « Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes », l'ODLC 38 a développé une méthodologie très précise permettant de s'assurer que toutes les femmes n'ayant pas réalisé de mammographie dans le quartier visé soient informées et invitées à aller en réaliser une (la structure s'était fixé un objectif de 150 personnes sur chaque commune). Pour atteindre de tels résultats, l'association opère de la façon suivante :

- Repérage des acteurs locaux avec lesquels la structure avait déjà un lien pour permettre une intégration du médiateur dans la vie locale.
- Travail d'extraction des fichiers pour avoir précisément les rues et noms des femmes qui n'ont pas réalisé de mammographie. Cette recherche a été effectuée avec les bailleurs sociaux, et les associations locales (associations de femmes algériennes, retraités …) et des croisements avec les données de l'Assurance maladie (toutes les détentrices de la CMU ou de la Sécurité sociale)
- Recherche de prises de contacts avec ces femmes : contacts téléphoniques ou en porte à porte.

L'extension de l'appel à candidatures « formation du personnel des EHPAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées» par l'ARS aux SSIAD dans sa deuxième version a permis d'ouvrir la formation à des professionnels en lien avec des personnes âgées à domicile. Pour la suite, les porteurs de projets souhaiteraient diffuser la formation également aux aidants familiaux, pour toucher un maximum d'acteurs, toujours au plus proche du public.

<u>Des publics qui restent difficiles à atteindre</u>

Bien que la plupart des projets soient encore en cours, et n'ont pour l'instant, pas été finalisés, certains porteurs de projets identifient des publics cibles pour lesquels ils rencontrent des difficultés à rentrer en contact. Dans le cadre de certains projets, des publics restent non couverts par les dispositifs en raison de difficultés d'identification. Pour l'appel à candidatures « Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes », la Ville de Grenoble s'est appuyée sur des listes de la CPAM pour cibler des publics à rencontrer, mais se trouve de fait dans l'impossibilité de toucher des publics non couverts par la Sécurité Sociale, par exemple, les bénéficiaires de l'AME ou les femmes n'ayant aucun droit ouvert. De même, pour les femmes inscrites sur les listings de la CPAM, les informations peuvent être erronées : mauvaises adresses, mauvais numéros … Dans d'autres cas, il peut être difficile pour des porteurs de projets de capter certains publics en raison de difficultés de mobilisation. Pour l'appel à candidature « Petite enfance alimentation corpulence et activité physique », le porteur de projet ABC Diététique, basé à Saint Fons, s'adresse aux publics des quartiers prioritaires mais aussi du centre ville. A l'intérieur du quartier prioritaire, à mi-parcours, le porteur de projet constate une assez grande facilité à entrer en contact et à travailler avec « les publics captifs » : déjà usagers d'autres structures

(habitués à aller à l'école, au café-parents, dans des réseaux d'habitants …) mais rencontre des difficultés à étendre ses actions à des publics isolés plus difficiles à toucher et à mobiliser.

Des territoires ciblés particulièrement dans le besoin[4]

Bien que la vocation des appels à candidatures ne fût pas de couvrir l'intégralité des territoires-cibles, une lecture de la couverture territoriale actuellement faite par les opérateurs peut être faite.

Appel à projet	Territoires non couverts	Atteinte objectifs
Formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées	- Grenoble bassin-sud Isère - Rhône Sud - Alpes-Léman - Chablais Un territoire sans filière gérontologique (Oyonnax)	86%
Prévention des chutes alimentation activité physique pour les personnes âgées à domicile	- *Information non disponible*	- *Information non disponible*
Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes	- *Information non disponible*	*Information non disponible*
Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville	- En 2015 : 65/125 sur 6 départements. - En 2016 : tous les départements étaient couverts (mais pas tous les quartiers politique de la ville)	- 2015 : 48 % - 2016 : 60 %
P.A.C.A.P en Rhône Alpes : Petite enfance alimentation corpulence et activité physique	- *Information non disponible*	- *Information non disponible*

Pour les appels à projets ayant pré-identifié des territoires-cibles, les porteurs de projets ont joué le jeu d'intervenir sur des territoires « dans le besoin », et ce, aussi bien sur des territoires familiers de ce type de projet (des territoires en quartier prioritaire depuis de nombreuses années par exemple), ou au contraire récemment investis par les opérateurs. A titre d'exemple, l'ODLC 38 dans le cadre de l'appel à projet « Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes » a fait le choix « d'aller vers » des femmes résidant dans certains des quartiers prioritaires des communes de Grenoble (Mistral, Teisseire et l'Abbaye-Jouhaux) et de Villefontaine (les Roches et Saint Bonnet) suite au constat que sur ces territoires, les taux de participation au dépistage étaient largement plus faibles que dans le

[4] Cf. annexe 1

reste de la région. Sur les quartiers de Grenoble, le taux de dépistage était de 51.8%, et de 50,6% sur les quartiers de Villefontaine. Pour l'appel à projet « Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville », l'ensemble des candidatures retenues a permis de couvrir la moitié des quartiers prioritaires de Rhône-Alpes. Par exemple, l'association ALS couvre 4 quartiers en politique de la ville de Lyon, et les médiateurs santé de la ville de Grenoble en couvrent 4 également à Grenoble. Pour l'appel à candidature « Formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées bucco-dentaire », seules 4 filières n'ont pas candidaté sur les 30 existantes : une grande partie du territoire a donc été couverte.

L'appel à projet « formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées bucco-dentaire » : un appel à projet décliné sur presque tous les territoires et tous les publics-cibles

L'appel à projet a mobilisé quasiment l'intégralité des filières (28 sur 32). En invitant les filières gérontologiques à piloter ces formations, l'ARS a permis une déclinaison de l'action auprès de plus de 450 EHPAD, et plus de 3 500 professionnels, soit une action pouvant in fine favoriser une correcte hygiène bucco-dentaire de plus de 44 000 usagers.

Année	Nombre d'actions de formation	Nombre d'EHPAD touchés	Nombre de SSIAD touchés	Nombre de personnels formés	Nombre de personnes âgées touchées in fine	Montant du financement ARS
2013	281	324	0	1 978	26 966	525 866
2014	67	37	41	571	5240	132 290
2015	123	108	54	1 035	12 628	243 140
TOTAL	**471**	**469**	**95**	**3 584**	**44 834**	**901 296**

Parmi les territoires touchés, les référents ARS et les porteurs de projets relèvent que certains d'entre eux ne disposaient au préalable d'aucune intervention de ce type, et trouvent aujourd'hui une réponse à des besoins jusque-là non traités. Ces territoires isolés ou jusque là non-inscrits en politique de la ville, constituent, d'après les opérateurs, des zones intéressantes vers lesquelles déployer des actions. A titre d'exemple, sur certains établissements participant aux filières gérontologiques, aucune action de formation à l'hygiène buccodentaire n'avait été réalisée par le passé.

Des territoires couverts suite à l'appel à projet, qui ne disposaient d'aucun dispositif auparavant : l'exemple de la commune de Pierre-Bénite

Suite à l'arrêt du dispositif adulte-relais sur la commune de Pierre-Bénite, la ville ne disposait plus d'aucune action ou professionnel intervenant sur les questions d'accès aux soins et accès aux droits de santé. L'appel à projet « médiation en santé » a reçu une candidature d'une structure intervenant sur ce territoire. Grâce à l'arrivée de médiateurs santé, la commune bénéficie aujourd'hui d'un dispositif dont elle était dépourvue jusque-là. En parallèle, et pour venir prendre la suite des médiateurs, des négociations sont en cours pour repositionner des adultes-relais.

Des partenariats pour faciliter la couverture territoriale

La plupart des appels à projets encouragent le travail partenarial des porteurs de projets. Ce travail en réseau constitue plus ou moins une condition essentielle de réussite de l'action. Si pour certains, le partenariat peut être un « plus » pour augmenter la qualité d'un projet, pour d'autres, le partenariat représente le terreau même de la méthodologie déployée. A titre d'exemple, pour l'appel à projets « médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville », les médiateurs constituent souvent le moteur de la dynamique locale visant à remettre les usagers dans un système de soin duquel ils se sont bien souvent éloignés. Cette mission générale impose aux médiateurs de travailler dans un réseau partenarial précis et étoffé, aussi bien pour identifier les non-recourants que pour assurer l'effectivité et l'efficacité de leur orientation a posteriori. D'ailleurs, la majorité des dossiers retenus s'inscrivent dans une démarche de contrat local de santé, en déclinaison des contrats de ville, ce qui implique de fait un réel partenariat institutionnel autour de leurs projets.

Pour de nombreux opérateurs, assurer une couverture territoriale passe par leur présence et ancrage historique sur les territoires (en tant que structure ou par l'intervention ponctuelle de leurs professionnels). Cette implantation sur les territoires leur permet de travailler et de développer facilement un réseau partenarial dense qui constitue la base idéale du lancement de leur mission. D'après les témoignages des opérateurs interrogés, le déploiement d'une action sur un territoire où ils sont déjà présents est d'autant plus facile que toute la phase d'identification et de rencontre des opérateurs n'a pas lieu d'être.

Focus : ALS, des médiateurs qui s'inscrivent dans les partenariats locaux

« Dans tous les quartiers, pour orienter des gens, on travaille avec les partenaires. C'est à peu près les mêmes partenaires : les centres sociaux, les missions locales, les associations d'insertion, les associations humanitaires, les associations d'habitants, les promoteurs immobiliers, les conseils de quartiers, les pharmacies, les médecins … »

Porteur de projet, ALS

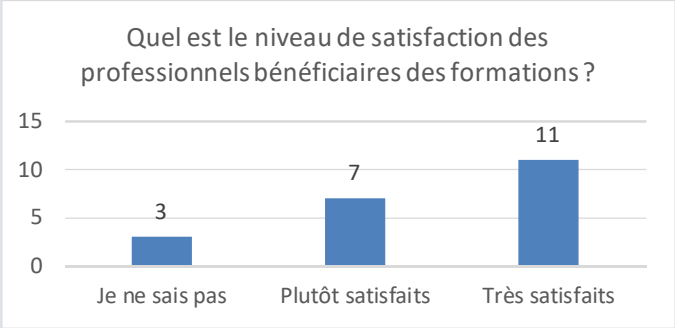
A l'inverse, un territoire nouveau pour le porteur de projet, voire pour le type de projet financé par l'ARS, exige une temporalité plus longue, parfois peu prévue dans le calendrier des appels à candidatures. L'ALS, en tant que structure porteuse de projets de l'appel à candidature « médiation santé », constate cette disparité entre les territoires dans la gestion de son projet. Alors que l'objectif même de l'AAC est bien de déployer des partenariats locaux pour faciliter l'accès des usagers à l'ensemble des structures et dispositifs locaux, l'association ne présente pas la même aisance de déploiement d'un territoire à un autre. Pour certains d'entre eux, la couverture territoriale est facile du fait d'une dynamique déjà bien implantée : *« des quartiers comme la Duchère, ça a très vite fonctionné … il y a des habitudes des professionnels et des habitants qui fonctionnent déjà très bien ».* Pour d'autres, au contraire, l'entrée dans le territoire demande plus de temps : *« sur des quartiers plus petits comme Sœur Janin, la difficulté c'est de faire intervenir plus de gens … la communication se fait moins facilement, il faut trouver des lieux de stabilisation … Il n'existe pas grand-chose comme dispositif de*

coordination, donc ça demande de faire du porte à porte. On part de plus loin pour trouver le bon filon pour se faire connaître et mettre en place quelque chose qui pourra correspondre aux demandes des habitants ». Pour l'appel à candidatures « Prévention des chutes, alimentation, activités physiques des personnes âgées à domicile », la commune de la Voulte-sur-Rhône fait le constat d'une facilité d'intervention du fait du suivi du projet par une professionnelle déjà largement investie dans les questions de santé. Par ailleurs, l'implantation des locaux de l'opérateur dans un centre social permet d'être inséré dans le territoire et au sein d'un réseau d'acteurs (repérage interprofessionnel).

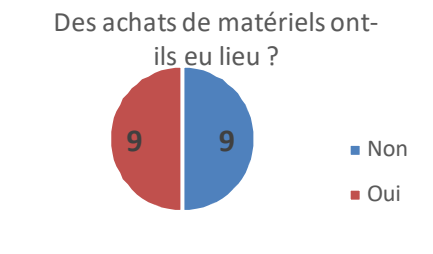
Pour ne pas perdre cette dynamique partenariale et donc la couverture territoriale des projets, certains opérateurs ont poursuivi cette dynamique y compris une fois le financement de l'ARS terminé. Pour l'appel à candidature « formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées », la logique de couverture territoriale s'est parfois poursuivie par la suite avec la réalisation d'achats groupés inter-filières ou inter-établissements pour offrir aux usagers un meilleur équipement de soin et d'hygiène buccodentaire. De même, pour l'appel à candidatures « Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes », l'action exige de créer des liens entre les structures de dépistage et les structures associatives. Le partenariat local est donc un prérequis. En outre, afin de s'assurer d'une poursuite de l'action de promotion de dépistage, dans les départements de l'Ain et de l'Isère, un travail de passation et de formation des opérateurs de l'appel à candidatures « Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes » vers les opérateurs de l'appel à candidatures « Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville » est envisagé.

L'appel à candidatures « formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées»

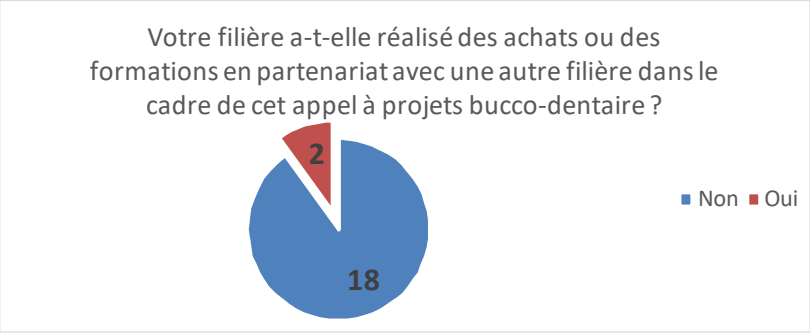
Interrogés dans le cadre d'une enquête sur la coordination des acteurs, les assistants de filières ont été invités à répondre à quelques questions relatives à l'AAC. Premier fait notable, les assistants de filières font remonter leur grande appréciation de ces formations, qui en plus de sensibiliser les professionnels ciblés, ont permis de faire partager aux professionnels multiples et variés des filières gérontologiques un projet commun les rassemblant sur un certain temps (de la réponse à l'appel à candidatures aux bilans de formations).



En outre, ce portage d'un tel projet par les filières a favorisé l'achat de matériels, y compris groupé entre filières pour mieux accompagner les usagers.



Si seulement deux filières ont réalisé des achats et des formations partagées entre elles, il est à noter que ce partenariat inter-filière est nouveau et a pu se réaliser sur la base d'un projet commun défini (la formation à l'hygiène buccodentaire dans ce cas).



Depuis cette première expérimentation, des filières ont déposé d'autres réponses à de nouveaux appels à projets : télémédecine, promotion de l'activité physique, plateforme de santé, nutrition …

L'évaluation de l'impact des dispositifs

L'évaluation de la réduction des inégalités sociales et territoriales par le biais de ces appels à candidatures est rendue difficile du fait de l'absence d'indicateurs définis et du démarrage récent des projets. A l'heure actuelle, le suivi des projets relève surtout du bilan provisoire d'activité, sans lecture globale par appel à projets. Les projets étant en cours de réalisation, leurs évaluations auront lieu plutôt en fin de financement. Les opérateurs eux-mêmes réalisent des bilans en cours de mise en œuvre de leurs actions. Les médiateurs de l'ALS pour l'appel à candidature « Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville » recensent par exemple les personnes qu'ils ont suivies (fiche de suivi, motif du contact : accès aux droits, situation administrative …).

Types de structures	AAP médiation	AAP DOCS	AAP prévention des chutes	AAP PACAP	AAP formation bucco-dentaire
Date de démarrage de l'action	Env. janvier 2016	Début 2016	Début 2016	Fin 2015	Mi-2015
Date de fin de l'action envisagée	Fin 2016	Mars 2017	Fin 2016	Fin 2017	Mi-2016

Un appel à projet qui aurait dû être suivi en continu par une équipe de chercheurs : l'appel à candidature « prévention des chutes, alimentation, activités physiques des personnes âgées à domicile »

L'ARS avait souhaité que l'ensemble des projets de cet appel soit suivi par une équipe de chercheurs. Pour ce faire, un appel à candidatures a été lancé sur une « évaluation régionale de l'appel à candidatures prévention des chutes, alimentation, activités physiques des personnes âgées à domicile ».

Le projet avait pour ambition de :

-Evaluer l'atteinte des objectifs spécifiques fixés dans le cahier des charges de l'appel à candidature par l'analyse de la mise en encore sur la région des projets financés dans le cadre de cet appel à candidatures ;

-Evaluer l'impact de ces programmes sur les inégalités sociales et infra territoriales de santé ;

-Identifier les leviers et les freins d'une mobilisation sur le territoire des acteurs locaux autour ces projets, clés d'une mobilisation des personnes âgées et d'une poursuite sur le territoire d'actions concourant aux mêmes objectifs que le programme initial.

Mais, faute de financement, l'appel à candidatures n'a pas pu être conduit.

Plusieurs travaux et outils en cours de construction pourront venir alimenter une démarche d'évaluation sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Dans le cadre de l'appel à projet « Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville », un questionnaire a été diffusé à tous les porteurs de médiation financés en 2015 afin de mieux connaître les modalités de mises en place, les actions réalisées, la construction du lien partenarial et les éventuelles difficultés au cours de la première année. En outre, un projet de l'IREPS se focalise sur l'évaluation de la médiation santé dans la Loire. De même, un projet de travail évaluatif avec l'ODENORE est en cours d'élaboration avec la ville de Grenoble pour ce même appel à candidatures. Plus globalement, un travail est en cours au sein de l'ARS pour mesurer la couverture territoriale en matière de structures d'accès aux droits. Ce chantier pourra à terme offrir la possibilité :

- D'identifier à des zones blanches infra-territoriales et thématiques,
- D'identifier l'impact de l'action des médiateurs

Une analyse comparative de la période précédant l'intervention des médiateurs santé et la période suivant pourra être réalisée et permettre ainsi une lecture d'impact de l'appel à candidature concerné.

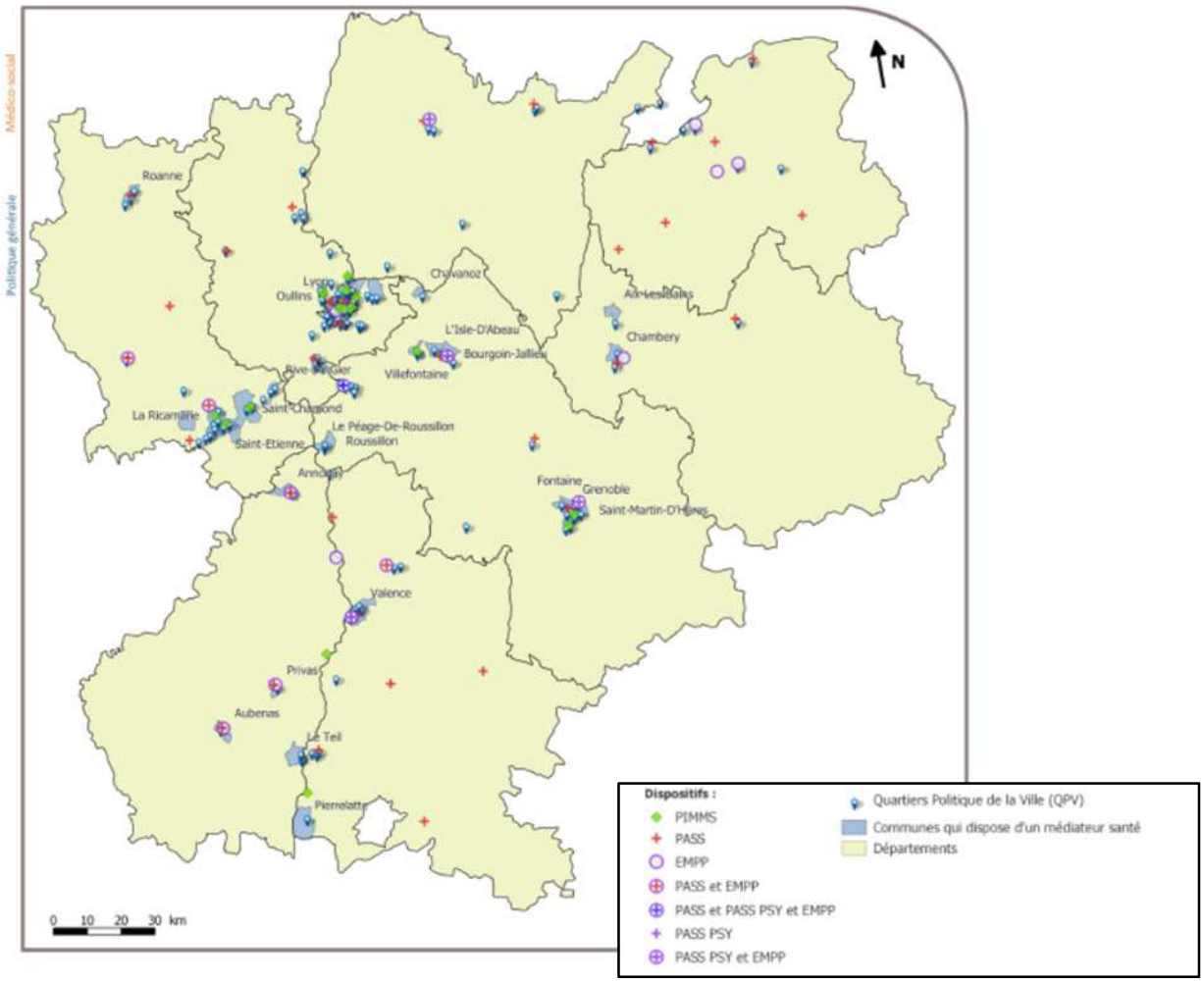


FIGURE 2 : UNE PREMIERE REALISATION D'ETUDE DES DISPOSITIFS EXISTANTS SUR LE TERRITOIRE PAR L'ARS - MARS 2016

Un manque de pérennité des financements qui limite l'impact des projets dans le temps

L'absence de pérennité du financement laisse craindre un non-effacement des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et aux droits sur le long terme. Si quelques porteurs de projets parviennent à pérenniser leurs interventions par le biais de montages locaux (poursuite des actions sous des financements communaux ou intercommunaux notamment), tous ne sont pas en mesure de le faire. Or, les porteurs de projets soulignent que cette temporalité limitée ne favorise pas une déclinaison efficace des actions de prévention sur les territoires, et laisse craindre le risque d'un impact mineur à terme.

Appel à projet	Orientation des financements	Durée	Renouvellements réalisés	Renouvellements prévus
Formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées	Moyens humains et quelques achats de matériels	3,5 jours de formation	0	0
Prévention des chutes alimentation activité physique pour les personnes âgées à domicile	Moyens humains et quelques achats de matériels	18 mois	1	0
Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes	Projets dans leur globalité : moyens humains surtout	14 mois	0	0
Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville	Projets dans leur globalité : moyens humains surtout	12 mois	1	0
P.A.C.A.P en Rhône Alpes : Petite enfance alimentation corpulence et activité physique	Moyens humains et quelques achats de matériels	18 mois	1	0

Certaines des actions de prévention financées exigent un investissement plus long pour obtenir des résultats concrets. C'est notamment le cas de l'appel à candidatures « Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes » qui présente pour ambition de déployer une action de prévention quasiment individualisée à chaque usagère, et exige en conséquence une intervention sur le long terme.

« Deux ans, c'est vraiment le minimum … La culture et les effets de la prévention ça demande du temps … trois ans pour ce type de projet ça parait plus raisonnable. Sur les territoires vierges, ça implique une acculturation des partenaires, une acculturation des publics … ».

Porteur de projet, ODLC 38

L'enjeu d'implantation et d'inscription dans des dynamiques partenariales locales appelle également à une construction de projets partagés sur du long terme, y compris pour rechercher un portage politique local par la suite.

« C'est compliqué d'avoir un portage politique, pour l'instant on est encore un peu insatisfaits. On a déjà eu beaucoup de mal à obtenir un rdv de la mairie … la Mairie vit à l'échelle d'un mandat, elle est sur du temps long. Avoir un partenariat dynamique avec elle ce n'est pas simple ».

Porteur de projet, ABC Diététique

Enfin, certaines actions, malgré leur caractère ponctuel, nécessitent des piqûres de rappel sur du long terme pour s'assurer d'avoir pour effet de transformer certaines pratiques. Cette affirmation est particulièrement vraie pour l'appel à candidatures « formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées » qui décline des actions certes courtes (le temps de la formation), mais dont les rappels réguliers sont sources d'évolution de l'acculturation professionnelle. En effet, le fort turn-over des professionnels dans les EHPAD et les SSIAD ainsi que l'absence de mobilisation de personnels encadrants lors de ces formations (intervenant davantage sur du long terme) laissent craindre que les apports de la formation s'estompent au fur à mesure et que, en conséquence, l'hygiène buccodentaire des personnes âgées ne soit pas travaillée avec l'ensemble des publics concernés à l'avenir.

Un exemple de pérennisation recherchée d'un dispositif : le développement de projet de la commune de la Voulte-sur-Rhône dans le cadre de l'appel à candidatures « Prévention des chutes, alimentation, activités physiques des personnes âgées à domicile »

Constatant l'impact des ateliers de gym et de nutrition sur une meilleure confiance et un bien-être des participants, la commune de la Voulte-sur-Rhône a fait le choix de maintenir son lien avec ce public en déployant de nouvelles activités à son attention. Elle a notamment souhaité pérenniser ces chantiers en ouvrant de nouvelles actions :

-Atelier gymnastique pour les personnes les plus âgées de la commune, en lien avec un EHPAD qui travaille avec le groupe sur l'éducation thérapeutique du patient ;

-Partenariat avec la filière gérontologique pour travailler à la prévention et promotion de la santé ;

-Et également un autre projet sur une ordonnance visuelle (vulgarisation et traduction des ordonnances) : dispositif qui est en cours d'évaluation pour une étendue nationale.

Facteurs facilitateurs

- Des opérateurs présents sur le territoire depuis de nombreuses années, en capacité d'adapter leurs méthodologies et leurs actions au regard des besoins sur les territoires et des publics visés ;
- Des cahiers des charges déclinant des méthodologies bien précises, qui permettent de fait d'harmoniser les actions des opérateurs sur l'ensemble des territoires ;

- Des appels à candidatures qui répondent à des enjeux nationaux primordiaux, bien en phase avec les questionnements et évolutions internes des opérateurs ;
- Des propositions méthodologiques inscrites dans les cahiers des charges qui s'inspirent directement des bonnes pratiques associatives ou locales, et qui en conséquence, facilitent l'appropriation du projet dans sa globalité par les opérateurs,
- Des accompagnements de l'ARS facilitant l'intervention des porteurs de projets, mais également leur interconnaissance (ex. pour professionnaliser les médiateurs, et en vue d'élaborer une approche régionale commune, l'ARS a organisé une formation initiale de 3 jours pour les personnes recrutées sur cette fonction avec la perspective de créer un réseau de professionnels facilitant l'échange entre eux et le partage d'outils ou d'expériences.[5]

Difficultés rencontrées

- Des actions en cours de financement et de réalisation qui limitent les possibilités d'évaluer la réduction des inégalités sociales et territoriales
- Des appels à projets intervenant sur des thématiques et des champs circonscrits, qui complexifient la lecture transversale de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé
- De nombreux projets qui concernent et investissent le champ de la prévention, dont les effets et les impacts sur les territoires seront probablement connus sur du long terme
- Des projets d'évaluation des dispositifs qui n'ont pas pu avoir lieu faute de financement, et qui auraient pourtant pu constituer des outils importants pour évaluer l'impact global des actions.

Conclusions

En s'inspirant des bonnes pratiques de diverses structures du territoire, l'ARS a mis en place des appels à candidatures proposant des méthodes et des actions visant à toucher des publics traditionnellement éloignés de l'offre de prévention. Cette affirmation se confirme à la fois par les logiques partenariales voulues et encouragées dans les cahiers de charges, que par les territoires et publics ciblés. En privilégiant les opérateurs implantés sur des zones ciblées ou en capacité de déployer un arsenal partenarial rapide et solide, l'ARS a favorisé la mise en place de projets susceptibles de faire le lien entre l'existant et les usagers (notamment non-recourants). Plusieurs projets, à ce propos, ont pour mission d'accompagner les publics vers des dispositifs de droit commun ou vers la reconnaissance de leurs droits de santé. En optant pour des territoires en politique de la ville ou éloignés d'une offre de soin, l'ARS oblige les opérateurs à ne s'inscrire que dans des interventions auprès de publics isolés ou éloignés des dynamiques sanitaires et sociales. Là où des antennes de droit commun disparaissent, les appels à candidatures sont venus renforcer la présence de l'action institutionnelle et associative.

Plusieurs des opérateurs interrogés ont présenté et souligné leurs méthodologies d'intervention, souvent innovantes, ou du moins s'inscrivant dans un enjeu « d'aller vers » les publics ou les

[5] Lors de la 1e formation en mars 2016, 21 médiateurs et leurs coordonnateurs ont assisté à la 1e formation sous l'égide du CRDSU (centre de ressources et de développement social urbain).

professionnels en besoin d'action. Des structures ont, pour atteindre tous les publics souhaités, mis en place des ingénieries de projets ciblant jusqu'à l'échelle des individus les objectifs à atteindre pour inscrire les publics dans l'offre de prévention ou de soin. Ce constat vaut aussi pour les professionnels, vers lesquels des opérateurs se sont tournés pour les former aux actions de prévention.

Malgré l'importance du terreau partenarial pour atteindre de tels objectifs de réussite, tous les appels à candidature ne peuvent couvrir l'intégralité des territoires et des publics ciblés. Pour certains des projets, aucun opérateur n'a été identifié sur les territoires concernés qui restent donc dépourvus de dispositifs sur ladite question. En outre, des opérateurs tempèrent leur capacité à aller vers tous les publics souhaités, du fait de difficulté d'identification, de difficulté de mobilisation ou encore d'absence de pérennité de leur projet qui limite le temps qu'il est possible de consacrer à entrer en contact avec ces « publics invisibles ».

Recommandations

1. **Assurer un lien dynamique entre les délégations départementales et les porteurs de projets**

Encourager la participation des délégations départementales aux comités de pilotage des opérateurs pour offrir un temps d'échange entre l'ARS et les porteurs de projets, mais également orienter les actions vers des priorités ou des préoccupations de l'ARS. La présence des délégations départementales dans ces temps de restitution permettra également d'alimenter l'évaluation à l'échelle régionale des appels à candidatures.

2. **Prioriser les territoires ciblés**

En dehors des territoires en difficultés socio-économiques, dont les territoires politique de la ville, il est opportun de définir des territoires particulièrement ciblés / particulièrement prioritaires afin de s'assurer que ces territoires soient couverts par des opérateurs, et ne restent pas dépourvus ou isolés de solutions.

3. **Prévoir des indicateurs homogènes de suivi des actions**

Dès le cahier des charges, proposer aux opérateurs des grilles de suivi de leurs activités, venant ensuite faciliter la lecture globale de l'appel à candidatures, tant sur ses réalisations que sur ses impacts sur les territoires

4. **Pérenniser au maximum les projets**

Penser et tendre vers des systèmes de financements autres que les appels à candidatures, qui limitent la capacité des opérateurs à s'inscrire sur du long terme, vers des logiques de financements plus pérennes (modèles CPOM par exemple) mais dont les objectifs et les réorientations seront travaillés en partenariat annuellement par exemple.

5. **Développer des temps d'échanges, de mutualisation et de capitalisation**

Prévoir des temps d'échanges entre porteurs de projets (à l'image de la conférence régionale des médiateurs santé) pour échanger et mettre en valeur les pratiques et encourager une offre homogène au niveau régional.

3.1.2 Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de renforcer l'accès et le contenu de l'offre de soin de premier recours (notion de « panier de soins » présent sur tous les territoires) ?

Eléments de contexte et de définition

L'Article L1411-11 du Code de la Santé Publique indique que « l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. »

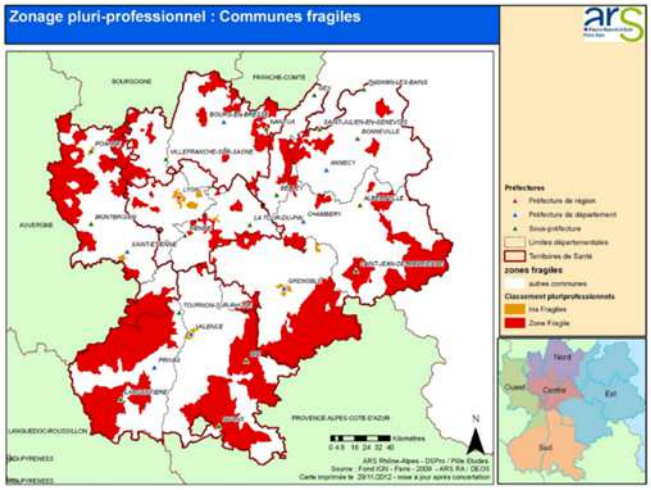
Les soins de premier recours comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé.

Eléments de diagnostic

Un zonage des territoires les plus fragiles en matière d'offre de soin pluriprofessionnelle a été établi au moment de l'élaboration du PRS, en 2012. Des « pôles de proximité » ont été définis, via l'identification à partir de la Base Permanente des Equipements (BPE), des communes ou du découpage IRIS de l'INSEE[6] disposant notamment des services suivants : médecin omnipraticien, infirmier, masseur-kinésithérapeute, centres médico-sociaux (regroupement de plusieurs services dans ce domaine). Chaque pôle, puis chaque commune, se sont vus attribuer un score illustrant son degré de fragilité en matière d'offre de soin pluriprofessionnelle :

Carte des communes « fragiles » en 2012



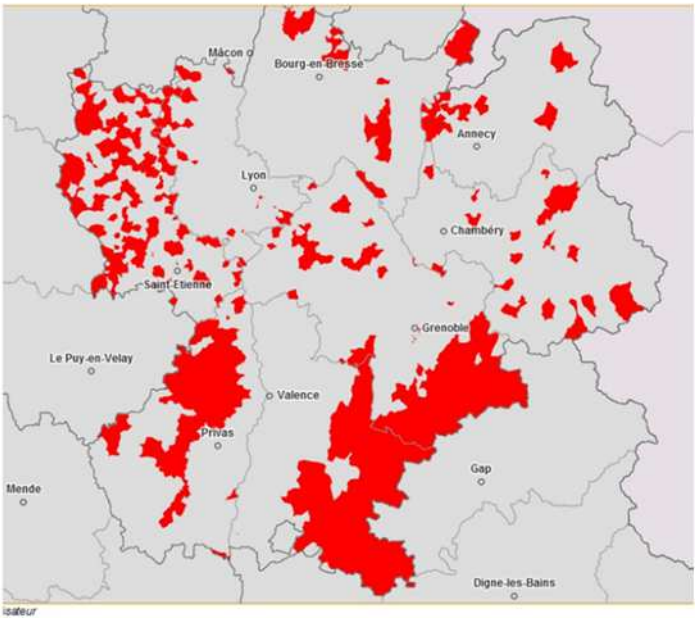
[6] Les communes d'au moins 10 000 habitants et la plupart des communes de 5 000 à 10 000 habitants sont découpées en IRIS. Ce découpage, maille de base de la diffusion de statistiques infracommunales, constitue une partition du territoire de ces communes en "quartiers" dont la population est de l'ordre de 2 000 habitants.

L'ARS a également fait intervenir dans sa stratégie de ciblage des zones prioritaires des critères de fragilité comme les revenus de la population, la prévalence des ALD, la pyramide des âges … mais également les flux de population, afin de concentrer les efforts sur les zones concernées par un nombre suffisant d'habitants pour que le dispositif reste pérenne. C'est ce qui a conduit à privilégier les centres bourgs.

Ce zonage a ensuite été réajusté, notamment en prenant appui sur :

- les objectifs nationaux fixés relatifs à l'amélioration de l'accès aux soins urgents de la population située à plus de 30 minutes d'un SMUR,
- et les objectifs du Pacte Territoire Santé définis par la Ministre de la Santé en 2013.

Ajustement du zonage (2015) au regard des dispositifs mis en place



Le tableau ci-dessous met en évidence l'évolution à la hausse ou à la baisse du nombre de personnes en zones fragiles entre 2012 et 2015, suite à cette révision :

	Population en Zones Fragiles		Population du Département	Pourcentage / Population du Département
	2012	2015	2015	
AIN	77 529	90 023	574 375	16%
ARDECHE	94 861	95 054	309 454	31%
DRÔME	44 781	43 253	473 422	9%
ISERE	135 664	103 552	1 178 718	9%
LOIRE	63 874	169 963	737 946	23%
RHÔNE	103 354	60 645	1 677 079	4%
SAVOIE	43 596	39 552	405 535	10%
HAUTE-SAVOIE	34 805	29 772	706 708	4%
TOTAL	598 464	631 814	6 063 237	

Orientations du PRS

Enjeux du PRS

Rappel de l'enjeu identifié au sein du PRS : « Structurer, ainsi, en tout point du territoire, un accès aux soins de premier recours et à certaines spécialités de recours fréquent dans la pratique généraliste : accessibilité géographique mais aussi financière. Plus qu'à un problème de pénurie réel, il faut pouvoir contrecarrer les effets d'une mauvaise répartition territoriale qui risque de s'aggraver dans les territoires les moins attractifs. Le premier recours doit être envisagé maintenant comme une équipe pluri-professionnelle ». L'objectif premier du PRS en matière de soin de premier recours est donc de lutter contre la désertification médicale.

Champ du PRS concerné

- SROS « définir des zones fragiles pour promouvoir une offre de 1er recours en exercice regroupé »
- SROS volet télésanté

NB : des dispositifs nationaux sur le premier recours ont été mis en place depuis la rédaction du PRS Rhône-Alpes, et ont ainsi été intégrés au PRS a posteriori :

- ✓ le Pacte Territoire Santé, lancé en décembre 2012, qui comporte 12 engagements et dont l'objectif est de garantir un accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire
- ✓ les nouveaux modes de rémunération des professionnels
- ✓ la mise en place des structures d'exercice coordonné.

Eléments de cadrage de la question

Les situations de non-recours peuvent avoir différentes causes : une méconnaissance de l'offre par les usagers, des problèmes d'accès à l'offre ou tout simplement une absence d'offre. C'est pourquoi l'évaluation finale s'interroge sur la manière dont le PRS a permis d'améliorer, d'une part, le contenu de l'offre de soin de premier recours, et d'autre part, les possibilités d'accéder à cette offre.

Investigations conduites

- Analyse des jalons d'avancement de la Priorité 12 du PRS
- Analyse documentaire
- Entretiens conduits :

Nom	Localisation	Structure	Fonction
Angélique GRANGE	Lyon	ARS AuRA	Responsable de l'offre de premier recours
Thérèse LOKOLA	Paris	ANAP	Chargée de mission

3.1.2.1 Volet « Accès à l'offre de soin de premier recours »

Bilan des réalisations

A - La mise en place du système de praticien territorial de médecine générale (PTMG)

La volonté du PRS a été de maintenir le médecin généraliste comme « porte d'entrée » du soin. Le système de PTMG permet de traduire cette volonté, en finançant les médecins s'installant dans les zones fragiles assurant entre 175 et 300 actes par mois.

Données quantitatives : de 33 contrats signés en 2013, leur nombre est passé à 74 depuis fin 2014 sur les 8 départements de la Région Rhône-Alpes, exclusivement en zones fragiles et de vigilance, puis à 120 en 2016, indiquant l'atteinte de l'objectif ministériel (87 contrats signés). A noter que 33 contrats arrivaient à échéance entre septembre et décembre 2015.

B – Le soutien aux structures d'exercice regroupé

Le soutien aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Dans le cadre de la politique régionale de santé, l'ARS et ses partenaires ont soutenu le développement de Maisons de santé et de « pôles » de santé (aujourd'hui appelés « Maison de santé hors les murs », dans les cas de mise en liaison de professionnels non regroupés dans un même lieu, mais ayant accès au même système d'information, et se rencontrant toutefois pour la gestion de cas complexes). Les MSP peuvent se constituer en sociétés (Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires) et groupements de moyens (SCM, GIE et GCS) ou en association (loi de 1901). Cela leur permet de disposer d'un cadre juridique et d'intégrer des professionnels de différents statuts (médecin d'EHPAD, infirmière de soins à domicile, élus…)

Données quantitatives : de 30 en 2011 et 46 en 2013, elles sont passées à 74 en 2014 et 86 à ce jour (dont 64 en zones fragiles et de vigilance).

NB : une évaluation dédiée étant prévue en 2016, les MSP ne font pas l'objet d'investigations détaillées dans le cadre du présent rapport. Notons toutefois que l'évaluation conduite par l'IRDES en novembre 2013 (« Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France ») met en évidence « une moindre diminution de la densité des médecins généralistes à la suite de la mise en place des maisons de santé ».

La mise en œuvre régionale de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Initiées en 2009, les ENMR ont accompagné la montée en puissance des structures regroupées, maisons, pôles et centres de santé. Leur approche progressive par « modules » a permis la prise en compte et la diffusion de prises en charges innovantes en premier recours, toujours dans une approche pluriprofessionnelle. La délégation d'actes, le suivi personnalisé, l'éducation thérapeutique ont ainsi pu y être déployés à une échelle nationale. Trois types de forfaits ont été opérationnalisés : le forfait pour les missions coordonnées (dit module 1), le forfait pour les nouveaux services aux patients (module 2) et, en 2013, le forfait coopération entre professionnels de santé (module 3). L'ARS Rhône-Alpes a bien

sûr appliqué cette expérimentation et ses évolutions, en engageant la signature de conventions de mise en œuvre et de financement des ENMR sur plusieurs dizaines de sites sur les modules 1 et 2.

Dans le cadre des « nouveaux modes de rémunération », les professionnels ont l'obligation de travailler sur de nouveaux modes de coopération, avec des horaires précis et du travail en équipe, induisant le versement d'une somme forfaitaire permettant de rémunérer le temps passé en coordination.

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération au Pôle de santé des Allymes (01)

A titre d'illustration, le pôle santé des Allymes a pour le module 1 de l'expérimentation rassemblé 41 professionnels (7 ETP de médecins généralistes, 15,5 ETP d'IDE, 6 ETP de pharmaciens, 5 ETP de masseurs-kinésithérapeutes, et 0,5 ETP de diététiciennes), accompagnant une patientèle équivalente à 10 302 personnes. Pour la participation à cette expérimentation, le groupe de santé les Allymes a reçu une dotation de 87 200 €. Pour le module 2, le groupe médical reçoit un forfait annuel de 15 500 € comprenant 1000 € pour le développement du programme d'ETP diabète, 12 500 euros pour les 3 séances de formations pour patients et l'entretien individuel initial d'un total de 50 patients, et enfin, un forfait de 1000 € pour la formation de deux professionnels à l'ETP.

En termes de réalisations, en 2013, le groupe a organisé pour le module 1, 11 réunions plénières interprofessionnelles (rassemblant en moyenne 17 participants), 1 formation de 2 journées (rassemblant 8 participants), et 18 réunions de synthèse de cas complexes.

Pour le module 2, le groupe médical a réalisé l'intégralité des objectifs qu'il s'est fixés en terme de lutte contre l'hypertension, de prévention de l'obésité, de prescription par les paramédicaux, de continuité des soins, de partage de l'information et d'organisation des pratiques.

Le bilan 2014 de l'ENMR sur les modules 1 et 1bis montre les réalisations suivantes, sur les 18 sites[7] pour la région Rhône-Alpes (sur les 160 sélectionnés sur la France) :

[7] Les maisons de santé de Bagé le chatel, de Joyeuse, d'Etoile sur Rhône, de Saint Vallier, de Domène, de Saint Etienne, de Lescheraines et de Flumet. Les pôles de santé d'Hauteville –Lompnes, de Ferney Voltaire, du Cheylard de Chantelauve, de Lans en Vercors, de Saint Victor de Cessieu, de la vallée d'Aulps ainsi que le pôle de santé "Etats-Unis". Les deux centres de santé de Romans sur Isère et le centre de santé lyonnais de la MGEN.

Modules 1 bis : les 18 M1 bis

Les 18 conventions ENMR 1 bis datées du 1er septembre 2014 ont été validées par la DSS courant septembre et ensuite transmises aux sites pour signature.

- 13 ont été signées et ont été transmises le 17 octobre à la CPAM. Le paiement a eu lieu pour 12 d'entre elles le 19/11/2014 et pour la MGEN de Lyon le 20/11.
- 5 conventions (Etoile sur Rhône, st vallier, Joyeuse, Le cheylard et vallée d'aulps) ont été signées et transmises ce jour 26 novembre à la CPAM pour paiement

Module 1 : 16 M1

- 9 avenants ENMR module 1 datées du 16 avril 2014 ont été signés et transmises à la CPAM pour paiement le 30/09/2014 (2ième versement)
- 5 avenants ENMR module 1 datées du 1er octobre ont été signées et transmises à la CPAM pour paiement le 26/11/2014 (2ième versement)
- 2 avenants ENMR module 1 datées du 1er octobre pour Les vans et St Genix sur Guiers ont été transmises à la CPAM pour paiement courant décembre (2ième versement)

Expérimentation des nouveaux modes de rémunérations (module 1 et 1 bis pour 2014) pour la coordination : 28 MSP/PSP et 6 centres de santé pour un total de 1 616 270 € pour 2014

module 1 : 1 070 565 € pour **16 sites** dont seulement 3 centres de santé (AGESCA, benoît FRACHON, et Mutuelles Echirolles)
module 1 bis (10/12ième) : 545 705 € pour **18 sites** dont 3 centres de santé (MGEN Lyon et 2 à Romans sur Isère)

Les ENMR module 1 ont permis notamment de financer selon les sites :

- le temps passé à la coordination (concertation interprofessionnelle et management de la structure de coordination),
- la mise en place du dossier patient informatisé (cahier des charges...)
- Les concertations avec les partenaires réguliers extérieurs
- Soirée de formation « culture commune »
- Groupes de travail pour établir **protocoles**
- Gestion de dossiers patients en transversal (on peut l'assimiler aux RCP)
- différentes actions de santé publiques (prévention des pathologies chroniques...)
- frais divers (SISA, assemblée générale...)

Source : bilan ENMR 2014

Le soutien aux Centres de santé

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité qui permettent à la population d'avoir un accès aux « soins de premiers recours » (ou « soins de ville », à savoir les professionnels de santé libéraux ou salariés : médecins généralistes et spécialistes, kinésithérapeutes, dentistes, infirmiers, etc.), et qui offrent aux professionnels de santé la possibilité d'exercer de manière regroupée, partagée et coordonnée autour d'un projet de santé fédérateur. La stratégie de l'ARS concernant ces structures visait à :

- Amener les centres de santé monothématiques (infirmiers ou dentaires) à devenir polyvalents (notamment en intégrant un médecin généraliste).
- Inciter les centres de santé à développer davantage leur activité de prévention, en particulier sur 4 actions de prévention définies comme prioritaires :
  - ✓ Souffrance psychique et précarité / accès aux droits.
  - ✓ Prévention et prise en charge des addictions.

- ✓ IVG-sexualité-contraception-vaccinations-dépistages du VIH et des virus de l'hépatite B et C (VHB-VHC).
- ✓ Appui des structures ressources en promotion de la santé aux centres de santé.

- Amener les centres de santé en fonctionnement à se développer dans des territoires où la médecine de premier recours est insuffisamment présente, dans l'optique d'apporter à la population un égal accès aux soins.

Une enveloppe de 2 M€ a été déployée pour soutenir ces objectifs, via un appel à projets à l'attention des organismes gestionnaires et des établissements de santé et une contractualisation de type CPOM entre l'ARS et le centre de santé, lancés au printemps 2015. Il s'agissait de labelliser des Centres de santé dans des territoires identifiés comme fragiles en termes de démographie médicale, pour faciliter l'accès aux soins pour tous et lutter contre les déserts médicaux.

Données quantitatives : de 168 en 2014, ils sont passés à 176 en 2015. Ils sont implantés sur les 8 départements de la région Rhône-Alpes, essentiellement en milieu urbain et périurbain.

Répartition des centres de santé par département

Départements	Nombre de centres de santé
01	11
07	7
26	16
38	39
42	30
69	47
73	6
74	14

Répartition des centres de santé par activité

Types de Centres	Nombre de centres de santé
Centres de santé polyvalents	36
Centres de santé dentaires	66
Centres de santé infirmiers	61
Centres de santé médicaux	9

Illustration : expérimentation ANAP : « Constituer une filière médico-sociale complexe pour les quartiers prioritaires de la ville » (Chambéry)

L'ANAP a lancé, sur 8 territoires, une démarche « filière de soins » en partenariat avec les fédérations hospitalières et avec le soutien de l'ARS. Cette démarche propose d'apporter des réponses concrètes et pratiques aux dysfonctionnements existants dans certaines prises en charge organisées autour de filières (intra et extrahospitalières). Pour ce faire, une méthode déclinée en 3 étapes est mise en place:
-Objectivation des prises en charge et mobilisation des acteurs du territoire
-Appui à la mise en place de dispositifs simples et robustes répondant aux besoins des professionnels et de leurs patients afin de réduire les ruptures dans la prise en charge.
-Evaluation des dispositifs implémentés et diffusion au plus grand nombre.

Sur le territoire de Chambéry, l'objectif était notamment de connaitre les structures et les professionnels dans la prise en charge de situations médico-sociales complexes, et présents dans les quartiers prioritaires de la ville, et à terme, standardiser les outils d'évaluation et de suivi des situations médico-sociales complexes. Il s'est agi de :
- Recenser les instances et les dispositifs de prise en charge de situations complexes dans les quartiers prioritaires (soin et coordination), ainsi que les besoins des professionnels
- Identifier les axes d'amélioration des outils existants
- Créer un outil dynamique d'identification des intervenants et de suivi du patient dans les parcours complexes
- Caractériser la fonction de coordination
- Tracer le parcours au sein du dispositif IMPACT à partir de la méthode du patient traceur

Ce projet, mené avec le Pôle de santé de Chambéry Nord, sera évalué début 2017.

C – L'accès aux soins de premier recours pour les personnes en perte d'autonomie

Comme prévu dans la Priorité 12 du PRS « limiter la survenue d'évènements indésirables, développer l'accessibilité aux dispositifs de droit commun de prévention et de soin, et favoriser un environnement de vie adapté aux personnes », l'ARS a mis en œuvre des actions visant à faciliter l'accès aux soins de premier recours pour les personnes en perte d'autonomie :

- un rapport d'instruction pour la sélection des dispositifs de premier recours sollicitant une demande de financement a été institué (pour les maisons, centre et pôles de santé, maisons médicales), comportant une rubrique spécifique sur les modalités d'accès et de soins aux populations en perte d'autonomie,
- au moins 75 % des filières gérontologiques ont défini dans leur plan d'action des actions concernant la mise en œuvre de protocoles avec les Urgences ou d'outils de liaison (par exemple Dossier de Liaison d'Urgence ou équivalent),
- l'intégralité des dispositifs d'astreinte téléphonique gériatrique des filières gérontologiques a été financée.

Une autre action de cette même Priorité vise à « assurer un accueil téléphonique adapté, coordonner et organiser les prises en charges avec évaluation ». Dans le cadre de cette action, sur le territoire Est, un projet « handiconsult » a été financé et mis en place.

D - L'accès aux soins urgents : les médecins correspondants SAMU (MCS)

Ils sont 184 médecins à avoir été formés « MCS » à ce jour sur 6 départements (Ain, Ardèche, Drôme, Isère, Savoie et Haute-Savoie)[8] contre 172 en date de septembre 2015 sur 5 départements.

[8] Source : tableau de suivi 2015 du Pacte Territoire Santé

Evolution du nombre de MCS sur secteur qualifié par département (Source : ARS ARA)

Nombre de MCS sur secteur qualifié à plus de 30 min			
	sept-13	juin-14	sept-15
Total région RA	93	112	172
Département 07	19	36	60 (plus 6 internes)
26		1	18
38	19	22	30
73	37	36	47
74	18	17	17

En 2015, un bilan du dispositif a mis en valeur qu'alors que 7% de la population municipale de 2012 se trouvait à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre, ce taux ne concernait plus de 4% de la population municipale après le déploiement des MCS. Ce dispositif fait l'objet d'un suivi régulier par un Comité régional. Il se déploie désormais en routine et a fait l'objet d'une sécurisation de son circuit de financement.

E - L'appel à projets sur l'équipement des cabinets en zone de montagne

Cet appel à projets, lancé sur tout l'arc alpin (Isère, Savoie et Haute-Savoie), est parti du constat qu'un cabinet de montagne bien équipé permet de prendre en charge 95 % des blessés des pistes et éviter ainsi un recours à l'hôpital. Les cabinets de montagne sont en général bien structurés pour prendre en charge la traumatologie des sports d'hiver, qui représentent 40% de l'activité de ces structures. De plus, pour 75 % des médecins de cabinet de montagne, la patientèle est multipliée par 5 durant la saison hivernale. Mais la moyenne d'âge des praticiens en zone de montagne est très élevée, constituant un risque fort pour l'avenir, d'autant que les prix de l'immobilier sont très élevés dans ces zones. Un appel à projets a donc été lancé pour :

- soutenir les cabinets de montagne pour assurer leur pérennité et éviter leur fermeture
- améliorer la prise en charge des soins de premiers recours non programmés en montagne, en particulier des blessés relevant de la traumatologie et ainsi de leur éviter de se déplacer aux urgences des services hospitaliers,

en définissant différents niveaux de prise en charge et d'équipements associés. Des zones de fragilité prioritaires ont été définies :

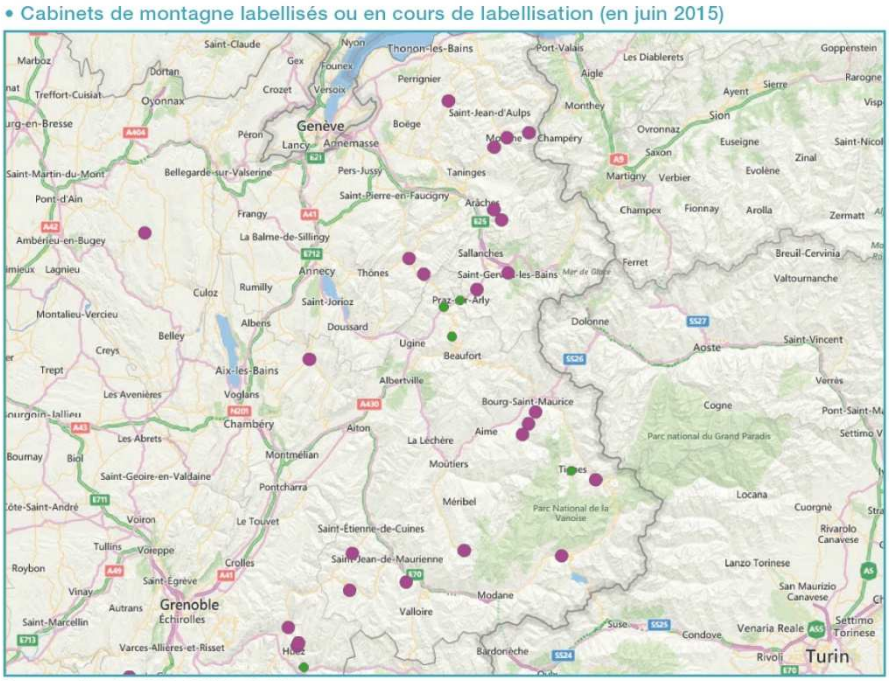
- les zones où des médecins vont partir à la retraite. En particulier si des médecins de secteur 1 risquent de se retrouver seuls dans un cabinet ;
- les zones confrontées à un fort taux de traumatologie et ayant signalé des besoins urgents de renouvellement d'un équipement de radiologie ;
- les zones souhaitant mettre en place un regroupement territorial afin d'organiser correctement les prises en charge de niveau 1 et 2 ;
- les zones où les cabinets de montagne assurent la seule offre médicale disponible.

32 dossiers ont été financés en 2014/2015 sur 4 départements (Ain, Isère, Savoie et Haute Savoie) pour environ 1 M€, permettant :

- l'acquisition de matériel constituant le plateau technique nécessaire à la prise en charge des soins de traumatologie et des soins urgents
- le financement de mesures d'adaptation de l'offre de soins nécessaires au regard des critères de labellisation.

Des conventions d'exercice coordonné médecin / infirmier dans les cabinets de zone de montagne ont été signées, induisant la prise en charge directe par l'Assurance maladie des actes médicaux, une forfaitisation des actes infirmiers pris en charge sur le FIR, et un subventionnement limité à 25 000 euros, quel que soit le nombre d'infirmiers salariés et libéraux conventionnés.

Cabinets de montagne labellisés lors du premier appel à projets



Source : appel à projets ARS RA. © IGN GeoFla 2013.

Un deuxième appel à projet a été lancé pour 2015/2016.

F - L'effort porté sur la formation

En matière de formation initiale, l'un des enjeux du PRS était de « valoriser les filières de formation des professionnels de santé de premier recours pour les rendre plus attractives et améliorer la démographie médicale et paramédicale dans les zones fragiles ». L'ARS est intervenue très en amont dans la formation en valorisant ces filières et en développant des stages interprofessionnels pour inculquer précocement le partage de compétences, et s'agissant des médecins, des stages en libéral pour favoriser la connaissance de ce milieu et donner l'envie d'y exercer. Des difficultés ont toutefois été rencontrées avec certaines UFR qui ont refusé d'envoyer des stagiaires chez des maîtres de stage ayant une activité trop conséquente.

En matière de formation continue, était prévu en 2016 un déploiement de la formation en soins primaires (convention signée entre l'ARS – l'EHESP et la HAS) sur l'ensemble de la région, avec la formation attendue de 20 coordonnateurs. Ce déploiement a été décalé dans le temps, dans l'attente des résultats de l'évaluation de la première foramtion, qui aura lieu en 2017.

G – Les protocoles de délégation de tâches

Deux modes de délégation fonctionnent bien :

- le dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe) sur le suivi du diabète de type 2

Il consiste en l'identification par les médecins et les infirmières Déléguées à la Santé Publique (IDSP) des patients éligibles au protocole de suivi des patients diabétiques de type 2, puis en l'invitation des patients à voir l'infirmière en consultation (éducation thérapeutique du patient et actes dérogatoires : actes de biologies, ECG, fond d'œil, examens du pied…) et en une évaluation de chaque consultation avant réunions de concertation. En Rhône-Alpes, 190 médecins généralistes et 60 IDE ont été affectés dans 55 communes, et pour l'année 2016, 100 ETP d'IDE supplémentaires étaient prévus. Bien qu'une évaluation des résultats de ce dispositif ne puisse être effectuée dans le cadre de la présente évaluation, une étude de l'IRDES met en évidence que le dispositif Asalée est 2,8 fois plus efficient qu'une prise en charge habituelle pour le diabète de type 2 (mesure sur évolution du taux de patient hba1c > 8%, sans surcoût relatif).

- la délégation de tâches entre ophtalmologistes et orthoptistes

Il existe 4 protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes :

- ✓ Transfert par l'ophtalmologiste de la prescription médicale des actes dispensés par l'orthoptiste ;
- ✓ Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement / adaptation des corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans ;
- ✓ Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement / adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans ;
- ✓ Dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique.

Certains de ces protocoles permettent notamment de proposer des délais de quelques semaines, au lieu de plusieurs mois, pour les visites de contrôle dans le cadre du renouvellement des lunettes. Le Professeur Berland dans son rapport de « Mission sur la démographie des professions de santé » indique que l'on peut voir dans ces transferts une évolution indispensable pour remédier au décalage pouvant exister dans le domaine de l'ophtalmologie entre les besoins de la population et l'offre médicale proposée. Cependant, un tel transfert n'est concevable que s'il s'opère en direction de professionnels ayant une formation adaptée, dans un clair schéma de complémentarité et dans le respect des compétences de chacun, sous la responsabilité du médecin.

En juin 2014, aucune adhésion aux protocoles de coopération n'avait été validée. Mais depuis cette date, si des documents consultés indiquent brièvement que cette délégation a progressivement intéressé un plus grand nombre de professionnels, il n'existe pas d'étude d'impact à ce jour concernant les protocoles de coopération du premier recours, qui mettraient en évidence leur nombre, ou leurs effets.

H - Les Contrats d'Engagement de Service Public

Ces Contrats s'adressent aux étudiants en médecine, et comportent une allocation mensuelle accordée à partir de la 2ème année des études médicales pour inciter à l'installation en zones prioritaires. En 2015, 115 CESP ont été signés en médecine et 4 en odontologie.

Résultats

A - Les résultats du PRS sur l'amélioration de la répartition territoriale de l'offre

Le PTMG

Le système de PTMG fonctionne bien puisqu'au bout de 4 à 5 mois, les bénéficiaires ont dépassé le nombre de 300 actes, signe de la viabilité financière de leur implantation. Rhône-Alpes est la première région de France en nombre de contrat PTMG. Les objectifs du niveau national ont été atteints.

La définition de zones fragiles a permis d'enrayer la fragilité sur certaines zones. Mais sur les zones initialement non considérées comme fragiles, des départs massifs à la retraite, des problématiques de relations avec les mairies … ont entraîné les territoires vers la fragilité.

Les centres de santé

Un rapport d'activité est envoyé chaque année à l'ARS par chaque centre de santé, comportant des données quantitatives relatives d'une part aux critères socle d'accès aux soins, et d'autre part aux critères complémentaires de gestion (amplitude horaire, nombre et type d'actions conduites, nombre de protocoles, nombre de réunions pluriprofessionnelles conduites, nombre d'étudiants accueillis par maître de stage …). L'ARS ne consolide et n'exploite pas à ce jour les données détallées disponibles dans ces rapports, hormis à la marge, pour certains d'entre eux. Mais dans le cadre de la mise en place de l'observatoire des centres de santé en 2017, il devrait être possible d'avoir davantage d'informations consolidées sur leur activité.

B - Les résultats du PRS sur l'amélioration de la prise en charge

- **L'amélioration de l'accès au dispositif d'Urgence**

Point indicateur :

Les données régionales sur la part de la population municipale à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre mettent en évidence uen amélioration de l'accès au dispositif d'Urgence :

	Municipale	Estimée haute saison
Population 2009	6 177 021	7 397 509
Population à plus de 30min SMUR terrestre avant déploiement MCS	393 603	1 079 801
Population à plus de 30min SMUR terrestre après déploiement MCS	273 145	398 900
Part population à plus de 30 min SMUR terrestre avant déploiement MCS	6,4%	14,6%
Part population à plus de 30 min SMUR terrestre après déploiement MCS	4,4%	5,4%

- **L'amélioration de la prise en charge des cas complexes**

La rémunération forfaitaire pour encourager la coordination entre acteurs en exercice regroupé a permis d'enrichir les pratiques des professionnels, par les échanges de points de vue sur les cas discutés. Les retours qualitatifs des acteurs rencontrés permettent de dire que la qualité de prise en charge s'améliore grâce à l'ensemble des dispositifs mis en place, mais sans que cette amélioration ne soit quantifiable à ce jour. L'ex-région Rhône-Alpes était pilote sur les nouveaux modes de rémunération, mais l'évaluation du dispositif a surtout été menée au niveau national dans le cadre de la mise en place du règlement arbitral, il n'existe donc pas de données régionales d'évaluation sur ce point. Un bilan de l'ENMR est réalisé chaque année par l'ARS.

- **L'amélioration de la prise en charge des problématiques territoriales**

L'application des nouveaux modes de rémunération a donné lieu à des projets plus partenariaux, plus transversaux, comme « diabète et ramadan » dans le quartier Etats-Unis à Lyon, la prévention des chutes dans les zones rurales, l'animation de Cafés santé hebdomadaires à Valence sur l'allaitement, les jeunes et l'addiction …

Des fiches de recueil de données d'activité sont renseignées et renvoyées à l'ARS par chaque site ENMR, mais elles ne comportent que des données sur les tâches conduites, et pas sur les résultats constatés. Il n'y a donc aucun outil permettant de recueillir en routine des éléments sur les résultats des ENMR en matière de modification des pratiques des professionnels ou d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

- **La réduction des délais de consultation**

Le système de délégation de tâches des médecins vers d'autres profils professionnels permet aujourd'hui de réduire les délais de consultation. Mais la délégation de tâches n'étant pas bordée juridiquement, aucun dispositif de suivi des effets de ce système n'est actuellement mis en place.

- **L'amélioration du matériel mis à disposition**

En plus du matériel mis à disposition dans les cabinets de montagne, plusieurs actions ont permis de déployer de nouveaux matériels favorisant une prise en charge de qualité. Sur des établissements rencontrant des difficultés pour assurer la permanence des soins radiologiques, un outil de téléradiologie a été déployé (Bourg en Bresse, sud Drôme, Ardèche …). La mise en place de l'utilisation de transferts d'image a été accompagnée en s'assurant de sa bonne intégration dans les SIH et de sa bonne utilisation par les praticiens. Enfin, l'ARS a travaillé à l'informatisation de toutes les MSP, ainsi qu'à leur mise en liaison avec la plateforme régionale.

Facteurs facilitateurs

- Une démographie régionale globalement plus favorable que dans d'autres régions
- La capacité de l'ARS à s'adapter aux évolutions réglementaires nationales en cours de mise en œuvre du PRS

Difficultés rencontrées

- **Le « temps administratif »**

Des critères socles sont à respecter pour bénéficier de l'ENMR. Certains sont considérés comme chronophages par les professionnels, comme l'obligation de se déclarer à l'ASIP.

- **La « culture médicale »**

La notion de délégation de tâche n'est pas encore intégrée dans la culture des médecins français. Il est encore difficile de convaincre les médecins de déléguer certaines tâches aux infirmiers, par exemple, tant pour des raisons culturelles que financières. En effet, pour des questions de rentabilité (les consultations les plus rapides étant plus rentables que les consultations pour des patients poly-pathologiques), une partie des médecins généralistes peuvent être réticents à déléguer ces consultations les plus simples.

La question du numérus clausus et de l'absence de système véritablement contraignant pour les professionnels de santé en termes de lieu d'installation restent deux écueils nationaux importants.

- **La télémédecine**

L'ARS Rhône-Alpes n'a pas été lauréate d'un appel à projets national portant sur la télémédecine et les soins de premier recours. La meilleure manière de rémunérer un acte de spécialiste en télémédecine est encore en discussion.

Analyse de la performance des instances et modes de coordination partenariaux dans l'offre de premier recours

Critères de qualité liés aux instances et modes de coordination partenariaux	**Eléments d'illustration de ce point issus de la question évaluative 1.2**
Effectivité de la prise de décision stratégique au sein des instances à visée stratégique	L'intervention sur l'offre de premier recours a été discutée au niveau des instances dirigeantes de l'ARS et en lien direct avec la CRSA. A un moment donné, il s'est davantage agi d'appliquer les dispositions du Pacte Territoire Santé, ce qui a dépossédé l'ARS d'une certaine marge de manœuvre stratégique.
Effectivité de la discussion technique au sein des instances à visée technique	Même remarque que précédemment.
Niveau de mobilisation des principaux acteurs parties prenantes de la santé en région Rhône-Alpes sur le PRS	Les URPS se sont bien mobilisées sur la réflexion sur la notion de « zones fragiles ».

Analyse de l'ancrage de la démocratie sanitaire dans l'offre de premier recours

Critères de qualité liés à l'ancrage de la démocratie sanitaire	**Eléments d'illustration de ce point issus de la question évaluative 1.2**
Prise en compte des besoins des usagers dans l'élaboration du PRS	Au moment de l'élaboration du PRS, ce sont plutôt les données quantitatives sur l'offre qui ont été mobilisées pour rédiger les orientations du PRS en matière de premier recours.
Mobilisation des usagers et/ou associations d'usagers comme parties prenantes des actions du PRS dans leur mise en œuvre	Certaines associations d'usagers comme l'APF ont été financées pour produire une réflexion sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Cet exemple de financement reste très ponctuel. Plus largement, la question de l'accès aux soins a été abordée dans le cadre de différentes instances techniques, mais sans qu'il soit possible de dire qu'une véritable démarche d'analyse territoriale fine des besoins et attentes en matière de premier recours impliquant directement les usagers ait été conduite.
Implication des représentants des usagers dans la mise en œuvre et le pilotage du PRS	Les représentants des usagers se sont régulièrement mobilisés dans le cadre des Commissions et Collèges de la CRSA pour assurer que la stratégie de déploiement de l'offre ne repose pas uniquement sur l'utilisation du taux d'équipement des territoires au regard de la population totale, pour organiser une offre de premier recours répondant réellement aux besoins locaux.

Conclusions

1 / Les résultats du PRS en matière d'amélioration du contenu et de l'accès à l'offre de premier recours doivent s'apprécier au regard des objectifs inscrits initialement dans le SROS, mais également en prenant en compte les évolutions législatives et réglementaires depuis 2012, en particulier le Pacte Territoires Santé. L'ARS et ses partenaires se sont mis en position de s'adapter à ces évolutions, malgré les difficultés liées à l'adaptation aux circonstances locales de directives nationales, tout en poursuivant des actions en réponse à des enjeux proprement locaux, comme l'équipement des cabinets de montagne.

2 / La stratégie en matière d'offre de premier recours s'est fondée sur une stratégie consistant à privilégier les zones les plus fragiles. Ce zonage a permis de renforcer l'offre sur les périmètres connaissant les besoins de renforcement les plus importants. S'il a mécaniquement induit à un affaiblissement de l'offre sur les zones non priorisées, notamment du fait de départs à la retraite massifs, il a permis de mettre en place une véritable stratégie de rééquilibrage de l'offre dans une optique de réduction des inégalités territoriales d'accès à l'offre, dans un cadre financier contraint. A l'avenir, c'est la question des « bons » critères de fragilité à l'échelle de la région Auvergne-Rhône-Alpes qui se pose, à la fois pour déterminer quantitativement et qualitativement les besoins de soins, d'offre médicale et médico-sociale actuelle, et d'offre prospective (prenant en compte les évolutions démographiques des professionnels).

3 / Le Programme Télésanté a toutefois connu une mise en œuvre plus difficile, dans la mesure notamment où l'ARS Rhône-Alpes n'a pas été lauréate d'un appel à projets national portant sur la télémédecine et les soins de premier recours, ce qui a freiné la dynamique.

4 / Concernant les résultats quantitatifs obtenus, le suivi de la mise en œuvre du Pacte Territoire Santé met en évidence le fait que l'application des dispositifs a permis d'atteindre les objectifs fixés en matière de nombre de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (86 créées à ce jour), de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale (120, avec une viabilité financière avérée), de Contrats d'Engagement de Service Public (115 en 2015), de Maisons médicales de garde. Ces chiffres mettent en évidence une augmentation significative de l'offre pluriprofessionnelle en zones fragiles. En outre, la mise en place des Médecins correspondants SAMU assure qu'aujourd'hui, 4% de la population municipale se trouve à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre, contre 7% en 2012. De manière plus qualitative, la mise en place de l'expérimentation sur les Nouveaux Modes de Rémunération a permis la mise en place de formations, de réunions interprofessionnelles, de réunions de synthèse sur les cas complexes, qui sont des outils de coordination favorables à une amélioration qualitative de la prise en charge, via l'approche pluridisciplinaire et globale ainsi promue. Enfin, la mise en place de protocoles de délégations de tâches (protocole ASALEE sur le diabète, protocole entre ophtalmologistes et orthoptistes) a permis de réduire les délais de consultation.

5 / Sur des enjeux proprement locaux, le financement de 32 dossiers d'équipement de cabinets de montagne en matériel technique a permis de rapprocher l'offre de soins des zones où les accidents se produisent et de réduire le temps de prise en charge.

6 / Le soutien à l'installation de 176 Centres de santé (polyvalents, dentaires, infirmiers, médicaux) à ce jour dans les zones fragiles urbaines et périurbaines a également permis d'assurer une prise en charge plus polyvalente, à renforcer les activités de prévention, à renforcer quantitativement l'offre de prise en charge sur les zones déficitaires en offre.

7 / S'il est impossible de dresser à ce jour le bilan en termes d'amélioration effective de l'état de santé de la population des zones fragiles ayant bénéficié de ce renforcement de l'offre, les efforts ont été multiformes et ont permis de proposer une offre mieux répartie, davantage pluridisciplinaire, et répondant mieux aux nécessités de l'approche « parcours » et « cas complexes ». Entre 2012 et 2015, la part de la population régionale en zone fragile est restée la même, sur la base du Dcret ayant acté que 10% de la population devait être en zone fragile en Rhône-Alpes. En revanche, les zones ont changé, certaines sont sorties de la fragilité suite aux installations de médecins, auxquelles la politique de l'ARS et ses partenaires ont contribué, et d'autres sont « entrées » dans la fragilité compte tenu de départs massifs de médecins en retraite.

8 / L'un des enjeux qui se dessine pour l'après-2016 est la prise en charge des consultations non programmées en journée sans passer par les Urgences. Un travail spécifique va être mené par l'ARS en direction des médecins sur ce sujet. Des directives restent attendues de la part du niveau national concernant la modélisation des centres de consultations non programmés et l'évolution règlementaire des services d'urgences.

Recommandations

1. **Développer des indicateurs de fragilité pertinents à l'échelle de la nouvelle région**

L'un des objectifs de la Loi de modernisation de notre système de santé (LMNSS) est de rendre le zonage plus souple en fonction des réalités du terrain, réviser les modes de définition des territoires avec une convergence de l'ensemble des aides sur la base d'un nouveau zonage unique, et permettre une meilleure lisibilité de la méthode de zonage. Un décret en Conseil d'État doit prochainement déterminer les critères dont tiendront désormais compte les ARS concernant les zones sous-denses et les modalités d'adoption de ces zonages. L'ARS devra appliquer ces directives, mais en étant vigilante sur le fait de ne pas limiter la détermination des zones les plus fragiles à la simple application d'indices d'équipements, mais en la complétant avec une analyse des besoins territoriaux en santé. Les diagnostics à conduire dans le cadre des Contrats Locaux de Santé, les temps d'échange en Conseil Territorial de Santé, la mobilisation des Communautés professionnelles territoriales de santé sur l'identification des besoins locaux, les enseignements tirés des travaux des Conférences de territoire ayant le mieux fonctionné … constitueront des bases pertinentes.

2. **Poursuivre le développement des dispositifs du Volet 2 du Pacte Territoire Santé : PTMG / PTMA / CESP/ PIAS (Praticien isolé à activité saisonnière) en ayant au préalable tiré tous les enseignements de la première période de mise en œuvre**

A ce jour, seul un suivi / bilan quantitatif des dispositifs a été assuré par l'ARS. Il sera nécessaire de mettre en place un suivi qualitatif / une évaluation des résultats obtenus, sur la base par exemple :

- d'une consolidation régionale des données de suivi issues des sites, qui ne sont pas exploitées actuellement en transversal (données de bilan ENMR, données d'activité des centres de santé, …)
- de la conduite d'une démarche d'enquête directe auprès des bénéficiaires de ces dispositifs :
  - ✓ sur la satisfaction des bénéficiaires et la pertinence qu'ils perçoivent du dispositif (ce qui pourrait conduire l'ARS à développer des mesures éventuellement complémentaires visant à étendre le périmètre du soutien),
  - ✓ les besoins d'accompagnement complémentaires existants (en matière de gestion des obligations liées aux systèmes d'information par exemple),
  - ✓ la pérennité du dispositif (la volonté des bénéficiaires de rester sur le territoire après la fin du soutien),
  - ✓ le caractère déterminant ou non des dispositifs vis-à-vis de la décision d'installation…
- de la conduite d'une démarche d'enquête directe auprès des acteurs de santé du territoire d'implantation des bénéficiaires,
- d'une démarche de recueil de la satisfaction des usagers comme bénéficiaires ultimes de ces dispositifs.

3. **Conduire des démarches de bilan des Maisons Médicales de Garde et des protocoles de délégation de tâches,** qui ne font actuellement pas l'objet de démarche de suivi spécifique

4. **Poursuivre le soutien aux modes d'exercice regroupé, qui constituent une forme de travail répondant aux besoins des professionnels, sur la base d'une évaluation préalable des MSP prenant en compte :**

- les enseignements des rapports récents, par exemple « Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé : Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé » (Fournier, 2014),
- le fait que l'implantation d'une maison de santé unique a souvent comme conséquence de déséquilibrer l'offre de soin locale et de redéfinir le paysage médical et paramédical (des communes qui disposent d'un embryon d'offre de soin peuvent ainsi relativement rapidement voir leurs professionnels de santé s'installer sur un autre territoire à proximité),
- le fait qu'en l'absence de concertation entre les communes, la construction de deux maisons de santé à proximité directe peut avoir pour conséquent de favoriser les effets d'aubaine pour les professionnels de santé qui une fois les conditions économiques qui leurs sont offertes disparaissent (aide à l'installation, exonération fiscale…) auront tendance à partir s'installer sur d'autres territoires plus propices,
- la nécessité d'une réflexion entre les professionnels de santé et les élus sur les conséquences de la création d'une maison de santé (accessibilité à l'offre de soin, la répartition de l'offre de soin à court, moyen et long terme) et l'opportunité d'actions complémentaires relatives à la mobilité des patients et des professionnels de santé.

5. Soutenir davantage les médecins remplaçants

Aujourd'hui, pour les médecins généralistes, le remplacement apparaît comme une période de transition quasi systématique entre la fin de l'internat et l'installation. L'ARS pourrait réfléchir à une solution permettant aux médecins remplaçants de découvrir le milieu ambulatoire au sein des zones déficitaires d'un territoire donné, avec un statut de salarié. Elle s'intégrerait dans les aides organisationnelles mises en place au sein d'un territoire en permettant une "passerelle" vers l'exercice ambulatoire répondant à un double besoin : découvrir l'exercice ambulatoire pour les jeunes médecins généralistes, et permettre le remplacement des médecins généralistes installés en zone déficitaire, garantissant donc une continuité des soins dans ces zones en leur absence.

6. Poursuivre la labellisation universitaire des MSP (Présence d'au moins un médecin généraliste en lien avec l'Université, Existence d'un référent recherche et d'un référent enseignement au sein de la structure…)

3.1.2.2 Volet « Maladies chroniques – Focale sur le diabète de type 2 »

Eléments de contexte et de définition

Devant l'accroissement de la population souffrant de maladies chroniques et la nécessité de faire évoluer la prise en charge, l'éducation thérapeutique apparaît officiellement dans la **Loi Hôpital Patient Santé Territoire-HPST de 2009,** qui l'inscrit ainsi dans le parcours de soins et lui donne un cadre législatif. L'Art.L.1161-1. précise que *« 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 souligne également que pour être mis en œuvre, les programmes d'ETP doivent être d'une part conformes à un cahier des charges national et d'autre part, autorisés par les ARS.

- **Le développement de l'autonomie des patients comme outil de l'amélioration de la qualité des parcours de soins en Rhône-Alpes**

En écho à cette Loi, en Rhône-Alpes, l'ARS a fait du développement et de l'organisation de la prévention des maladies chroniques, ainsi que de l'amélioration de la coordination de leur prise en charge, deux des priorités du PRS. La Priorité 15 vise en effet, aux côtés des actions de prévention, à répondre à l'enjeu d'accompagner au mieux les malades dans la gestion et la prise en charge de leurs affections. Le diabète, qui constitue une priorité tant nationale que régionale, est plus spécifiquement ciblé dans les actions portées.

L'action 4 de la Priorité 15 vise plus spécifiquement à encourager les patients atteints de maladies chroniques à être acteurs de leur santé en facilitant l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique et en développant l'auto surveillance. Elle se décline en deux sous actions visant à mettre en œuvre une réponse à cet enjeu sur le territoire Rhône-alpin :

- Sous-action 1. Améliorer l'information des patients et des professionnels de santé en poursuivant le développement du site Internet EPHORA et en le spécialisant sur les questions d'éducation thérapeutique

- Sous-action 2. Repérer en lien avec l'Assurance Maladie les médecins traitants qui disposent dans leur patientèle d'une part importante de patients présentant des pathologies neuro et cardiovasculaires ainsi que des patients diabétiques.

- **Une première photographie de l'offre ETP diabète disponible sur le territoire Rhône-alpin, au regard des besoins constatés**

La structuration et le développement de l'ETP en Région nécessitent la connaissance de l'offre territoriale existante, et dans un même mouvement, une analyse de la corrélation entre l'offre et les besoins sur les territoires. Pour le diabète, un état des lieux empirique de la réponse a été élaboré au sein de l'ARS, à partir des dossiers de demande d'autorisation et/ou de renouvellement des programmes d'ETP diabétiques en Rhône-Alpes en date de mai 2015, et croisé avec les données de l'Assurance maladie disponibles quant aux taux de prévalence de la maladie dans les différents départements de la région.

L'état des lieux permet en premier lieu, de pointer une prévalence plus forte du diabète en Ardèche, l'Isère et la Loire que dans les autres départements.

Prévalence du diabète dans les départements de la région Rhône-Alpes en 2012

Zone géographique (Région - département)	Nombre de personnes diabétiques (a)	Prévalence brute en 2012 (b)	Prévalence standardisée en 2012 (c)
01- Ain	22 997	3,74	4,00
07- Ardèche	15 382	**4,81**	**4,14**
26- Drôme	23 671	**4,8**	**4,51**
38- Isère	52 268	**4,26**	**4,51**
42- Loire	38 206	**5,08**	**4,70**
69- Rhône	74 058	**4,18**	**4,68**
73- Savoie	15 739	3,71	3,67
74- Haute-Savoie	25 241	3,31	3,65
Rhône-Alpes	**267562**	**4,20**	**4,34**
France entière	**2997970**	**4,58**	**4,58**

(a) personnes, identifiées dans les données de l'Assurance Maladie, tous régimes d'Assurance maladie confondus, ayant eu une délivrance d'antidiabétiques oraux et/ou insuline à au moins 3 dates différentes au cours de l'année (2 si au moins un grand conditionnement délivré)

(b) population de référence= moyenne de la population Insee des années 2012 et 2013

(c) standardisation sur la répartition par âge atteint et sexe de la population Insee moyenne en 2012

En orange : les départements dont le taux de prévalence est supérieur aux moyennes régionale et nationale.

Prévalence du diabète dans les départements de la région Rhône-Alpes en 2013

Zone géographique (Région - département)	Nombre de personnes diabétiques (a)	Prévalence brute en 2013 (b)	Prévalence standardisée en 2013 (c)
01- Ain	23 747	3,81	4,07
07- Ardèche	15 826	**4,94**	4,24
26- Drôme	24 228	**4,89**	**4,59**
38- Isère	53 702	**4,34**	**4,61**
42- Loire	38 843	**5,13**	**4,76**
69- Rhône	76 110	**4,25**	**4,82**
73- Savoie	16 100	3,78	3,72
74- Haute-Savoie	25 637	3,32	3,68
Rhône-Alpes	**274 193**	**4,27**	**4,43**
France entière	**3 068 972**	**4,67**	**4,67**

(a) personnes, identifiées dans les données de l'Assurance Maladie, tous régimes d'Assurance maladie confondus, ayant eu une délivrance d'antidiabétiques oraux et/ou insuline à au moins 3 dates différentes au cours de l'année (2 si au moins un grand conditionnement délivré)

(b) population de référence= moyenne de la population Insee des années 2013 et 2014

(c) standardisation sur la répartition par âge atteint et sexe de la population Insee moyenne en 2013

En orange : les départements dont le taux de prévalence est supérieur aux moyennes régionales et nationales.

La part des patients diabétiques dans chaque département en 2013

Département	La part des patients diabétiques dans chaque département
Ain	8,3%
Ardèche	5,3%
Drome	7,7%
Isère	**20,2%**
Loire	**15,3%**
Rhône	**28,1%**
Savoie	6,0%
Haute-Savoie	9,2%

Sources : INSEE, Janvier 2014 / Assurance Maladie, données de l'ALD 2013 (Traitement Elise Valliet -ARS dans l'Etat des lieux des programmes d'ETP diabète en Rhône-Alpes, juin 2015)

L'étude réalisée permet une première lecture de l'offre existante sur les territoires en matière d'ETP. Les résultats sont toutefois à considérer avec précaution, dans la mesure où ils se fondent sur des données déclaratives remontées par les coordonnateurs de programmes ETP, qui ne sont ni exhaustives, ni systématiquement précises. Les 71 programmes dédiés au diabète (tous types confondus) et dont les informations ont été remontées à l'ARS en mai 2015, **ont accueilli 13 734 patients en région, soit 7% de l'effectif total des patients diabétiques en Rhône-Alpes. La Drôme semble être, et de loin, le département le plus actif avec 24% des patients diabétiques qui auraient suivi un programme d'ETP en 2013.**

L'offre en ETP par département : patients ayant suivi un programme d'ETP en 2013

Département	Pourcentage de patient ayant profité d'un programme d'ETP en 2013	File active totale du département	Nombre de diabétiques dans le département
Ain	**2%**	397	16 640
Ardèche	9%	1012	10 660
Drôme	**24%**	3676	15 400
Isère	**4%**	1638	40 680
Loire	6%	1712	30 690
Rhône	6%	3288	56 520
Savoie	**4%**	464	11 990
Haute-Savoie	7%	1302	18 500
Total	**7%**	**13 734**	**201 080**

Sources : Données extraites des dossiers des programmes ETP Rhône-Alpes disponibles en date de mai 2015 / Assurance Maladie, données de l'ALD 2013 (Traitement Elise Valliet -ARS dans l'Etat des lieux des programmes d'ETP diabète en Rhône-Alpes, juin 2015)

L'offre en ETP par département : répartition secteur hospitalier / ambulatoire en 2013

	Nombre de Programmes Hospitaliers (%)	Nombre de Programmes non Hospitaliers (%)	Nombre de Programmes Total
Ain	1	2 (67%)	3
Ardèche	3	0	3
Drome	6	1 (14%)	7
Isère	7	5 (42%)	12
Loire	8	6 (43%)	14
Rhône	9	1 (10%)	10
Savoie	5	2 (29%)	7
Haute-Savoie	13	1 (7%)	14
Rhône-Alpes	**52 (74%)**	**18 (26%)**	**70**

Sources : Données extraites des dossiers des programmes ETP Rhône-Alpes disponibles en date de mai 2015 / Assurance Maladie, données de l'ALD 2013 (Traitement Elise Valliet -ARS dans l'Etat des lieux des programmes d'ETP diabète en Rhône-Alpes, juin 2015)

A relever également dans le cadre de l'état des lieux, le constat selon lequel une grande majorité des patients diabétiques ayant profité d'au moins une séance d'ETP l'ont fait à l'hôpital (environ 84%). L'ensemble des structures ambulatoires ont pris en charge environ 15% des patients dans le cadre de programme d'ETP.

L'offre en ETP par département : répartition des patients par type de structure en 2013

Type de structure	Nombre de patients différents ayant bénéficiés d'au moins une séance d'un programme personnalisé dans l'année 2013	% des patients en ETP
Association	514	3,7%
Centre examen de santé	245	1,8%
Hôpital	11 512	83,8%
Maison de santé	276	2,0%
Réseau	1187	8,6%
Total général	**13734**	**100,0%**

Sources : Données extraites des dossiers des programmes ETP Rhône-Alpes disponibles en date de mai 2015 / Assurance Maladie, données de l'ALD 2013 (Traitement Elise Valliet -ARS dans l'Etat des lieux des programmes d'ETP diabète en Rhône-Alpes, juin 2015)

Cadrage des investigations

- Analyse des jalons d'avancement de la Priorité 15 du PRS
- Analyse documentaire
- Entretiens conduits :

Nom	Localisation	Structure	Fonction
Julien Christophe	Lyon	ARS	Chef de service Adjoint Service Prévention promotion de la Santé
Blanc Gwenaëlle	Lyon	IREPS	Chargée de projet IREPS Rhône-Alpes
Feutrier Corinne	Lyon	UTEP 69	Responsable de l'UTEP CHU Lyon (Rhône)
Valliet Elise	Savoie	IREPS	Chargée de projets IREPS Savoie

Résultat des investigations

Bilan des réalisations

<u>Sous-action 1.</u> Améliorer l'information des patients et des professionnels de santé en poursuivant le développement du site Internet EPHORA et en le spécialisant sur les questions d'éducation thérapeutique

	Sous-action	Avancement
Action 1 – Encourager les patients atteints de maladies chroniques à être acteurs de leur santé en facilitant l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique et en développant l'auto surveillance	1.1 Améliorer l'information des patients et des professionnels de santé en poursuivant le développement du site Internet EPHORA et en le spécialisant sur les questions d'éducation thérapeutique (…)	**Jalon atteint : 100%** *Les fiches programmes (ETP) sont régulièrement mises à jour sur le site EPHORA, accessible à tous.* *Néanmoins, l'année 2015 a été consacrée au renouvellement des programmes d'ETP, avec dans certains cas un changement de coordonnateur. L'information des coordonnateurs sur la nécessité de la mise à jour des fiches déjà renseignées ou de la création de fiche présentant le programme a pris du retard au regard de la procédure de rédaction des décisions de renouvellement ou d'autorisation.*

- **Une coordination des acteurs pour développer l'offre d'ETP en Rhône-Alpes**

Un groupe de travail régional ETP, piloté par l'ARS Rhône-Alpes (DSP en lien avec la DEOS), réunissant des représentants des réseaux de santé spécialisés, des MSP, des pôles de santé, de l'URPS, de l'assurance maladie, des fédérations hospitalières et d'UTEP a été mis en place, avec pour objectif de développer l'ETP en ambulatoire et de faire connaitre les ressources disponibles aux médecins traitants. En effet, une proportion importante des programmes d'ETP continuent d'être réalisés à l'hôpital quand 70% des patients atteints de maladies chroniques sont suivis en ville. L'objectif

d'impulser le développement des programmes en ambulatoire en coordonnant les compétences prend sens dans ce contexte.

- **Le site EPHORA : premier pas pour améliorer l'information des patients et des professionnels de santé**

Créé il y a une dizaine d'année, EPHORA est un outil au service des patients et des soignants investis dans des projets d'éducation thérapeutique du patient en région Rhône-Alpes. EPHORA est accessible à l'adresse suivante http://www.ephora.fr/ind/m.asp. Pour faciliter son utilisation, il est alimenté par un tutoriel interactif. EPHORA répertorie les acteurs d'ETP en Rhône-Alpes (395 associations recensées), les programmes existants, les actualités, la réglementation et la documentation avec renvoi sur les documents intégraux ainsi que les formations régionales/nationales. Le site est géré par L'IREPS.

En juin 2014, lors d'une réunion du groupe de travail régional ETP où a été présenté EPHORA, il était proposé de :

- « Rajouter un moteur de recherche type "google" notamment dans la bibliothèque de documents mais aussi sur la page d'accueil.
- Rajouter un lien vers la PAPS, vers l'outil de l'ARS Aquitaine qui comporte des données utilisables par tous, vers les UTEP
- Mieux faire la promotion d'EPHORA auprès des professionnels de 1er recours
- Plutôt que la création d'une boîte à outils au service des professionnels de l'éducation thérapeutique en Rhône-Alpes, comme initialement prévu, que les coordinateurs de programme fassent vivre le contenu de leur(s) fiche(s) en proposant en particulier des pièces jointes (outils ou dossiers qu'ils souhaitent partager). A ce jour, il est possible d'ajouter un lien Internet à chaque fiche.
- Ouvrir une plateforme régionale d'échanges sur l'ETP permettant par exemple la diffusion d'informations, date de colloques, de journée d'échanges et/ou de formations locales…
- Définir la structure de cette plateforme au sein d'un groupe en lien avec l'IREPS, préciser les cartographies à réaliser à partir des données d'EPHORA ».

C'est ainsi qu'un sous-groupe a spécifiquement été lancé sur le site Internet EPHORA. En septembre 2014, les modifications suivantes étaient constatées : « amélioration de l'accessibilité du site EPHORA avec notamment la création d'un moteur de recherche des mots clefs, le développement d'un module d'actualité, mise à jour des listings et relance des coordinateurs de programme d'ETP pour que les fiches de renseignement sur les programmes d'ETP soit à jour ». Chaque coordonnateur de programme est identifié et notifié par l'ARS. Ils ont la possibilité d'administrer le site (fiches avec des champs fermé pour les homogénéiser).

En début d'année 2015, l'IREPS a engagé un travail d'évaluation au travers d'un questionnaire d'évaluation du site EPHORA en direction des utilisateurs et des non utilisateurs (professionnels de santé et associations de patients). Malheureusement, peu de réponses ont été collectées.

Selon les interlocuteurs de l'IREPS, le fait d'être en lien direct avec les contributeurs/utilisateurs du site EPHORA via le groupe régional ETP de l'ARS a toutefois permis de réajuster en 2014 les services offerts par le site, afin de répondre au mieux aux attentes et besoins du public concerné.

Les années 2014 et 2015 ont vu une augmentation de la contribution des coordonnateurs de programmes ETP à la base, et les statistiques de fréquentation du site s'accroitre également. Néanmoins, **la saisie des informations relatives aux programmes reste tributaire de la bonne volonté des coordonnateurs** et le constat est qu'encore beaucoup d'entre eux n'ont pas engagé cette démarche. A titre d'exemple, **en date de juin 2016, sur les 351 coordonnateurs de terrain identifiés, 137 ont renseigné la base et *a minima* une fiche programme**. 29 d'entre eux ont renseigné leurs coordonnées sans aller plus loin dans la démarche. **Près de 185 coordonnateurs ne se sont pas saisis de l'outil, rendant parcellaire la lecture de l'offre sur le territoire.**

Si l'enjeu d'un développement de l'offre d'ETP constitue l'une des priorités du PRS, il appelle néanmoins en premier lieu, une lecture fine de la réponse telle qu'elle est proposée actuellement sur le territoire. Le travail amorcé par les équipes de l'IREPS à travers le site EPHORA et à destination des coordonnateurs doit ainsi être poursuivi, de manière à doter l'ARS d'un état des lieux exhaustif, socle de toute démarche stratégique.

<u>Sous-action 2.</u> Repérer en lien avec l'Assurance Maladie les médecins traitants qui disposent dans leur patientèle d'une part importante de patients présentant des pathologies neuro et cardiovasculaires ainsi que des diabétiques

- **Un travail d'information en proximité avec les médecins traitants à poursuivre**

	Sous-action	Avancement
Action 4 – Encourager les patients atteints de maladies chroniques à être acteurs de leur santé en facilitant l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique et en développant l'auto surveillance	4.2 Repérer en lien avec l'Assurance Maladie les médecins traitants qui disposent dans leur patientèle d'une part importante de patients présentant des pathologies neuro et cardiovasculaires ainsi que des diabétiques	**Jalon atteint : 75%** Mise en place d'un Comité de pilotage régional et construction d'un plan d'actions partenarial

Cette deuxième sous-action qui a vocation *« établir un partenariat avec la Direction régionale du Service médical (DRSM) et la CPAM pour mobiliser les réseaux de médecins traitants, voire l'URPS* » fait écho à une très forte attente des acteurs en ambulatoires et aux médecins de ville, exprimée à de multiples reprises dans le groupe ETP. Si un Comité de pilotage a été mis en place et une feuille d'actions communes pensée de façon partenariale, l'action d'information et de sensibilisation à destination des médecins ne semble toutefois pas avoir été engagée à ce stade.

- **Une phase de renouvellement des programmes d'ETP qui a pris le pas sur la diffusion et le développement de l'offre sur la période récente**

En 2015, l'ARS a accompagné le renouvellement des programmes d'ETP initiés au début des années 2010. Plus de 300 programmes ont été autorisés au lendemain de la promulgation de la Loi HPST, et près des deux tiers ont nécessité **un renouvellement des autorisations sur l'année 2015, mobilisant une part importante des ressources au sein de la Direction de la santé publique (DSP) accompagnant les coordonnateurs dans la construction des dossiers et des programmes**. Certains programmes ont fusionné, d'autres ont recomposé leur offre au regard des nouvelles obligations (décret de janvier 2015) et dans une démarche de simplification. **Cette montée en charge administrative a, de fait, pris le pas sur le travail plus proactif de cartographie de l'offre.**

- **Une exigence renforcée appelée par le décret du 14 janvier 2015 induisant une mise en conformité des programmes plutôt qu'un développement de l'offre d'ETP**

Une obligation de formation est notamment venue s'ajouter à la liste des obligations établies pour l'autorisation des programmes d'ETP. Depuis janvier 2015, *« les intervenants ainsi que le coordonnateur doivent justifier des compétences en ETP définies par l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. »* L'obligation de formation (40 heures sur cinq jours) a été élargie à l'ensemble de l'équipe du programme, quand deux personnes seulement devaient y répondre auparavant. Cette exigence de formation est vécue comme très contraignante par l'ensemble des praticiens. Elle est d'une part difficile à mobiliser dans le contexte de services hospitaliers où les importantes rotations de personnels imposent de former en continu, et où la charge de travail ne permet pas de libérer des ressources sur les périodes demandées. Et d'autre part, pour les médecins libéraux, l'obligation de formation n'est pas attractive malgré la forte valeur ajoutée induite.

> *« Pour les médecins libéraux c'est très compliqué de se former. On leur dit « formez-vous et on verra ensuite ce que l'on peut vous donner en termes de moyens ». Ils ne sont pas rémunérés sur la période et ne voient pas leur intérêt dans leur pratique au quotidien. C'est vraiment dommage, parce que ces formations permettent un véritable changement de posture. »*

Résultats

a. Résultats sur la répartition territoriale de l'offre

- **De la nécessité d'une étude des files actives pour corréler l'offre aux besoins du territoire**

Si l'état des lieux des programmes ETP diabète conduit par l'ARS en 2015 a permis une première analyse de la réponse existante au regard de la prévalence de l'affection sur le territoire régional, le caractère non exhaustif de l'information disponible ne permet pas de tirer de grandes conclusions et de proposer des moyens en conséquence.

L'enjeu premier est ainsi, avant toute chose, de construire une offre en rapport avec les taux de prévalence par territoire, et reposant sur une étude épidémiologique. Cela implique **une analyse des files actives de prise en charge par pathologie (pour le diabète comme pour d'autres maladies chroniques et cardiovasculaires)** pour analyser et construire l'offre au regard des besoins réels. Ce travail n'est pas engagé à ce jour. Les données de l'Assurance maladie portant sur les exonérations/ indemnisations pourraient permettre une première lecture. Elles devront néanmoins être complétées d'une analyse fine de la réponse.

> **A titre d'illustration**…
>
> Des démarches en ce sens ont été engagées dans le cadre du Plan maladies neurodégénératives (Parkinson et Sclérose en plaques notamment) permettant le développement de programmes d'ETP ciblés et à dimension adaptée.

Si le même travail était engagé pour les maladies chroniques telles que le diabète de type 2, le besoin serait connu plus précisément, et des outils comme l'appel à projets pourraient ensuite être pertinents à mobiliser pour l'ARS, pour flécher les financements régionaux spécifiquement en réponse aux besoins.

- **Une absence de lisibilité de l'offre qui grève l'ambition d'une réponse à la hauteur des besoins**

Comme vu précédemment, l'enjeu d'un développement de l'offre d'ETP passe avant tout par une lecture fine de la réponse proposée actuellement sur le territoire. Les outils actuels ne permettent pas de répondre à cet enjeu malgré les jalons posés avec le site EPHORA et la sensibilisation active des coordonnateurs de programme d'éducation thérapeutique des patients en Région.

- **Un projet de cartographie à l'étude comme premier pas d'analyse de l'offre**

Au sein de l'IREPS, la réflexion est ouverte pour affiner le travail de cartographie de l'offre de programmes ETP sur le territoire. Néanmoins, un certain nombre de limites se posent. D'une part, les fiches programmes renseignées aujourd'hui ne sont pas homogènes : concernant l'échelle de déploiement des actions qui servent de cadre de restitution par exemple, l'échelle départementale aujourd'hui retenue devrait laisser place à une lecture plus resserrée, par commune par exemple. De la même manière, une entrée « public » pourrait être recherchée de manière à favoriser le recours des praticiens et des usagers. Une réflexion partenariale autour de l'évolution de la base de données a été amorcée avec les UTEP et le Collectif Sud notamment. S'ajoute à cela la demande des professionnels qui appellent un échange de pratiques. Celle-ci devra être pensée vis-à-vis des besoins de terrain.

- **Un outillage en commun ébauché comme vecteur facilitant la réponse aux besoins**

La centralisation des informations relatives au parcours d'ETP d'un patient reste un enjeu pour de nombreux professionnels. Les UTEP se sont d'ailleurs saisis de celui-ci en travaillant la maquette d'un dossier patient « unique » et régional. Un partage et une centralisation de l'information permettraient une lecture fine de la réponse existante et des parcours, et permettrait aux professionnels de s'inscrire en complémentarité. Ce travail initié en amont du PRS, n'a pas donné lieu à un outil finalisé en date de l'évaluation.

- **Une plus forte proactivité de l'ARS à rechercher**

L'ARS endosse aujourd'hui une posture « passive » d'accompagnateur, vis-à-vis d'opérateurs porteurs de programmes. Si les financements répondent à la stratégie et aux objectifs ciblés dans le PRS et les différents programmes et schémas au niveau des territoires, il semble nécessaire de passer le cap de l'impulsion.

b. Résultats sur l'amélioration de la prise en charge

- **Une montée en charge difficile à mesurer, en l'absence d'un système de suivi et d'évaluation de l'offre existante, transversale à l'ensemble des programmes par pathologie et par territoire**

La montée en charge des files actives de patients pris en charge sur des programmes d'ETP en Rhône-Alpes en général, et des patients diabétiques en particulier, n'est pas mesurable à l'aune des données disponibles. Les données collectées ne sont pas homogènes ni exhaustives et ne permettent pas de construire un portrait fin de la réponse sur le territoire avant 2012 et depuis lors.

- **Une réglementation et un Programme Régional de Santé ayant néanmoins contribué à légitimer l'ETP**

La Loi HPST et le PRS ont néanmoins facilité la diffusion des principes de l'ETP, sa légitimation mais aussi sa connaissance par les professionnels de santé. Il n'en reste pas moins un fort enjeu de sensibilisation des médecins libéraux surtout traitants qui constituent une faible part de la prescription. Leur rôle est essentiel notamment sur des pathologies comme le diabète mais reste souvent limité. En effet, la plupart des entrées dans les programmes d'ETP sont consécutives à une hospitalisation ou à une orientation de spécialistes.

- **Des effets « pervers » induit par la nouvelle réglementation impactant l'offre existante**

Alors que le développement d'une offre de qualité est recherché par la loi HPST, l'obligation de formation qui accompagne la certification des programmes ETP depuis janvier 2015 a pu constituer un véritable frein et entraîner un effet contreproductif. Des initiatives en ambulatoire, portées par des médecins libéraux, ont par exemple dû s'arrêter car ils n'étaient pas en capacité de se former dans les délais impartis.

> *« L'arrêté de janvier 2015 est en train de tuer l'ETP. Des programmes important comme celui à destination des enfants obèses porté par le réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (REPPOP) du Rhône ont dû s'arrêter car ils ne pouvaient pas assumer la formation des dizaines de médecins traitants d'ici à janvier 2017. »*

Parallèlement, des programmes se développent sans être autorisés du fait des exigences de la certification qu'ils ont difficulté à remplir. Les exigences réglementaires ont dans ce contexte pu induire de l'ETP « sauvage », avec des professionnels formés qui mènent des actions proches de l'EPT mais sans le faire reconnaitre, en s'appelant « éducation formative » ou un équivalent. Ces programmes s'exposent à de lourdes amendes.

- **Alors qu'ils constituent des acteurs de l'ETP, les médecins libéraux restent encore en marge de l'offre d'accompagnement existante**

Si la différence de culture et de fait, de pratiques, rend complexe la création de liens entre médecins hospitaliers et libéraux, les freins identifiés ne sont pas circonscrits à cette analyse. Les UTEP remontent le constat de médecins généralistes libéraux aujourd'hui absents des formations proposées dans le cadre des Unités du fait de plusieurs difficultés cumulées : si la lisibilité de l'offre n'est pas systématique, la capacité pour les UTEP à les accueillir reste également un frein important identifié. Qui plus est, comme vu précédemment, peu nombreux sont les médecins à se saisir de l'enjeu de formation (faible valorisation financière…)

Facteurs facilitateurs

- **La majorité des professionnels libéraux sont convaincus de l'intérêt de l'ETP (quand ils connaissent la démarche) et de l'intérêt de se former. C'est un terreau favorable au développement de l'offre sur le territoire.**

- **L'offre de formation est plurielle sur le territoire. Dès lors que la volonté et la disponibilité sont là, il est facile de se former.** (Toutefois, les acteurs du territoire Drôme-Ardèche remontent des difficultés pour faire face à la demande – avec une offre de formation au niveau du Collectif Sud saturée jusqu'à fin d'année 2016).

- **Le rôle des réseaux de santé ressort comme un levier favorisant le développement de programme d'ETP. Leur appui d'ordre logistique et organisationnel constitue un véritable tremplin pour la mise en place de programmes.** Plus globalement, une dynamique locale forte est un élément facilitant pour l'adhésion d'autres professionnels.

- **Egalement, certaines structures et praticiens constituent des relais importants sur les territoires. C'est le cas repéré des Maisons de santé pluridisciplinaires** qui permettent la construction, la mise en œuvre et in fine la coordination autour de l'ETP dans une logique de service ; le rôle des **infirmières libérales** et des **pharmaciens** est régulièrement valorisé comme déclencheur ou moteur de la dynamique.

- **La présence d'une infirmière « Asalée » dans les Maisons de santé pluridisciplinaires** constitue un levier supplémentaire (financier notamment) qui permet de **compléter le financement au forfait** jugé insuffisant.

- **Le partage de pratiques favorise le développement de l'intérêt des équipes.** Les UTEP comme les coordonnateurs de programmes et équipes appellent à renforcer ces temps et à accompagner la démarche d'une diffusion des outils existants.

- **Le lien de l'hôpital vers la ville permet de garantir une adhésion forte des patients au parcours.** *« Les patients sont convaincus du bien-fondé de l'ETP et en redemandent. »*

Difficultés rencontrées

- **Absence de lisibilité de l'offre et de sa corrélation au regard de la prévalence des pathologies sur les territoires**

- **Caractère non obligatoire de la remontée d'information par les coordonnateurs de programme qui grève toute lecture exhaustive**

- **La priorité sur la période récente a été donnée à l'enjeu de renouvellement des autorisations de programme, sans pouvoir investir à la hauteur des attendus, les enjeux de développement et de montée en charge et en qualité des programmes**

- **L'obligation de former l'ensemble des équipes au sein d'un programme ETP, est venue freiner l'élan pourtant initié au lendemain de la promulgation de la loi HPST**

- **L'effort d'information / sensibilisation des médecins libéraux en termes d'accompagnement** des patients sur un parcours d'ETP, **ou de prescription** vers un programme (en ambulatoire de préférence) **n'a pas permis d'améliorer le recours** (voire la lisibilité de l'offre ?) La lecture de l'existant et des ressources du territoire reste partielle et le besoin reste entier.

- Des modalités de mise en œuvre qui constituent un frein : il peut être remonté le besoin d'orienter ses propres patients vers un autre professionnel pour croiser les regards et enrichir les bilans éducatifs notamment. Dans ce contexte, **le déplacement hors du territoire de santé habituel du praticien, constitue un frein remonté.**

- **Le financement des parcours conditionné à la finalisation de celui-ci, constitue un frein pour le recours notamment des médecins libéraux**

  Aujourd'hui la prise en charge d'un parcours est conditionnée au fait que le patient ait suivi l'ensemble des 4 séances constitutives d'un parcours. Si un patient ne va pas au bout de la démarche pour quelque motif que ce soit, le forfait n'est pas débloqué. Une demande est remontée par l'ensemble des professionnels pour prendre en charge financièrement sous forme de forfait, chaque étape du parcours individuellement, de manière à valoriser un parcours incomplet.

- **Plus largement, le manque de moyens dédiés ne favorise pas le développement de programme. Pour que la réponse soit construite et saisie à la hauteur des enjeux, le développement de programme d'ETP sur des territoires aujourd'hui non pourvus, devra réfléchir à dédier quelques moyens pour favoriser l'impulsion de la dynamique**

- **Le repérage et la prescription des patients restent des enjeux capitaux. Le recrutement des patients est complexe et l'enjeu d'information des publics et de mobilisation des professionnels libéraux de l'autre est, de fait, capital.** La réponse aujourd'hui pensée n'est toutefois pas pleinement efficace avec des patients que le terme même d'éducation, effraie ; et d'autres à qui l'enjeu d'un parcours jalonné d'étapes multiples fait peur.

« Les patients réclament leur séance de kiné après une entorse à la cheville mais pas leur ETP après un infarctus. »

Conclusions

De premiers jalons initiés et développés sous l'impulsion du PRS ont permis de tracer de premières voies pour une centralisation de l'information sur les programmes d'ETP en Rhône-Alpes. La base de données EPHORA et le site éponyme qui permet aux publics et professionnels cette lecture de l'offre l'illustre bien. L'information reste toutefois parcellaire et sans corrélation à ce stade avec les besoins réels ou supposés sur le territoire. Aller vers une analyse des files actives par pathologie (et notamment concernant le diabète de type 2) permettrait également une lecture territorialisée des besoins ; elle est l'étape sans laquelle le développement ne pourra se faire dans une logique d'équité sur l'ensemble des territoires.

L'ETP reste toutefois encore mal connue, peu valorisée sur plusieurs pans, alors même que le développement de programmes répond à des exigences de plus en plus fortes en termes de réglementation. La pratique est légitimée mais reste insuffisamment accompagnée et le développement peu guidé (en termes de priorité : territoire, pathologie…) et vis-à-vis des médecins libéraux qui constituent pourtant des acteurs clé de voute de l'ETP, de la prescription à la prise en charge dans le cadre d'un parcours définit.

Recommandations

1. **Accompagner le développement de l'offre d'ETP de manière proactive sur les zones blanches dans une logique de réduction des inégalités d'accès**
   - Penser le processus de remontée d'information sur les programmes d'EPT existants, de manière homogène et utile au regard du double enjeu de cartographie de l'existant et recours des professionnels et patients. Affiner l'état des lieux approximatif existant, avec un travail autour des files actives de prise en charge par pathologie et par territoire. Dans une première intention, un travail d'analyse documentaire sur la base des dossiers des programme autorisés pourra être engagé en interne à l'ARS de manière à construire un état des lieux sur la base de la matière disponible et d'identifier les zones blanches.
   - En parallèle du travail de diagnostic de l'offre, amorcer en proximité avec l'assurance maladie une analyse de la prévalence par pathologie sur les territoires (échelle infra départementale) (et notamment pour ce qui concerne le diabète de type 2) de manière à aboutir à une analyse offre / besoins, et à une stratégie régionale de développement de l'ETP qui puissent être territorialisée.

2. **Favoriser le développement de l'ETP en :**
   - … questionnant la faisabilité de mesures dérogatoires au regard des réalités de terrain quant à la réglementation spécifiquement sur le volet formation ;
   - … favorisant le développement de l'offre sur les zones blanches, en déployant une logique de moyens : à ce titre, le format de l'appel à projets semble pertinent) ;
   - … corrélant la démarche de développement à une sensibilisation, et une formation des médecins libéraux qui restent encore peu impliqués (repenser les outils : fiche de prescription, cartographie des structures et programmes sur le territoire…)

- Engager une réflexion quant aux leviers pour lever les freins à la formation des médecins libéraux (gratuité de la formation ? mais aussi modalité de mise à disposition…) et quant aux modalités de prise en charge des parcours d'ETP (levée la conditionnalité de rémunération tributaire de la finalisation du parcours, requestionner la cotation des actes…)

- … valorisant le rôle des UTEP qui restent peu connus sur les territoires des médecins libéraux notamment ;
- …engageant une réflexion sur les « relais » pouvant prolonger ou suppléer l'action des médecins notamment en zone rurale et dans les déserts médicaux. Le rôle des infirmières libérales et des pharmaciens dans la mise en œuvre de programme d'ETP pourra être requestionné.

3.1.2.3 Volet « Santé mentale et focale sur les parcours ANAP / Handicap psychique »

Eléments de contexte autour des parcours ANAP

Le Programme d'accompagnement au changement du système de santé (PACSS) pour les ARS est un programme d'accompagnement proposé par l'ANAP qui a pour objectifs de :

- Partager la culture de la performance en santé
- Répondre à un besoin fort d'appui à la mise en œuvre des projets
- Intégrer l'axe « animation territoriale » et les fondamentaux de la gestion du risque

Il se compose d'un volet régional qui a consisté notamment en un accompagnement spécifique (l'accompagnement des équipes se fait le plus souvent sous forme de séminaires et formations-actions successives) pour chaque ARS sur des projets jugés prioritaires par l'ARS en particulier à l'échelle des territoires sous des formes variées et au moyen d'une enveloppe dédiée pour chaque ARS.

Le comité exécutif (COMEX) du 20 août 2012 a validé le fait que l'ARS puisse s'engager dans le dispositif PACSS sur la thématique des « parcours ». Le PRS Rhône-Alpes a fait de l'optimisation des parcours de santé une priorité forte, qu'il convient désormais de concrétiser du point de vue de la mise en œuvre. Ainsi, l'axe 3 est consacré à « la fluidité des prises en charge et des accompagnements ». En dehors des maladies chroniques qui constituent une priorité, d'autres orientations et priorités de ce 3ème axe du PRS s'inscrivent dans une logique d'optimisation, et c'est notamment le cas des parcours en santé mentale.

Les Programmes de Territoire déclinant le PRS sur leur périmètre de compétences, facilitent la transversalité et la mise en œuvre d'actions d'optimisation des parcours au plus près des usagers. De fait, l'accompagnement par l'ANAP à cet échelon a trouvé sa pertinence. En effet, dans le cadre de la mise en œuvre de ces programmes, les équipes en lien avec les Conférences de territoire, ont vocation à actualiser chaque année un plan d'action visant à rendre opérationnelles les actions inscrites dans le Programme Cadre de Territoire. C'est dans ce contexte, que l'accompagnement de l'ANAP PACSS a été envisagé avec comme avantage, le fait de :

- Partir des réalités de terrains

- Développer la transversalité en consolidant le rôle d'animation territoriale des équipes de territoires
- Soutenir les équipes dans des tâches qu'elles ont déjà identifiées comme devant faire l'objet d'une priorisation dans les programmes de territoire, et donc s'inscrire dans le programme de travail déjà existant des territoires.
- Diffuser une culture et une méthodologie commune à toute l'agence sur cette thématique des parcours.

Chaque territoire de santé, a ainsi choisi un parcours de soins/ de santé à mettre en œuvre, en le ciblant à partir des priorités de son programme de territoire. In fine, **trois territoires ont choisi d'inscrire l'accompagnement du PACCS autour de l'amélioration du parcours des personnes atteintes de handicap psychique : le Sud, le Centre et l'Ouest.**

Focale sur les parcours dans chaque territoire, leurs spécificités (notamment en termes de publics) et l'état d'avancement connu

Territoires	Parcours retenu	Etat de la démarche
CENTRE	Amélioration du parcours de soins des enfants et adolescents en situation de handicap, pris en charge dans des établissements sociaux et médico-sociaux (structures ou services) et présentant des troubles psychiques et /ou psychiatriques	Démarche engagée et aboutie sous forme de plan d'actions
OUEST	Amélioration du parcours des personnes atteintes de handicap psychique	La démarche n'a finalement pas démarré
SUD	Amélioration du parcours des personnes atteintes de handicap psychique	Démarche engagée et aboutie sous forme de plan d'actions

Dans l'objectif de pouvoir mesurer les effets produits par la démarche, **la présente analyse se concentre exclusivement sur l'accompagnement des équipes des Territoires de Santé Centre et Sud**, dans lesquels elle a concrètement été rendue opérationnelle.

Territoires de santé	Situation existante	Enjeux définis
SUD	- Constat de ruptures de prise en charge dans les établissements sociaux et médico-sociaux par inadaptation des moyens mis en œuvre - Un nombre important d'hospitalisations en psychiatrie inadéquates (80% d'hospitalisation contre 20% de parcours alternatifs) - Un contexte de recomposition de l'offre psychiatrique qui appellait un travail collectif	- Prévenir et anticiper de manière adéquate les situations de crise. - Eviter les hospitalisations inadéquates et favoriser la réhabilitation psycho-sociale -Améliorer la qualité de l'accompagnement de la personne en sortie d'hospitalisation - Fédérer les acteurs sanitaires, sociaux et médico sociaux

		- Développer des passerelles entre le sanitaire, le médico-social et le social
CENTRE	- Des pratiques très cloisonnées entre les acteurs du champ médico-social, et la psychiatrie, et un enjeu d'articulation dans la prise en charge des publics atteints de troubles psychiques ; -En région Rhône Alpes, les structures médico-sociales spécialisées sont encore insuffisantes et les projets concernent plus spécifiquement le secteur adulte. Toutefois, la prise en charge des enfants et adolescents accueillis en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et présentant des troubles psychiatriques pose problème (définition même du handicap psychique). L'existence de troubles psychiques et/ou psychiatriques chez ces enfants en sus d'une déficience est souvent complexe à appréhender et source de difficultés de coordination, voire d'incompréhension entre les différents acteurs : o Les relais attendus par les ESMS ne sont pas toujours existants dans les CHS o Les CHS et leurs antennes ne comprennent pas les réticences des ESMS à accueillir des enfants et adolescents avec des troubles importants	- Prévenir et anticiper de manière adéquate les situations de crise en ESMS : o La dégradation d'un état de santé mentale conduisant -ou risquant de conduire-à des actes de violence qui entrainent de la souffrance chez l'enfant ou l'adolescent et la désorganisation des équipes voire de l'institution entière. o La prise en charge des passages à l'acte brutaux sans signes annonciateurs. o Les hospitalisations inadéquates (par définition celles qui auraient pu être évitées par une intervention précoce) o Les difficultés organisationnelles (organisation interne des structures médicosociales et/ou sanitaires, liens ESMS/Hôpital, …) - Améliorer la qualité de la prise en charge des enfants autour de l'âge de 12 ans en trouvant des alternatives à l'arrêt des accompagnements en hospitalisations de jour. Organiser des relais pour éviter des ruptures de prise en charge. - Améliorer le transfert et le partage d'informations entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour des situations nécessitant une approche pluri professionnelle voire pluri institutionnelle en améliorant les transferts d'information entre équipes. Permettre ainsi de mieux coordonner les prises en charge et fédérer les acteurs (formaliser les échanges – protocoles-et coordonner les actions prioritaires, favoriser les connaissances mutuelles (former et mettre en place des moments ou lieux d'échanges) - Accompagner les familles qui ont des difficultés avec des prises en charge qu'elles ne comprennent pas en créant du lien, expliquant les offres de prises en charge.

Cadrage des investigations

- Analyse documentaire (compte-rendu des séminaires et ateliers, plans d'actions bâtis, bilan transversal synthétique de la démarche)
- Entretiens conduits :

Nom	Localisation	Structure	Fonction
M. LACASSAGNE Jérôme	Lyon	ARS / DD 42	Service offre de soins ambulatoire
Mme PALLIES-MARECHAL Catherine	Drôme / Ardèche	ARS / DD 26 - 07	Déléguée départementale de l'Ardèche et la Drôme
Mme CHAVAGNEUX Frédérique	Rhône	ARS	Responsable du Pôle animation territoriale Personnes Handicapées
Mme THOLLY Françoise	Rhône	ARS	Médecin conseillère technique Personnes handicapées
Mme MARQUIS Françoise	Drôme	ARS / DD 26	Médecin inspecteur de santé publique
M. PIOT Bernardin	Rhône	Institut Saint Vincent de Paul (IME)	Directeur
M. POURRAT Alain	Rhône	Centre Hospitalier le Vinatier	Chef de service - Pôle Pédopsychiatrie
M. CAYOL Régis	Rhône	Pierre-de-lune (IME)	Directeur
M. GIRAUD Franck	Ardèche	Centre Hospitalier Sainte-Marie de Privas	Médecin psychiatre – Chef de service de réhabilitation psychosociale
Mme JULIEN Danièle	Drôme	ADAPEI 26	Directrice d'établissements
Mme BEGOU Françoise	Drôme	UNAFAM 26	Représentante départementale

Résultat des investigations

Bilan des réalisations

- **Un accompagnement de l'ANAP visant un renforcement des capacités des équipes de l'ARS et l'instauration d'une dynamique partenariale à moyen terme sur chaque territoire.**

L'accompagnement s'est échelonné sur une année, de fin 2012 à fin 2013. Deux cabinets de consultants ont été mandatés par l'ANAP pour assurer cet accompagnement en Rhône-Alpes en deux temps :

1. La réalisation dans un premier temps, de deux journées de Formation-Action collectives au niveau régional. La modalité consistait en un accompagnement d'un groupe projet régional qui réunissait chacun des chefs de projet « parcours » de chaque territoire, ainsi que deux personnes de la Direction Stratégie et Projet, et une personne par direction métier (Novembre / Décembre 2012)
2. Puis la mise en place de cycles de Formation-Action-coaching auprès des territoires avec un regroupement des trois territoires travaillant sur le même parcours « handicap psychique » ; des formations actions individualisées spécifiques à chaque territoire (1 journée par mois et demi pour chaque équipe sur l'année 2013)

A l'issue de ce parcours d'accompagnement, les territoires avaient vocation à se saisir individuellement de la démarche et à engager un travail partenarial coordonné au niveau local, ayant pour objectifs :

- D'affiner la problématique et le diagnostic de territoire sur la question du parcours en santé mentale
- D'identifier les points de ruptures dans les parcours
- De définir un schéma cible d'évolution et un plan d'action pour éviter les ruptures dans le parcours
- De repérer les partenaires potentiellement mobilisables
- De mobiliser les acteurs de terrains et les partenaires de l'ARS pour atteindre ce schéma cible (Outils et méthodes)
- De formaliser les engagements des acteurs par la contractualisation
- D'optimiser et mobiliser au mieux les ressources internes (moyens humains, système d'information, moyens financier…) et de mobiliser les leviers à disposition pour réussir ce projet.

- **Une poursuite de démarche portée de manière autonome par les territoires, ayant mobilisé largement les acteurs institutionnels et opérationnels, du sanitaire, du social et médico-social autour des enjeux de coordination et de prise en charge des publics présentant des troubles psychiques**

Une démarche partenariale d'échanges et de réflexion a été animée par l'ARS de manière conjointe avec certains partenaires, tout au long de l'année 2014. Selon les territoires, elle a mobilisé un tissu d'acteurs relevant de différents champs d'intervention.

Sur le territoire Sud, la démarche a mobilisé 120 acteurs aux côtés de l'ARS : acteurs institutionnels (Conseil départemental, Services de Cohésion Sociale…), acteurs du sanitaire (les deux établissements de psychiatrie y ont été associés) ; représentants des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) ; associations d'aide aux familles, entre autres. En pratique, elle a pris place à travers la mise en place de journées de travail [en plénière et groupes de travail par département (3 par départements) structurant des échanges de proximité autour des trois objectifs opérationnels fixés par la démarche sur le territoire Sud :

- Groupe 1 : Prévenir, anticiper et mieux gérer les situations de crise (co animé par l'ARS et le Conseil Départemental)
- Groupe 2 : Optimiser la place (et le recours) de l'hospitalisation dans le parcours des personnes en situation de handicap psychique (co animé par l'ARS et des établissements psychiatriques)
- Groupe 3 : Organiser et favoriser la sortie du patient hospitalisé en unité sanitaire (co animé par l'ARS et la DDCSPP)

La démarche s'est caractérisée par un pilotage mixte porté par l'ARS en binôme avec ses partenaires institutionnels qui fixent pour certains, le renforcement de la coopération entre les acteurs du domaine sanitaire, du social et du médico-social comme une priorité.

Sur le territoire Centre, la démarche a été circonscrite au secteur de compétence du Centre Hospitalier du Vinatier, dans le contexte d'un territoire à la fois vaste et très peuplé. Le périmètre a inclus un peu plus d'une dizaine d'ESMS. A l'image du Territoire Sud, la démarche s'est articulée autour de temps de travail en séances plénières et en groupes de travail restreints autour de trois thématiques de travail :

- Thématique 1 : Comment mieux coordonner les parcours des adolescents et enfants en situation de handicap, pris en charge dans des ESMS (structures ou services) et présentant des troubles psychiques et /ou psychiatriques ?
- Thématique 2 : Mieux gérer les crises en ESMS
- Thématique 3 : Prévenir les crises en ESMS

Egalement, un groupe de travail restreint mobilisant un représentant du Centre Hospitalier Spécialisé pivot (CH du Vinatier), des représentants d'ESMS et coordonné par un trinôme ARS (administratif / soignants) a été mis en place de manière à piloter la démarche en adéquation avec les préoccupations de chaque secteur, et de manière coordonnée avec l'existant (éviter les redondances, et les excès de mobilisation).

- **Une démarche progressive en trois temps, visant un diagnostic collectif des enjeux et besoins repérés, et la recherche de solutions collectives**

Les séances plénières et le premier temps de diagnostic appelés par les groupes de travail sur chacun des territoires, avaient vocation à construire collectivement une photographie de l'existant avec pour objectif de valider, approfondir, préciser l'état des lieux et mettre en exergue les dysfonctionnements repérés. De manière unanime sur chaque territoire, le sentiment d'une acculturation quant aux enjeux, contraintes et défis inhérents à chaque champ (sanitaire / social / médico-social) est souligné par l'ensemble des acteurs. Chez les acteurs du social et du médico-social en particulier, le cadre de dialogue partagé qu'a offert la démarche est relativement inédit et a pu favoriser une meilleure compréhension des contraintes et difficultés inhérentes à chacun. Sur ce point, les ambitions visées sont donc globalement atteintes : les acteurs se sont rencontrés en nombre, ont pu échanger, partager, se confronter et construire une lecture collective des enjeux relatifs à la prise en compte des problématiques de santé mentale sur les territoires.

L'interconnaissance, la compréhension mutuelle et le dialogue instauré ont constitué un socle pertinent sur les deux territoires, pour aller vers l'identification de solutions d'amélioration en écho aux besoins pointés dans le diagnostic qualitatif partagé. L'étape suivante de la démarche était - pour rappel - la production de recommandations opérationnelles à travers la construction d'un plan d'actions et d'indicateurs de suivi pour mesurer les impacts recherchés. Sur ce point, les deux territoires ont mené au bout la démarche telle qu'envisagée avec la production de plans d'actions autour d'axes de travail variés, sous un format relativement identique.

> Illustrations :
>
> Le Territoire Sud a vu émerger un plan d'actions autour de 7 grands axes, allant de l'adaptation de l'offre de soins et la coordination des acteurs, au soutien des aidants, en passant par la vie dans la cité, le droit des personnes et la lisibilité des dispositifs. Pour chacun de ces grands axes thématiques, les acteurs ont travaillé sur :
>
> * L'identification des principales problématiques ou dysfonctionnements identifiés

* La formulation d'objectifs stratégiques puis (3) d'objectifs opérationnels pour y répondre
* En pratique, l'identification d'actions d'amélioration à venir ou dont il s'agira de se saisir
* Les moyens de concrètement mettre en œuvre les actions

- **Globalement, la marche vers l'opérationnalisation des plans d'actions n'a pas été saisie en date de l'évaluation sur aucun des deux territoires. A la marge toutefois, on relève quelques réalisations émergeant de la dynamique impulsée par les parcours ANAP.**

Le travail engagé autour de la recomposition de l'offre en santé mentale sur le territoire Sud pendant et après l'accompagnement de l'ANAP, n'a pas constitué un contexte favorable pour travailler la mise en œuvre concrète et une continuité dans la démarche. Les acteurs n'étaient globalement pas disponibles, et leurs perspectives parfois jugées « incertaines » par certains d'entre eux, pour s'engager sur quelque action que ce soit.

On repère néanmoins les réalisations suivantes, qui s'inscrivent dans les objectifs et le plan d'actions construit dans le cadre des parcours ANAP :

- Intégration dans le projet de psychiatrie Santé mentale de propositions d'actions émanant des travaux conduits dans le cadre du parcours.
- Ouverture d'un SAMSAH handicap psychique (10 places) en Ardèche en mai 2016.
- Installation de 12 places d'accueil familial thérapeutique en Ardèche
- Développement de places d'accueil familial thérapeutique en Drôme
- Création d'une plateforme d'accompagnement et de répit pour aidants de personnes avec autisme dans chaque département au 1er janvier 2017
- En termes de réponse aux situations complexes, le département de la Drôme est, dès 2016, territoire pionnier pour les "zéro sans solution"

Sur le territoire Centre, à l'image du Sud, on ne relève pas à ce stade de réalisation concrète découlant de la dynamique des parcours ANAP. Néanmoins, un hôpital de jour pour adolescents a été ouvert au sein du Vinatier (20 places). Si la démarche ne découle pas uniquement de la dynamique et de la réflexion initiée dans le cadre des parcours ANAP, l'articulation renforcée avec certains établissements médico-sociaux, est pour sa part à attribuer à la démarche.

- **La participation des usagers**

Si une participation des usagers a pu être envisagée par la délégation départementale Drôme-Ardèche de l'ARS (par le biais des GEM notamment), cette hypothèse n'a pas rencontré l'adhésion des différents partenaires qui s'y sont unanimement opposés. La mise en difficulté des usagers sur certaines thématiques a été avancée pour motiver le refus d'investir ce scénario. Les usagers auront toutefois été invités au séminaire de restitution ayant conclu la démarche.

Sur le territoire Centre, un représentant du CISS Rhône-Alpes a été associé à la démarche, et partie prenante des différents temps de travail.

Résultats

a. Effets constatés sur l'interconnaissance des acteurs

Sur le territoire Sud

- **La mobilisation importante dans le cadre de la démarche a favorisé une acculturation des acteurs du sanitaire, social et médico-social quant aux problématiques et enjeux vécus de part et d'autre**

Sur la Drôme comme sur l'Ardèche, les retours des partenaires sont unanimes quant à l'effet levier de la démarche sur l'acculturation quant aux réalités, dysfonctionnements, contraintes et priorités relevés par le sanitaire, le social et le médico-social.

De manière prégnante, une large majorité des participants de tous champs, soulignent la nécessité de ce temps de dialogue initial. En effet, le handicap psychique ayant connu une consécration législative avec la loi du 11 février 2005, nombre d'acteurs soulignent la nécessité de rappeler les droits des publics qui en relèvent et de mieux comprendre les contraintes de fonctionnement des uns et des autres. Et sur ce point, la démarche a permis de construire un socle de compréhension autour des pratiques mais aussi des contraintes liées à la prise en charge des publics ; une démarche nécessaire avant de prétendre aller sur un dialogue à plusieurs voix sur la recherche de solutions.

> *« On s'est aperçu qu'on n'avait pas toujours la bonne compréhension du travail de l'un et de l'autre. A titre d'exemple, les acteurs du sanitaire n'avaient pas encore tous compris que les établissements sociaux et médico-sociaux ne disposent pas tous de personnel médical 24h / 24. De fait, la définition de ce qu'est une situation « stabilisée » et une situation de crise diffère entre les deux champs. On ne peut pas avoir la même attente de fait, vis-à-vis de la prise en charge des situations de crise. »*
>
> *« On a pu aller sur des sujets de fonds dans le groupe sur la gestion des situations de crise, par exemple, on a pu passer le message qu'un retour un vendredi n'est pas envisageable pour nous. On a pu se parler et on a l'impression qu'on a pu s'entendre. »*

En ce sens, la démarche a permis de passer le cap du travail « côte-à-côte » et non plus « l'un contre l'autre » que certaines incompréhensions quant aux exigences et contraintes de fonctionnement, induisaient jusqu'ici.

Certains acteurs remontent également l'effet « tribune » de la démarche, qui a pu permettre de porter plus largement à la connaissance de tous des éléments autour des actions conduites, dans les temps en plénière comme dans les groupes de travail restreints.

> *« La démarche a été l'opportunité de faire connaitre dans les temps collectifs nos missions et combats et de donner une tribune à nos préoccupations. »*

- **Toutefois, le contexte institutionnel du territoire Sud n'a pas favorisé la mobilisation de tous dans la démarche**

La réorganisation de la psychiatrie sur les deux départements, initiée en parallèle de la démarche autour des parcours ANAP, a nécessairement impacté la mobilisation et l'implication de certains acteurs. Si la dynamique a pu pousser certains à s'impliquer dans la démarche, l'incertitude pesant sur les modalités de réorganisation des secteurs et sur l'avenir de certains établissements, a pu constituer

un frein pour certains représentants d'établissements qui ont pu adopter une posture de réserve face à des attributions incertaines.

- **L'articulation entre les temps collectifs à l'échelle du territoire de Santé Sud, et les groupes de travail départementaux a permis la construction d'un maillage partenarial à différents échelons favorisant la duplication des liens partenariaux vers l'infra territorial ou l'inter régional**

Certains partenaires ont pu saisir l'opportunité des temps en plénière pour développer un réseau par le biais de rencontre tout venant, mais aussi, en s'appuyant sur leur propre réseau. A titre d'illustration, l'UNAFAM dans la Drôme a pu faire profiter de ses contacts l'antenne Ardéchoise plus récente. D'autres acteurs mettent en avant l'effet levier de la démarche quant aux rencontres et la création de liens partenariaux.

- **Des initiatives partenariales et coordonnées ont vu le jour en parallèle des parcours ANAP. Elles n'ont toutefois pas toujours su être connectées à la démarche, signe que le travail reste à animer, partager et coordonner sur le territoire de santé.**

Sur le Territoire de santé Centre

- **Une démarche « mobilisatrice » et qui a « fait sens »**

Mise en œuvre sur un périmètre circonscrit, la démarche a mobilisé moins d'acteurs que celle initiée sur le Territoire de Santé Sud. Néanmoins, l'enjeu d'interconnaissance n'en était pas pour autant moins fort étant donné les liens parfois inexistant et l'absence de cadre formel d'échange entre les différents types d'acteurs (psychiatres praticiens, professionnels du sanitaire et du médico-social). L'ensemble des partenaires a été interpelé et invité à s'associer à la démarche : chef de pédopsychiatrie du CH du Vinatier, médecins psychiatres du CH du Vinatier, représentants et professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux, et autres représentants institutionnels : Conseil départemental / Aide Sociale à l'Enfance ; MDPH, Education Nationale ; Ville de Lyon… Un représentant des deux autres Centres Hospitaliers spécialisés que compte le Territoire Centre (CH de Saint-Cyr et CH de Saint-Jean-de-Dieu) ont également été associés, dans l'optique de dupliquer la démarche à moyen termes sur leurs secteurs.

A l'image du Territoire de Santé Sud, la démarche a su mobiliser largement. L'enjeu de compréhension mutuelle et d'interconnaissance était au cœur du processus avec comme visée commune de « conjuguer les forces pour anticiper et gérer au mieux les situations de crise ». Et tous les acteurs s'accordent sur l'effet levier de ce diagnostic croisé des difficultés spécifiques à chacun, mais surtout sur celles qui sont partagées. La problématique des lits en général, et celle de l'accueil d'urgence sont ressorties comme prégnantes tant pour le sanitaire que pour le médico-social. De fait, des groupes de travail se sont mis en place pour chercher à identifier des solutions multiples et collectives, car la réponse unique et unilatérale n'existe pas.

> *« C'est en se rencontrant et en se connaissant qu'on peut faire bouger les choses. C'est sur ce point que la démarche a été essentielle. Elle a permis de voir les représentations de chacun et les difficultés avec lesquelles il s'agit de conjuguer chaque jour. A partir de là, on a pu commencer à imaginer des solutions. »*

- **Néanmoins, une difficulté pour aboutir à des solutions collectives**

La nécessité d'aboutir à une lecture commune des critères d'hospitalisation, tenant compte des contraintes de fonctionnement de chaque secteur est ressortie comme une priorité partagée. La démarche n'a cependant pas permis de lever des freins institutionnels et de dépasser le cadre des échanges de pratiques. Cela explique le sentiment d'une faible valeur ajoutée des solutions identifiées, qu'ont pu partager certains partenaires impliqués dans la démarche. Faute d'un caractère réaliste, ces mesures n'ont à ce stade pas été mises en œuvre.

D'autres acteurs moblisés dans la démarche, ont également pu regretter les dialogues *« en vase clos », « en circuit fermé »*, de médecin à médecin notamment, avec la mise en place sur le territoire de santé Centre d'un groupe spécifique d'échange impliquant les médecins intervenant en établissements sociaux et médico-sociaux et les psychiatres rattachés au pôle de pédopsychiatrie du CHS du Vinatier.

- **Un co-pilotage resserré entre l'ARS, un représentant du sanitaire et un représentant du médico-social : vecteur de rapprochement et de proactivité**

De manière concomitante à la démarche partenariale globale, le groupe restreint mis en place pour son pilotage (représentants de l'ARS, des établissements sociaux et médico-sociaux, et chef du pôle de pédopsychiatrie du Vinatier) est décrit comme un cadre privilégié qui a su se saisir des priorités fixées en plénière et faire avancer le dialogue entre les différentes composantes du parcours. La dynamique d'ensemble est décrite comme très positive par les participants, et certains regrettent que ce groupe n'ait pas perduré, au-delà du temps consacré à la démarche. Il constitue un noyau d'acteurs mobilisés et enclins à poursuivre la démarche dans le temps, en imaginant des passerelles.

En transversal aux deux territoires de santé

- **A travers cette démarche, l'ARS a donné un signal fort quant à l'enjeu d'une meilleure coordination et l'importance d'un travail de réseau d'envergure**

Ce message a été largement entendu par les différents acteurs de tout bord, sur la Drôme -Ardèche comme sur le Rhône et la Loire. Toutefois, des questions se posent quant à la continuité qui aurait pu être donnée à la démarche qui n'a pas été poursuivie au-delà du cycle prévu initialement. Nombreux sont les acteurs à exprimer une certaine frustration à ne pas avoir passé la marche de l'opérationnel. Si démarche est décrite comme pertinente, elle reste inachevée. Egalement, si les acteurs impliqués soulignent globalement l'importance de la coordination, ils rappellent également leur incapacité -voire leur manque de légitimité- pour poursuivre l'animation d'une démarche comme celle-ci ; ce constat appelle l'ARS à se questionner quant à son positionnement initial, qui impacte nécessairement la capacité des acteurs à se saisir de la démarche dans le temps.

Des espoirs étaient pourtant nés de cette dynamique positive qui aurait pu faire émerger des partenariats d'intérêt. *« On nous a proposé de nous inscrire pour la poursuite des groupes de travail après le dernier séminaire en fin d'année 2014, mais après, silence radio, aucune sollicitation ne nous est jamais parvenue. »*

Tous les acteurs ne sont pas aujourd'hui intégrés aux réseaux locaux existants sur les territoires. Si sur la Drôme l'ancien réseau RAFAEL qui s'est aujourd'hui rapproché du réseau REHPsy (Cf. 3.1.2.4 Volet (Santé mentale et focale sur les Centres de réhabilitation psycho-sociale et remédiation cognitive) ou encore le CLSM de Valence, constituent des cadres de coordination autour du handicap psychique, les acteurs implantés en zones rurales n'y participent pas systématiquement pour différentes raisons, et notamment l'enjeu de proximité. Pour ceux-là en particulier, la démarche a été une très bonne opportunité de nouer des liens et de s'inscrire dans une dynamique extra locale.

Les jalons posés sont importants, mais appellent un travail sur le moyen, long terme ; un enjeu de continuité qui n'a pas été investi à la juste mesure jusqu'ici.

b) Effets constatés sur la qualité de la prise en charge

En transversal aux deux territoires de santé

- **Des constats sont posés, mais la résolution des problèmes n'a pas été engagée.**

L'absence de moyen n'a pas permis de passer le cap de l'opérationnel et d'influer de manière significative sur les prises en charge de patients

La démarche globalement jugée comme pertinente, est avant tout perçue comme le ciment, socle d'un réseau partenarial qui a néanmoins vocation à se construire dans le temps. En effet, la démarche n'a pas permis d'aller vers une feuille de route stratégique et opérationnelle à laquelle elle prétendait pourtant aboutir. Par manque de décisions tranchées, et surtout, d'arbitrage et portage de manière officielle des pistes d'actions pourtant identifiées dans le cadre des différents temps de travail partenariaux.

Définie comme un « catalogue de bonnes intentions », la feuille de route qui a émergé des différents groupes de travail à travers le plan d'action multi thématiques, n'a pas produit d'effets perceptibles sur les prises en charge aussi parce que l'absence de moyens dédiés ne permet pas d'engager un travail de fond en écho aux pistes identifiées. L'enjeu d'une coordination des parcours, et de trajectoires alternatives à l'hospitalisation appelle nécessairement un recours aux établissements sociaux et médico-sociaux. Hors ces derniers restent saturés, dans le Territoire de Santé Sud comme dans les autres territoires, et si les passerelles peuvent être envisagées, elles ne règleront pas dans sa globalité, la problématique du manque de lits / de places en établissements, avec des listes d'attentes de plusieurs mois voire sur plusieurs années selon les territoires.

En dotant les acteurs d'une meilleure connaissance et compréhension des étapes du parcours de part et d'autre, la démarche a toutefois permis de les fluidifier tant que faire ce peu à moyen égal, mais en aucun cas, elle n'a permis d'engager un travail d'ampleur en réponse aux problématiques de fonds (délais de prise en charge en CMP, manque de place de manière globale …)

- **Pour aller plus loin : un enjeu formation et partage des pratiques inter-structures appelé pour encourager et favoriser les passerelles**

Les acteurs mobilisés appellent collectivement à faire perdurer la dynamique pour ne pas perdre le lien et le bénéfice de la démarche initiée. Les formations communes et les cadres de partage de pratiques

autour de situations, constituent des axes à investir prioritairement pour construire les habitudes de travail et ancrer la logique de passerelle.

> *« On est resté très théorique. Il aurait fallu exiger du concret. Que l'on puisse travailler sur des cas cliniques et tirer des leçons. »*

- **Un effet catalyseur du pilotage ARS appelé à être poursuivi dans le temps**

Le constat d'une bonne mobilisation a, à de maintes reprises, été exprimé mais la motivation de chacun à poursuivre la démarche n'a pas suffi à dépasser les contraintes de moyens. C'est pourtant cette poursuite dans le temps qui aurait permis d'influencer à moyen terme sur les pratiques, et plus encore, sur les prises en charge. Pour ce faire, le pilotage de l'ARS ne peut être autre. Il est perçu comme le pont légitime entre le secteur de la psychiatrie et celui du médico-social, qui ne semble pouvoir être endossé par aucun autre acteur, faute de moyens d'une part, et de légitimité de l'autre.

Sur le territoire Centre

- **La démarche a permis de ré institutionnaliser certaines démarches qui pourraient rapidement produire des premiers effets sur les prises en charge**

Si les effets ne sont pas mesurables à ce stade, la démarche a permis de poser quelques jalons en écho aux enjeux exprimés par les établissements sociaux et médico-sociaux et par le sanitaire.

A titre d'illustration, la problématique des délais de prise en charge en CMP corroborée au manque de relais médicaux pourtant indispensables pour prévenir les hospitalisations et gérer au mieux les crises ont été saisies par les équipes du Vinatier. En début d'année 2016, une évaluation des pratiques professionnelles dans les 17 CMP du secteur a été initiée. L'enjeu étant d'ouvrir une réflexion autour du levier que peut constituer un échange médicalisé entre médecin de l'établissement et médecin au sein du CMP en vue d'émettre une demande d'urgence de prise en charge et d'éviter de fait, une hospitalisation. Concrètement, des actions ont été initiées en février 2016, après que ce travail conjoint ne soit animé par le CH du Vinatier en lien avec les 17 CMP du secteur, et en écho aux difficultés exprimées par les établissements sociaux et médico-sociaux. Il s'agit d'une émanation directe de la démarche ANAP qui n'a toutefois pas été accompagnée d'un effort de communication à ce stade. L'annuaire est actualisé, mais la diffusion constitue un enjeu qui se doit d'être saisi en proximité avec l'ARS.

De leur côté, les acteurs du sanitaire ont communément exprimé leurs difficultés pour lire les pratiques d'admission des enfants et adolescents dans les IME sur le Rhône. Un travail a ainsi été initié par un groupement informel de directeurs d'IME en écho à ces difficultés, de manière à harmoniser et rendre lisibles les pratiques pour faciliter le recours. La démarche n'a toutefois pas abouti, tributaire d'un contexte institutionnel complexe.

Facteurs facilitateurs

- **Travailler sur un format de temps courts a constitué une vraie valeur ajoutée mise en avant par les différents acteurs**

Une séquence courte, dans un temps délimité, a été un vrai moteur salué par tous pour mobiliser sans trop impacter sur le temps de travail des différents acteurs.

- **Un accompagnement dans le cadre des parcours ANAP circonscrit à la préparation de la démarche. Une recherche de passerelles entre les deux territoires tel qu'initialement envisagé aurait pu permettre d'aller plus loin.**

Sans cadre, ni ressources pour le porter, le partage tel qu'initialement prévu entre les deux territoires Centre et Sud, n'aura finalement pas pu voir le jour. De part et d'autre les équipes de l'ARS regrettent ne pas avoir pu se saisir de l'analyse affinée portée et des solutions imaginées par le territoire voisin, pour enrichir la réflexion et le plan d'actions construit au niveau local. La démarche engagée sur le Centre a, en outre, été portée dans l'optique de rapprocher les travaux engagés entre les territoires. Et si le Sud a conduit un exercice de restitution qui a notamment permis de cadrer le travail de restitution porté par le Centre, la réciprocité n'a pas pu se faire.

« L'ANAP a travaillé essentiellement sur le processus sans chercher les résultats, c'est dommage. »

Conclusions

Trois territoires de santé ont choisi d'inscrire l'accompagnement du Programme d'accompagnement au changement du système de santé (PACSS) pour les ARS autour de l'amélioration du parcours des personnes atteintes de handicap psychique : le Sud, le Centre et l'Ouest.

Cette démarche progressive en trois temps, visant un diagnostic collectif des enjeux et besoins repérés, et la recherche de solutions et l'émergence d'une réponse collective a pu être mis en œuvre dans le cadre du présent PRS.

La mobilisation importante dans le cadre de la démarche a favorisé une acculturation des acteurs du sanitaire, social et médico-social quant aux problématiques et enjeux vécus de part et d'autre.

A travers cette démarche, l'ARS a donné un signal fort quant à l'enjeu d'une meilleure coordination et l'importance d'un travail de réseau d'envergure.

La démarche a permis de poser des constats partagés mais la résolution des problèmes n'a pas été encore engagée. En effet, globalement, la marche vers l'opérationnalisation du plan d'actions n'a pas été saisie en date de l'évaluation. A la marge toutefois, on relève quelques réalisations émergeant de la dynamique des parcours ANAP.

Les différents acteurs, rencontrés dans le cadre de l'évaluation, soulignent l'absence de moyens qui n'a pas permis de passer le cap de l'opérationnel et d'influer de manière significative sur les prises en charge de patients.

Au final, la démarche, globalement jugée comme pertinente, est avant tout perçue comme le ciment, socle d'un réseau partenarial qui a néanmoins vocation à se construire dans le temps. En effet, la démarche n'a pas permis d'aller vers une feuille de route stratégique et opérationnelle à laquelle elle prétendait pourtant aboutir. Par manque d'arbitrage, deportage et surtout de continuité, des pistes

d'actions pourtant identifiées dans le cadre des différents temps de travail partenariaux n'ont pas été concrétisées à ce jour.

L'enjeu pour l'avenir est de capitaliser sur les différents parcours ANAP afin de partager les enseignements entre les différents territoires et identifier les moyens à mobiliser pour mettre en œuvre les plans d'actions. Le risque est réel de faire retomber la mobilisation des acteurs du sanitaire, du médico-social et du social suscité initialement au travers de la démarche des Parcours ANAP.

3.1.2.4 Volet « Santé mentale et focale sur les Centres de réhabilitation psycho-sociale et remédiation cognitive »

Objectifs des Centres de réhabilitation Psychosociale

Telle que décrite dans le Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2014, la réhabilitation psycho-sociale constitue un ensemble d'actions mis en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques dans le cadre d'un processus visant leur autonomie et leur indépendance dans la communauté. On distingue deux types d'actions de réhabilitation :

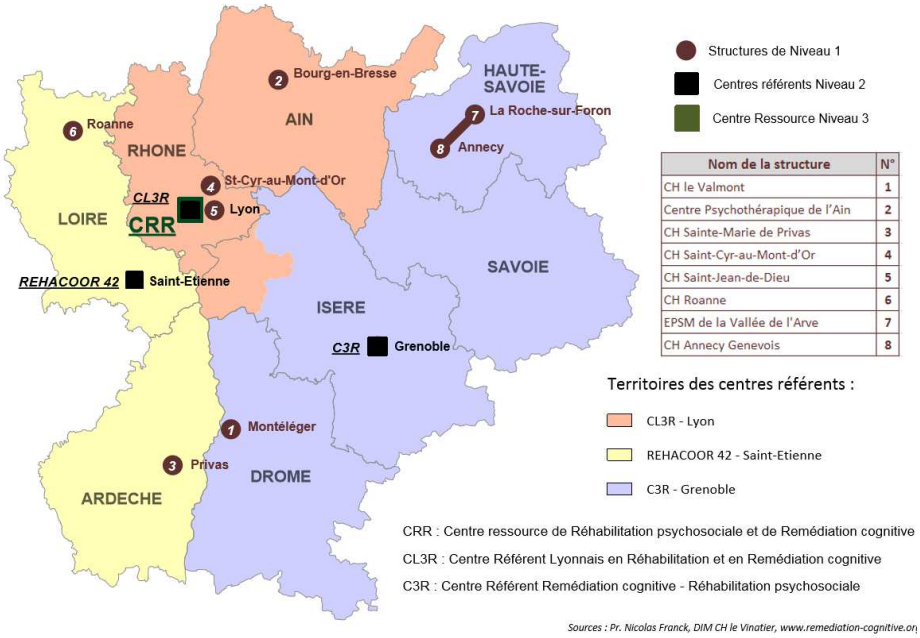
- celles qui ont pour objectif d'aider la personne à acquérir des ressources personnelles supplémentaires grâce à des moyens de soin de réadaptation psycho-sociale et d'accompagnements spécifiques,
- et celles s'intéressant au milieu social, aux ressources communautaires cherchant à œuvrer pour qu'ils soient plus porteurs, plus accueillants, plus tolérants.

Le développement d'un dispositif de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive sur le territoire Rhône-alpin s'inscrit en écho à un contexte institutionnel national, qui promeut leur développement sur les territoires, et répond à des priorités mises en avant dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Ce dernier, dans son volet « Psychiatrie et santé mentale », souligne l'importance des soins de réhabilitation psycho-sociale et appelle leur déploiement élargi au niveau régional selon une structuration à plusieurs niveaux*. A noter que la réhabilitation psycho-sociale s'inscrit plus largement en écho à la dynamique de déinstitutionnalisation du soin, mettant l'accent sur les étapes d'un parcours qui se dessine essentiellement hors-les-murs, *« en milieu écologique pour les connecter à leur environnement ».*

*Les 3 niveaux du réseau des Centres se déclinent de la manière suivante :

- **NIVEAU 3** : Un Centre Ressource régional (Centre référent de Grenoble – C3R)
- **NIVEAU 2** : Trois centres référents (à Lyon – CL3R, Grenoble-C3R et Saint-Etienne-REHACOOR42)
- **NIVEAU 1** : Un réseau de prise en charge rattachés aux Centres référents et ayant vocation à couvrir de manière équitable, l'ensemble du territoire Rhône-alpin.

Dispositif de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive en Rhône-Alpes



L'objectif de cette structuration sur différents niveaux est d'améliorer l'accès aux soins de réhabilitation et de réinsertion psycho-sociale pour les patients atteints de troubles psychiatriques et/ou porteurs d'un handicap psychique. L'action coordonnée des établissements composant le réseau est également concertée et harmonisée par la mise en place d'un Centre ressource, qui porte une mission d'information, de formation, et de recherche sur la réhabilitation.

Focale sur les Centres référents (Niveau 3)

	Réseaux et établissements de niveau 3
Périmètre	▪ Il s'agit d'une Unité non soignante, destinée à promouvoir des soins de réhabilitation psycho-sociale (RPS) auprès des professionnels.
Missions	Le Centre ressource porte 4 missions principales : ▪ **Une mission « communication – documentation »** : identification et diffusion des ressources existantes sur les soins de RPS aux professionnels et usagers de la région. Constitution d'un annuaire. Organisation de colloques, séminaires. La production et publication d'articles… ▪ **Une mission « formation » :** coordination et impulsion d'actions de formation régionales, en appui des Centres référents… ▪ **Une mission « Evaluation – recherche** » : dynamisation et développement à tous les échelons, de la recherche clinique et l'évaluation des actions sur les soins de réhabilitation en concertation avec les 3 centres référents. Mise en place d'une Base de données commune aux 3 Centres. ▪ **Une mission « élaboration de protocoles et recommandations de bonnes pratiques »** : le centre porte une mission de diffusion d'outils concernant l'évaluation, la prise en charge et la mise en œuvre des soins de RPS dans l'optique d'une harmonisation du fonctionnement des trois centres.
Mise en œuvre	▪ Labellisation en 2015 du Centre ressources ▪ Le Centre ressource est adossé au CL3R de Lyon.

Focale sur les Centres référents (Niveau 2)

	Réseaux et établissements de niveau 2
Périmètre	▪ Les Centres ou Unités de réhabilitation psycho-sociale sont des unités de soins psychiatriques de types consultations externes, hôpital de jour ou CATTP destinées à assurer des soins de réhabilitation psycho-sociale à des patients atteints de troubles psychiatriques / porteurs d'un handicap psychique, au décours des soins aigus psychiatriques. ▪ Les trois centres ont été reconnus centres référents en fonction de leur technicité (compétences spécifiques des équipes, accueil de patients aux pathologies complexes, activités de recherche et de d'enseignement…) ▪ Chaque centre référent est en lien avec tous les secteurs de psychiatrie générale, la psychiatrie libérale et le champ médico-social
Missions	▪ Une mission de soin : développement et mise en œuvre de soins spécifiques selon une offre commune aux trois centres en termes de bilans et de soins de réhabilitation. ▪ Une mission de formation et de partenariat : collaboration avec les équipes de terrain, mise en œuvre de formation ▪ Une mission de réseau : amélioration de la qualité de l'insertion des usagers grâce à l'articulation avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux ▪ Une mission d'évaluation et de recherche : recherche clinique, diffusion d'outils, harmonisation des pratiques des différents centres en lien avec le centre ressource
Mise en œuvre	▪ Labellisation des 3 centres référents en novembre 2013

Focale sur les établissements de Niveau 1

	Réseaux et établissements de Niveau 1
Périmètre et mission	La réhabilitation ayant vocation à être proposée à tout patient dans le « panier de soins et de services de base » en psychiatrie, un groupe de travail régional dédié a défini ce qui pouvait être attendu des Unités de réhabilitation psycho-sociale de niveau 1 rattachées aux établissements bénéficiant d'une autorisation d'activité en psychiatrie. ▪ Ces structures s'adressent en priorité à des patients jeunes, au décours d'un premier épisode psychotique (schizophrénie, troubles schizo-affectifs, troubles bipolaires.) en prévention du handicap psychique. ▪ Sont des structures ouvertes sur l'extérieur, recevant aussi, s'ils le souhaitent, des patients non suivis par l'établissement de santé auquel elles sont rattachées. Il s'agit le plus souvent des structures ambulatoires de type centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou de type hôpital de jour rattachées à des établissements ayant une activité de psychiatrie autorisée (CHS, centre hospitalier général avec des secteurs psychiatriques, cliniques privées…). La logique « hors les murs » est privilégiée. ▪ L'adressage peut se faire par tous professionnels de santé (médecin traitant, psychiatre libéral, pédiatre, équipes hospitalières spécialisées, services d'urgence...) et/ou par des psychologues. Elles accueillent aussi les patients sur leur demande et/ou celle de leur famille.
Objectifs	▪ Orienter les soins proposés aux patients vers le rétablissement, en prenant en compte l'avis du patient et de ses aidants en inscrivant les patients dans un parcours progressif reposant sur trois grandes phases : l'évaluation des besoins de la personne, l'établissement de priorités d'intervention à court et à long termes (la planification) et l'intervention proprement dite. ▪ S'inscrire dans une démarche de partage des pratiques, en proximité avec les autres établissements, et en lien avec le Centre ressource et le Centre référent sur le territoire concerné.
Mise en œuvre	▪ Labellisation d'une dizaine d'établissements courant 2015 / début 2016

Bilan des réalisations

A. Un dispositif récent qui s'est structuré rapidement

La démarche dans son ensemble a été initiée au premier semestre 2013 et a vu ses premiers jalons posés avec la labellisation des trois centres référents de Grenoble, Lyon et Saint-Etienne en novembre 2013.

Les structures n'ont toutefois pas été créées ex-nihilo sur Grenoble et Lyon. Elles se sont appuyées sur les ressources de services de réhabilitation préexistants et de fait, disposaient d'ores et déjà de ressources humaines formées. Pour ce qui concerne le Centre référent de Saint-Etienne, son fonctionnement en tant que service est à attribuer au lancement du dispositif. Si au niveau du CHU de Saint-Etienne ou des Associations Recherches et Formations et Actiform, des activités de réhabilitation étaient déjà mises en place, la réponse n'était toutefois que peu structurée au regard des besoins remontés sur le bassin sud ligérien.

REHACOOR 42

Le centre référent dans sa mission de soin s'est rapidement structuré. Un travail important de structuration et de recrutement a été conduit sur l'année 2014, avec des premières prises en charge réalisées en cours d'année.

En parallèle, le projet de réseau s'est mis en place progressivement. Une dynamique était sous-jacente mais pas encore structurée en tant que telle. Une idée de plateforme de coordination sur le Sud de Loire (hors Roanne) avait émergé dans le contexte d'une forte interpellation des établissements sociaux et médico-sociaux concernant les besoins importants de relais du sanitaire, mais celle-ci n'avait pas trouvé de réponse globale. Cependant, dans le contexte spécifique du département qui connait un manque de places de très longue date, les pratiques se sont tournées vers l'extérieur depuis les années 80 pour les acteurs du sanitaire. Ceux du médico-social ont dû, de longue date, imaginer des solutions alternatives à l'hospitalisation en travaillant les liens inter-structures.

N'en reste pas moins un besoin prégnant d'acculturation des acteurs des deux champs pour permettre de répondre aux demandes exprimées de toutes parts. Les trajectoires non linéaires induites par le handicap psychique appellent comme ailleurs à « imaginer des passerelles » entre le sanitaire,le médico-social et le social.

Une dimension importante donnée au travail de réseau porté par une coordinatrice, et qui a d'ores et déjà permis d'impulser une dynamique positive sur plusieurs champs.

Le travail de réseau a été initié courant 2015, porté par une coordinatrice dédiée au sein de REHACOOR 42. A noter toutefois que la dynamique partenariale n'est pas née avec REHACOOR ; elle existait par le passé mais de manière très faiblement structurée sous la forme d'initiatives éparses sectorisées et faiblement territorialisées. Des initiatives importantes sont toutefois à relever sur la période récente (comme le livre blanc piloté par AGAPSI pour l'ADAPEI) ; elles ont permis de poser un premier diagnostic de l'existant et des besoins sur un certain nombre de thématiques sur le département en matière de handicap psychique.

Dans ce contexte et en écho à l'objectif d'engager la mission d'animation de réseau inhérente à la création du Centre référent, REHACOOR a rapidement impulsé la mise en place de trois groupes de travail autour des questions de logement et d'hébergement ; des enjeux d'insertion vers l'emploi et de formation ; et des publics jeunes et adolescents.

En rebond du groupe constitué autour du Livre blanc, le premier groupe de travail à avoir été mis en place est celui relatif aux questions de logement/ de l'hébergement avec pour fil rouge la question de la fluidification des parcours de soins et l'évitement des ruptures. Le groupe se réunit à fréquence régulière tous les deux mois depuis un peu plus d'un an et a progressivement permis de mobiliser autour des quelques partenaires du secteur médico-social moteurs, de nouveaux intervenants qui se sont progressivement associés à la dynamique. Concrètement, la création du Centre référent et du maillage partenarial ont permis d'institutionnaliser des relations informelles préexistantes et d'élargir le réseau qui a vocation à couvrir l'ensemble du département ligérien. La fonction de coordination au sein de REHACOOR est perçue comme un atout de taille pour dynamiser, développer et assurer un suivi qui ne pouvait être porté par des acteurs déjà fortement investis dans leurs établissements respectifs.

« REHACOOR a permis de légitimer le travail conduit, lui donner une visibilité, et d'aller chercher des partenaires absents de la coordination : la MDPH et le soin ».

Le groupe de travail portant sur les enjeux d'insertion en formation ou vers l'emploi des publics, a pour l'heure relevé le défi de construire un tour de table et d'animer des séances visant l'interconnaissance d'acteurs institutionnels (service Insertion du Conseil Départemental) ou relevant du médico-social ou du social (MESSIDOR, LIFT, des ESAT…) qui ne dialoguaient, pour certains, que très exceptionnellement. Des priorités de travail ont été identifiées, et la rentrée 2016 devait permettre d'engager une réflexion plus opérationnelle sur cette base. Parmi les priorités repérées, l'élargissement de la composition du groupe aux acteurs de l'emploi et de l'insertion non spécialisés (prescripteurs du Service Public de l'Emploi notamment) devrait être investi prochainement. Cette ouverture du groupe devrait permettre d'étoffer les collaborations et d'offrir aux publics accompagnés des trajectoires mieux coordonnées et, pourquoi pas, nouvelles en termes d'accès à l'emploi.

« On en est aux balbutiements, on regarde qui est l'autre avant d'être sur une coordination très opérationnelle. »

La démarche engagée par le troisième et dernier groupe est spécifique, du fait de l'entrée par public (« Adolescents et jeunes adultes ») proposée. Il s'agit du public cible du Centre référent autour duquel les enjeux de prévention et de réactivité sont les plus forts. Si les deux autres groupes ont su globalement mobiliser une large majorité des acteurs relevant du secteur, celui-ci peine encore à réunir les acteurs du champ médico-social autour de la table. D'autres initiatives portées notamment par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance du Conseil Départemental de la Loire, en lien avec les Directeurs d'ITEP se sont initiées en parallèle autour des cas complexes.

C3R

La labellisation du Centre référent de Grenoble s'est appuyée sur un existant relativement structuré avec un Centre de réhabilitation pré existant et historique inscrit au sein du Centre de Réhabilitation Psychosociale du CH Alpes-Isère structuré en Unité hospitalière en 2012. Une équipe était d'ores et

déjà opérationnelle en amont du lancement du dispositif. De la même manière, la dimension « réseau » du Centre n'a pas été créée ex-nihilo. Le réseau REPSY (GCSMS depuis 2013) porte lui aussi depuis près de quinze ans un maillage partenarial formalisé sur le périmètre de compétences du CHU de Grenoble.

Depuis 2009, des outils communs ont été élaborés pour favoriser une évaluation harmonisée des situations, et coordonner au mieux les prises en charge. Les établissements médico-sociaux et le sanitaire se coordonnent en outre autour des situations complexes dans le cadre de Centres experts réunissant des professionnels et praticiens du sanitaire et du médico-social, autour de cas de pathologies spécifiques (schizophrénie et Asperger).

De fait, si les missions définies pour le C3R restent les mêmes, le curseur a été mis sur des priorités propres au territoire, parmi lesquelles on relève le développement sur le territoire d'Unité de soins de réhabilitation (établissement de niveau 1) et d'une coordination d'acteurs à l'échelle locale dans une logique de territorialisation. Les autres missions de soins, d'information, de formation et de recherche sont néanmoins partagées de manière assez identique avec les autres Centres du réseau.

Concrètement, les réalisations du C3R sur la période se mesurent à plusieurs niveaux :

- Sur la mission « soins » d'abord, avec l'élaboration de soins de référence et leur diffusion. A titre d'illustration, un travail de remédiation sociale et de lutte contre la stigmatisation a été engagé avec les différents territoires (Savoie, Drôme, Isère…) autour d'un projet commun en 2013, le programme Remed Rugby. Ce dernier vise à renforcer les capacités des personnes souffrant de schizophrénie à faire face à la stigmatisation par l'amélioration de certains processus de la cognition sociale dans le contexte du sport adapté. Articulé autour de 13 séances hebdomadaires de 2h, et ayant mobilisé 3 rencontres inter-établissements engagés dans le programme (Grenoble, Lyon, Valence, Chambéry, Monestier-de-Clermont, Cotagon, CAP Bourg-en-Bresse)

- Sur la mission « formation – partenariat » : une équipe de coordination de liaison ayant vocation à diffuser les techniques de la réhabilitation psychosociale chez les partenaires du sanitaire et les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), ainsi qu'à expliquer l'organisation territoriale a été mise en place. Elle a notamment permis d'engager la construction d'un état des lieux des besoins des structures ; lequel a permis de mettre à jour un besoin d'amélioration du repérage des publics. En écho, une grille de repérage des publics a été construite et diffusée aux Unités de soins et équipe de travail des ESMS et de l'éducation nationale. Des liens ont été tissés sur les territoires, et le réseau grenoblois étoffé.

- Sur la mission de réseau, comme vu précédemment, l'enjeu est moins d'étoffer le ReHPsy que d'appuyer sa territorialisation. Et cette mission que s'est fixée le C3R est concomitante à l'objectif d'une diffusion de la réhabilitation psychosociale sur les territoires inscrits dans le périmètre du Centre référent. Sur la période récente, on relève :

- ➔ **Sur la Drôme** : la coordination locale pré existante (réseau RAFAEL) a été intégrée au réseau ReHPsy.
- ➔ **Sur La Savoie** : une coordination locale a été mise en place avec 9 partenaires locaux (UNAFAM, Cap Emploi, CH et un panel d'ESMS). Un travail autour des parcours est engagé par les partenaires membres, avec le portage de bilans collectifs et la coordination des parcours

des publics accompagnés au sein des structures sur différents pans (logement, emploi en parallèle du parcours de soins).

➔ **Sur la Haute-Savoie** : le réseau ReHPsy a accompagné la mise en place d'une coordination autour d'une dizaine d'acteurs du sanitaire et du médico-social. Celle-ci, a engagé un travail similaire aux Equipe Spécialisée d'Evaluation du Handicap Psychique (ESEPH) et devrait formaliser son fonctionnement sur ce modèle prochainement.

➔ **Sur l'Isère**, des enjeux persistent toutefois au maillage territorial d'ensemble qui ne permet pas aujourd'hui de gommer les zones blanches existantes en termes d'offre de soins de réhabilitation sur le Nord Isère et la Savoie précisément. Sur le Centre Nord Dauphiné, une démarche de labellisation a été engagée, de manière autonome, par un établissement, sans finalement aboutir. Une antenne du réseau RePHsy active sur le Nord Isère a engagé un travail d'accompagnement à la labellisation d'un hôpital de jour, et devrait prochainement impulser une dynamique de coordination des acteurs sur le micro territoire.

Egalement, le C3R a engagé l'animation de cercles métiers (assistantes sociales, infirmières, psychologues, ergothérapeutes…) et le développement de partenariat vers des partenaires non spécialisés (prescripteurs du SPE, entreprises publiques – privées) pouvant faciliter le retour à l'emploi.

CL3R

B. **Une opérationnalité du dispositif sur les différents territoires, avec de premiers résultats satisfaisants au regard des objectifs initiaux fixés**

Concernant les prises en charge :

Les établissements de niveau 1 et 2 étaient déjà existants et ont donc été rapidement opérationnels. En 2015, plus de 1 100 patients ont été pris en charge sur les Centres référents, sur de l'évaluation et / ou du soin.

	Eléments de bilan 2015
REHACOOR 42	▪ 141 prescriptions reçues sur 2015, émanant principalement du CHU de Saint-Etienne (82%), de prescripteurs médicaux type médecins généralistes et psychiatres en libéral (10%) et dans une petite proportion des réseaux familiaux ou médico-sociaux (8%) ▪ File active de 95 personnes effectivement vues en consultation sur 2015 ▪ Sur les 95 personnes reçues, 65 bilans ont été réalisés ▪ Sur les 65 personnes ayant bénéficié d'un bilan : ➔ 29 personnes sont en cours de suivi au 31.12.2015 au sein du Centre ➔ 17 personnes sont en attente de la restitution de leur bilan ➔ 19 fins de prise en charge sont relevées dont 5 conclues sur des projets d'insertion : 1 en foyer de vie et 4 sur un projet professionnel. On dénombre également 6 suspensions de parcours, 6 abandons, 1 suspension à la demande du centre, et 1 ré-hospitalisation.
C3R	▪ 66 prescriptions reçues sur 2015, pour une file active de 188 patients. ▪ Des prescriptions adressées essentiellement par le REHPSY (32%), par les CMP du CHAI (21%) et des psychiatres libéraux (16%), mais aussi par des clinique (9%), des généralistes (3%) mais aussi de cliniques, (9%), du CHU de Grenoble (5%) ou encore de généralistes (3%). ▪ En moyenne, les prises en charge se sont échelonnées sur 82 semaines (un peu plus d'1 an ½) ▪ Sur les 188 patients en file active en 2015, on relève :

	➔ 31 ré hospitalisations sur l'année 2015
SUR- CL3R	▪ File active de 760 patients

Concernant la formation des professionnels (pour une acculturation du plus grand nombre, vis-à-vis de la réhabilitation psycho-sociale) :

	Eléments de bilan 2015
REHACOOR 42	▪ 16 jours de formation dispensés pour un total de 202 personnes formées (en lien avec LIFT) ▪ 39 interventions en établissement pour un total de 73 personnes touchées ▪ Organisation de la journée de la réhab' en septembre 2015 ➔ 257 participants : un peu plus de 50% de personnels soignants ; 40% de professionnels du secteur social / médicosocial et 10% de familles et proche ➔ Participation d'usagers ▪ Participation active à des colloques et séminaires
C3R	▪ 48 aidants ayant bénéficié des formations pro famille ▪ 450 personnes touchées par les interventions dispensées en établissement sur l'Isère, la Savoie, la Drôme et la Haute-Savoie ▪ 210 personnes formées dans le cadre d'une offre portée en propre par le C3R auxquelles il convient d'ajouter 86 professionnels du réseau formés / sensibilisés en partenariat avec REHPsy ▪ Participation active à des colloques et séminaires
CL3R / Centre ressource	▪ Plusieurs professionnels de l'équipe du SUR-CL3R (médecins, psychologues et infirmiers en particulier) sont impliqués dans des formations dispensées sur place (dont le DU « Remédiation cognitive ») et à l'extérieur (dont des formations à l'éducation thérapeutique et des formations aux principes et aux outils de la réhabilitation). Le SUR-CL3R a bénéficié de formation d'équipe, en particulier : ▪ Formation régionale (organisée par le CRR) au case management (coordination de parcours) par Tania Lecomte et Claude Leclerc de l'université de Montréal, Charles Bonsack et deux case managers du CHU Vaudois (Lausanne) ▪ Formation régionale (organisée par le CRR) à l'auto-évaluation des ressources (AERES) par Valentino Pomini de l'université de Lausanne ▪ Formation au diagnostic et à l'évaluation du syndrome d'Asperger par Sandrine Sonié (CRA Rhône-Alpes) ▪ Formation régionale (organisée par le CRR) au module TCC jeunes adultes par Tania Lecomte de l'université de Montréal

Concernant la mission d'information et de recherche (pour une acculturation du plus grand nombre, vis-à-vis de la réhabilitation psycho-sociale) :

	Eléments de bilan 2015
REHACOOR 42	▪ Participation active à des colloques et séminaires
C3R	▪ Participation à des études : 8 ▪ Nombre de publications : 15 ▪ Nombre de communications orales : 21
CL3R/ Centre ressource	▪ Montée en charge sur les conférences et journées d'études organisées avec plus de 30 communications dans différents congrès ou différents établissements de santé. ▪ 13 publications dans des revues françaises à comité de lecture, 12 publications internationales ▪ Contributions importantes du centre ressource au réseau national de l'Association Française de Remédiation Cognitive (AFRC)

	▪ Mise en place d'une bibliothèque physique dans les locaux du Centre ressource, (à venir, la création d'une bibliothèque numérique)

On relève également que des coopérations existent autour des Programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) portés par un Centre référent et associant les établissements du réseau plus largement. Certains préexistaient au lancement du dispositif, d'autres ont pris leur plein essor à partir de 2013 (c'est notamment le cas des programmes « Remed Rugby » et « Perception au travail » portés par le C3R). Les établissements de niveau 1 notamment étaient très demandeurs de s'impliquer dans les programmes de recherche, et la construction du réseau aux différents échelons du territoire régional a favorisé leur implication avec un cadre le permettant formellement).

Concernant le lien inter-centres dans une démarche de réseau :

Une journée de travail a réuni les trois Centres référents et le Centre ressource autour de la formation des internes en psychiatrie en 2015.

Toujours sur le volet « Recherche » : le CRR structure le recueil des données quantitatives (psychosociales et cognitives en particulier) concernant les patients pris en charge dans les 3 centres référents dans une démarche de suivi de cohorte. Une base de données (DB - data base - du CRR) est ainsi actuellement en cours de création. Ces données concernent tous les patients des centres référents qui en acceptent le principe. Les données seront stockées durant 15 ans afin de pouvoir mettre en place des études observationnelles à long terme. Ces données sont complétées par le relevé d'éventuelles hospitalisations ou ré-hospitalisations au cours des soins, ou peu de temps après.

Le recueil de ces indicateurs a commencé en janvier 2016, sous un format temporaire (fichier Excel) en attendant l'installation et le développement d'une base spécifique sous Open Clinica. Les trois Centres référents remontent les données harmonisées qui seront validées et agrégées prochainement. Engagé sur du long terme, le suivi de cohorte s'inscrit dans une démarche de recherche au long cours sur les effets de la réhabilitation psycho-sociale et de la remédiation cognitive sur les parcours.

On relève également des échanges réguliers autour des méthodes et outils en coordination entre les trois centres et le centre ressource. A titre d'illustration, les équipes des trois centres référents utilisent un même outil d'évaluation issu d'un travail d'harmonisation des pratiques. Egalement, un travail est en cours pour valider un protocole et des pratiques autour de la prise en charge du syndrome d'Asperger.

Spécificité : des actions innovantes portées auprès du grand public par le C3R en partenariat avec ReHPsy

Un « psy truck » a été organisé sur le territoire en 2015 en partenariat avec les CLSM, l'UNAFAM, les GEM présents sur le territoire avec une couverture assez large du territoire (10 villes ciblées en 2015 sur les départements de l'Isère, de la Savoie, de la Haute-Savoie et la Drôme). 900 personnes ont été touchées par les actions de sensibilisation et d'information, portées à destination du grand public, autour du handicap psychique et mental.

L'action a été reconduite 2016, avec un financement spécifique de l'ARS (fonds FIR).

Résultats

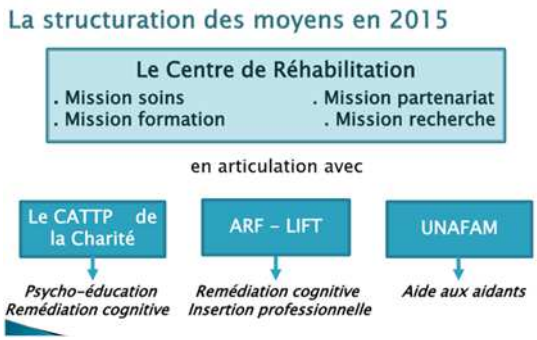
- **Effets constatés sur l'interconnaissance des acteurs**

REHACOOR42

Un GSCMS qui pose comme fondement du fonctionnement le lien vers l'extérieur (et les ESMS)

Un portage par un Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GSCSMS) plutôt que par un CHU est dans cette logique d'ouverture.

L'articulation de REHACOOR avec le CATTP de la Charité, l'ARF-LIFT et l'UNAFAM pose d'emblée le mode de fonctionnement du Centre : tourné vers l'extérieur, et articulé dans son organisation même avec des Unités de soins et ESMS.



Un enjeu de lisibilité quant aux ressources disponibles sur le territoire qui a pu être saisi et a favorisé la mise en place de parcours simplifiés

La période 2015/ 2016 a permis de mettre à jour une difficulté pressentie par beaucoup d'acteurs : le manque de places en institution reste une difficulté majeure pour la quasi-totalité des secteurs du logement, de l'hébergement, de l'insertion professionnelle, etc. Toutefois, la faible lisibilité de l'offre constitue une autre difficulté en soi, d'autant plus fortement marquée dans un contexte où certaines structures ne sont pas identifiées, car l'accueil des personnes avec handicap psychique ne constitue pas leur cœur de cible.

> A titre d'illustration, quand sur la période récente des places se sont libérées en structures d'hébergement, rares ont été les acteurs à se saisir de l'opportunité alors que les besoins existent. Les motifs de non recours ont été étudiés, et au-delà du problème d'inadéquation des profils au regard des places disponibles, une absence de lisibilité des opportunités de places a été identifiée comme facteur explicatif.

En écho à ce manque de lisibilité, la création d'un annuaire a été engagée par un panel d'acteurs du groupe « hébergement / logement ». Le répertoire constitué centralise les éléments clés autour des solutions d'hébergement pour les publics relevant du handicap psychique (Missions de l'établissement, spécificités, typologies de publics accueillis, nombre de places disponibles, nombre de demande de réorientation urgente) et a vocation à faciliter le recours. La démarche s'intéresse pour l'instant aux acteurs et places disponibles autour de la thématique « logement / hébergement », mais a vocation à dépasser ce cadre et à donner une meilleure lisibilité à l'offre dans son ensemble et à devenir l'outil de référence pour permettre de fluidifier des parcours.

> L'outil semble d'ores et déjà saisi par les soignants. Certains internes en psychiatrie l'ont surnommé « le kit de survie ».

La MDPH associée aux travaux du groupe à travers la personne portant au niveau local le dispositif national « une solution pour tous - zéro sans solution », constitue une bonne opportunité de donner à l'outil une dimension d'envergure. En effet, la MDPH travaille sur un outil informatique ayant la même optique d'améliorer la lisibilité de l'offre à destination des personnes âgées (outil « trajectoire ») ce qui pourrait favoriser le développement et l'institutionnalisation de la démarche et permettre une simplification des parcours.

Des enjeux persistants vis-à-vis de l'intégration du sanitaire aux réflexions portées par le groupe

L'intégration dans la démarche de réseau des acteurs du sanitaire reste un défi à relever pour la période à venir. Les prémices portées autour de la démarche du livre blanc et la dimension de réseau portée par REHACOOR, ont d'ores et déjà permis d'aller vers un décloisonnement interne aux acteurs du médico-social et du social.

> *« Le travail de réseau a permis cette première prise de conscience. On ne se connaissait pas si bien que ça entre nous. Des solutions pouvaient être imaginées, on a commencé à les saisir. A présent, l'enjeu est d'aller vers le sanitaire, de comprendre le fonctionnement de chacun, de voir où peuvent se faire les ponts, de prendre en considération les questions de philosophie et d'éthique de nos secteurs respectifs, et de parler des mêmes choses. »*

L'enjeu persistant est ainsi celui de l'interconnaissance et de l'acculturation et il n'est pas aujourd'hui pleinement saisi. Un premier pas a été fait avec la présence d'assistantes sociales des services psychiatriques hospitaliers aux dernières rencontres du groupe de travail autour des questions de logement. Le signal est positif mais la mobilisation a des marges de progression importante. L'enjeu de la sécurisation des parcours appelle à mobiliser plus largement, et surtout, d'aller sur les concepts avant même d'engager une réflexion sur l'articulation des pratiques.

L'enjeu du décloisonnement entre le sanitaire et le médico-social reste donc entier et pour le relever, REHACOOR porte une série d'actions visant à diffuser la culture de la réhabilitation et à mieux faire connaitre les ressources du territoire. Différents leviers ont été saisis par les équipes du Centre référent, comme par exemple, les journées d'information à destination des professionnels du sanitaire (en 2015, plus de 200 professionnels de santé, porteurs de projets, élus ont été sensibilisés). A l'automne 2016, l'association Santé mentale France organisait à Saint-Etienne une journée autour du handicap psychique et des parcours. Dans ce cadre, le Centre référent interviendra pour favoriser un essaimage des pratiques de la réhabilitation, et une acculturation des acteurs encore peu en proximité avec le réseau en devenir. Un forum des associations organisé sur cette journée avait vocation à favoriser l'interconnaissance et les passerelles.

Un réseau connecté

Au-delà de la mobilisation toujours plus importante d'acteurs au sein des différents groupes de travail du réseau, le travail de coordination a permis d'engager un rapprochement avec les autres réseaux ou démarches de coordination similaires portées aux différents échelons du territoire par le Conseil départemental ou la Ville. A titre d'illustration, la mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale est en réflexion sur la Ville de Saint-Etienne et REHACOOR pourrait s'en voir confier l'animation ; une opportunité d'éviter les effets doublons et poursuivre le travail de diffusion de l'offre pour mieux la faire connaitre et favoriser son recours en bonne intelligence.

Le travail de REHACOOR où l'opportunité d'aller vers une optimisation de l'offre disponible

La sensibilisation des acteurs non spécialisés, du social et du médico-social, constitue également un enjeu de taille que les acteurs voient comme l'une des missions centrales du Centre de référence. A titre d'illustration, la problématique des personnes vieillissantes au sein des structures d'hébergement, constitue un enjeu qui n'est pas aujourd'hui saisi par tous les acteurs. La stigmatisation vis-à-vis du handicap psychique est telle que les solutions peinent à être trouvées, alors que les passerelles pourraient permettre de libérer des places.

« Sur 60 places, 10 résidents ont plus de 60 ans. 8 pourraient tout à fait aller vers l'hébergement classique mais la stigmatisation est telle que ce n'est pas envisageable si des formations et un changement de mentalité ne s'opèrent pas. Le poids du réseau peut permettre d'aller vers ce type de missions même si c'est un travail de très longue haleine. On peut faire mieux à moyen constant avec la force du collectif ! »

C3R

Une territorialisation du réseau ReHPsy qui favorise localement la création de passerelles et influe sur les parcours

La démarche de construction, de développement ou d'animation de réseau, engagé sur les départements de la Savoie, de la Haute-Savoie et de la Drôme par le réseau ReHPsy (qui porte la mission de réseau du C3R) a permis le développement de partenariats là où ceux-ci n'existaient pas jusqu'ici, voire de renforcer le partenariat dans les teritoires ou celui-ci était déjà actifs.

A titre d'illustration, sur la Haute-Savoie, aux côtés de la création d'une offre de soin de réhabilitation (opérationnelle dès la rentrée 2016), le réseau ReHPsy a accompagné la formation d'un comité de coordination regroupant des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et acteurs du sanitaire sur le territoire (CH d'Annecy notamment). Après une première phase de rencontre et de connaissance mutuelle, les acteurs mobilisés dans la dynamique ont fait un pas de plus, et engagé des échanges de pratiques autour de situations cliniques complexes. Les habitudes de travail ancrées devraient en outre, donner lieu à la création d'une Equipe Spécialisée d'Evaluation du Handicap Psychique (ESEPH) sur le même modèle que celles existantes sur Grenoble et sur laquelle s'appuie le C3R et ses partenaires et qui permettraient de prolonger la dynamique d'échange engagée.

Une visibilité et lisibilité accrue des établissements de niveau 1 favorisant le recours

Egalement, la démarche de labellisation opérée sur les établissements de niveau 1 sur la Drôme, la Savoie et la Haute-Savoie, a notamment permis de donner aux Unités de réhabilitation psychosociale pré existantes, une visibilité à l'échelle départementale alors que le partenariat était parfois très localisé. Le lien en intra au sein des établissements hospitaliers a pu être favorisé, avec un appui au plan régional perçu comme facilitant pour porter une vision basée sur le rétablissement qui reste parfois peu partagée par les praticiens au sein d'un même établissement.

CL3R

Une démarche de labellisation, venue légitimer et institutionnaliser des liens préexistants

Le Centre référent de Lyon (CL3R) à l'image du C3R à Grenoble est opérationnel depuis 2010 sous la forme d'un Centre de réhabilitation sous financement ARS. De fait, des équipes sont opérationnelles de manière antérieure à la mise en place du dispositif régional en 2013. Dans ce contexte, des liens existent parfois de longue date sur le territoire à la fois avec les établissements de santé ainsi qu'avec quelques professionnels du secteur médico-social.

Les formations portées via le Diplôme Universitaire de remédiation cognitive a permis de former de nombreux acteurs depuis le début des années 2010 à Lyon et de créer des liens. Aussi, le réseau était d'ores et déjà bien étoffé. En revanche, pour les établissements de niveau 1 labellisés dans le cadre de la démarche, l'enjeu d'une plus forte proximité et d'un travail conjoint tant en termes d'affichage que d'outillage s'est fait sentir, de manière à pouvoir ensuite être intégré aux démarches scientifiques.

La démarche a nécessité une plus forte acculturation quant à des pratiques nouvelles et modernisées, et certaines mutations pour remplir les exigences du Cahier des charges. Si les établissements s'étaient, pour certains, tournés vers la réhabilitation, le cap n'avait pas toujours été franchi quant à la modernisation des pratiques. Et c'est sur ce pan que la labellisation a amené les effets les plus importants avec une montée en qualité et en diversité de l'offre proposée par les établissements constatée. Les établissements de niveau 1 le soulignent, la labellisation est venue consacrer un travail partenarial initié antérieurement. Le partenariat n'est pas né dans ce cadre, il a néanmoins été consacré et renforcé dans ce cadre. En effet, parmi les effets remontés par les établissements labellisés, la démarche a permis d'étoffer le partenariat par le biais de réunions animées par le centre référent avec les différents centres de niveau 1 sur le territoire.

Sur l'extra hospitalier : sur le Rhône, le réseau « Coordination 69 » est un partenaire privilégié, sans que les liens ne soient pour autant formalisés et réguliers. Sur l'Ain, si un cadre existe bel et bien via « Coordination 01 » les liens restent à créer. La dimension de réseau local et les liens qui la compose ne sont donc pas institutionnalisés. Et cette dimension n'a pas été saisie prioritairement par le Centre référent, peut-être aussi parce que le Centre porte en propre nombre d'Unités fonctionnelles (évaluation clinique, soins de réhabilitation, réhabilitation professionnelle, réhabilitation sociale, soutien des familles…)

Au-delà du réseau régional et local, le travail du Centre ressource de réhabilitation et du CL3R a favorisé la structuration d'un réseau national autour des pratiques et outils spécifiques de la remédiation cognitive

Le Centre Ressource créé en 2015 porte une mission de diffusion et d'harmonisation des pratiques, couplée à une démarche de recherche conjointe aux différents établissements du réseau. Adossé au CL3R, il est un service en propre doté de moyens humains dédiés (une équipe de six personnes le compose).

Il est un levier de taille pour accroitre la visibilité du réseau au niveau régional (les missions de formation et de communication qu'il porte y participent nécessairement), mais a également permis d'élargir le rayonnement au-delà des frontières rhônalpines vers le niveau national. Les contributions importantes du Centre ressource aux travaux de l'Association Francophone de Remédiation Cognitive (AFRC) et les différentes manifestations organisées en 2015 et 2016, contribuent à diffuser les fondements de la réhabilitation d'une part, mais sont également des vecteurs de liens renforcés avec d'autres établissements.

- **Effets constatés sur la qualité de la prise en charge**

En transversal

Une structuration de réseau accompagnée de moyens et de premiers effets perceptibles sur les prises en charge

La mise en place du réseau a été accompagnée de moyens pour l'émergence des trois Centres référents d'une part (budget de 650 000 euros alloué) et pour le Centre ressource d'autre part. Ces moyens ont essentiellement favorisé la structuration de services naissants (REHACOOR et Centre ressource) ou en consolidation (C3R et CL3R), sur le plan matériel et des ressources humaines. Des personnels ont ainsi été recrutés aux postes financés, favorisant la mise en place de protocole de soins diversifiés et une montée en charge des prises en charge.

REHACOOR

Les bilans réalisés par le Centre référent sont saisis comme la porte d'entrée du parcours, et constituent des leviers importants pour construire une réponse coordonnée

La mission de soin portée par le Centre référent - notamment le volet de bilan comme porte d'entrée - est perçue comme une ressource importante sur les parcours. Les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) qui ont vocation à accueillir des situations stabilisées mais restent confrontés à des cas complexes sans toujours avoir les moyens de mobiliser des ressources médicales à la hauteur des besoins, y voient un moyen de centraliser les démarches et de palier aux manques de ressources médicales.

Plus encore, le travail de maillage sur le territoire, en cours sur chacun des territoires couverts par les centres référents, a vocation à permettre d'offrir cette réponse au niveau local. A ce titre, l'accompagnement des Centres référents, et en l'occurrence, celui prodigué par REHACOOR vis-à-vis des deux établissements de niveau 1 labellisés sur son périmètre de compétences (Centres de Réhabilitation de Roanne et de Privas) est un levier repéré pour engager ce travail et favoriser les prises en charge et les passerelles. Les prescriptions et relais se réalisent aujourd'hui et permettent des prises en charge en appui par REHACOOR pour ces deux structures dont les moyens sont restés relativement constant avec la labellisation. Ils ont su gagner en visibilité, mais n'ont pas toujours pu redéployer les moyens nécessaires pour absorber les demandes. A titre d'illustration REHACOOR réalise régulièrement des bilans neuropsychologiques pour le compte du Centre de réhabilitation de Roanne, mais les prises en charge sont limitées en termes de capacité du fait des moyens de REHACOOR qui sont relativement circonscrits aujourd'hui. La distance entre Saint-Etienne et Privas freine les appuis de cette nature, et l'apport technique relève plutôt de la dimension formation que porte le Centre référent.

Une logique d'interconnaissance portée par le réseau, qui a dans quelques cas circonscrits, permis d'influer sur la logique de parcours

De manière très opérationnelle, des solutions ont pu être trouvées pour faciliter les parcours. A titre d'illustration, des échanges de résidents entre structures d'hébergement ont pu se faire. Des échanges de résidents ont par exemple été organisés permettant de solutionner des situations complexes pour lesquelles aucune solution n'était identifiée jusqu'alors par manque de place.

> *« Avant c'était la patate chaude que tout le monde veut se repasser. Là depuis quelques temps, j'ai fait 4/5 échanges avec d'autres foyers, ça permet de redonner une dynamique, de changement d'environnement. On voit qu'avec finalement peu de moyens, on peut avoir un effet important sur certaines trajectoires. Un résident qui constitue un élément perturbateur peut être à l'inverse être relativement canalisé dans un environnement nouveau. »*

Le travail animé par le réseau a permis d'identifier les places disponibles et réguler les places en liste d'attente avec des listes qui jusqu'alors ne traduisaient pas la réalité. La démarche a permis d'isoler les besoins d'orientation à court terme (3 mois) par typologie, pour penser des solutions au cas par cas mais de manière globale et concertée.

A souligner également, le fait que les groupes de travail ne soient pas systématiquement constitués d'acteurs relevant directement de la thématique abordée. A titre d'exemple, APPARU présent dans le groupe de travail sur les questions « hébergement et logement » précise que la participation de la

structure au groupe tient à l'enjeu de construire un parcours jalonné d'étapes pour les publics que la structure accompagne, ou à l'inverse, de pouvoir imaginer des trajectoires incluant comme étape un séjour au sein de ses structures, pour des publics extérieurs. La démarche trouve ici tout son sens : elle a vocation à permettre de tissé au cas par cas, des parcours coordonnés et les plus complets possible.

Egalement, certaines structures décrivent le rôle d'appui joué par REHACOOR sur le volet plus technique de la réhabilitation. Les questions semblaient présentes au sein des établissements sans avoir les moyens de passer le cap de la formation. Les missions communication et formation ont permis de doter les établissements d'un interlocuteur qui diffuse un savoir et a pu jouer le rôle d'appui à la constitution de service ressource en la matière au sein de certains établissements médico-sociaux.

« On a aujourd'hui un interlocuteur. On a pu aller vers la mise en place d'une unité de transition avec l'appui de REHACOOR. »

Un enjeu à former et diffuser la culture de la réhabilitation pour favoriser le recours

Le CHU reste aujourd'hui la principale source d'adressage de patients pour le Centre référent de Saint-Etienne (80% des prescriptions en 2015). Il reste un enjeu de taille quant à la formation des psychiatres libéraux pour renforcer les orientations qui constituent seulement 10% des orientations. L'un des leviers identifiés par l'équipe de REHACOOR est celui d'intégrer au cursus de formation des médecins psychiatres, un module autour de la réhabilitation psycho-sociale de manière à diffuser et influer globalement sur les pratiques. Dans ce projet, la mise en place d'un Diplôme Universitaire est actuellement en réflexion. Pour ce qui concerne les médecins en activité, les axes sensibilisation / communication et formation tels qu'évoqués plus haut, sont capitaux pour diffuser largement les principes de la réhabilitation psycho-sociale et favoriser le recours et les prises en charge.

De la question des moyens pour imaginer les solutions alternatives

Les difficultés vécues par le secteur et mises en avant dans le cadre des parcours ANAP portant sur le handicap psychique sont systématiquement évoquées par les acteurs du sanitaire et du médico-social comme des enjeux premiers. La question des places et files d'attentes, tant dans le sanitaire que dans le médico-social, reste l'enjeu majeur pour la gestion des crises et la prévention des risques. Des initiatives ont été portées et permettent de fluidifier un peu le parcours des patients et surtout, de donner une première réponse aux urgences (tel est notamment le cas des EMPP mises en place dans la Loire courant 2015). Toutefois, la question de la continuité et du parcours reste entière et appelle à se saisir plus globalement de ces enjeux pour doter de moyens adaptés les acteurs engagés dans une dynamique de réseau.

« Malgré le partenariat, malgré les solutions qu'on arrive à imaginer en travaillant en dentelle autour des situations, la question des places n'est pas résorbable avec cette unique démarche de coordination. Les délais de prise en charge sont parfois très longs, en CMP, dans les établissements médico-sociaux, et la continuité des parcours est impactée malgré la bonne volonté de chacun. »

C3R

Le développement du réseau des établissements de niveau 1 a permis d'infléchir sur les prises en charge et d'aller vers une couverture exhaustive du le territoire de référence du C3R

A titre d'illustration, la démarche de labellisation du CRPS au sein du CH du Valmont dans la Drôme, a permis d'assurer la pérennité du service et a contribué à lui offrir une meilleure lisibilité et valorisation tant en interne que vis-à-vis du tissu partenarial local. Egalement, l'équipe a été étoffée pour se mettre en conformité avec les exigences de la labellisation, un ETP médical complet a été recruté (0,9 ETP sur psychiatrie adulte, 0,1 ETP avec un pédopsychiatre engageant un travail autour des publics Asperger) et une neuropsychologue qui est passée à mi-temps (puis finalement à 0,8 ETP).

Les résultats se ressentent tant sur l'aspect qualitatif que quantitatif. Sur le premier plan, la capacité du CRPS a porté des bilans complets en interne, avec les ressources dédiées à hauteur des attendus est un effet direct de la labellisation. Egalement, les prises en charge ont monté en charge. La logique de réseau a en effet induit une augmentation des adressages de patients notamment par les médecins libéraux, du fait d'un gain en visibilité.

Egalement, le rapprochement opéré avec le C3R a permis d'adresser certaines situations vers l'équipe de Grenoble, pour appui technique ou prise en charge déléguée. Une véritable logique de réseau est ainsi en construction.

Sur la Savoie, les effets sur les prises en charge ne sont pas mesurables à ce stade dans la mesure où la labellisation effective depuis peu accompagnera à la rentrée 2016, l'ouverture d'un hôpital de jour et d'une Unité de réhabilitation psychosociale. En revanche, la création ex-nihilo d'une offre de soins de réhabilitation est en soi un pas franchi pour favoriser une équité territoriale de l'offre sur le territoire de référence du C3R.

CL3R

Des moyens additionnels traduits en ressources humaines essentiellement, ayant favorisé une augmentation des prescriptions et prises en charge

La labellisation a amené des moyens d'abord (1,5 ETP de médecin). Une visibilité et surtout des liens plus clairs, affichage plus net. De fait, les orientations n'ont cessé d'augmenter depuis 2010, et plus encore avec la labellisation en 2013 (environ 750 prescriptions vers le CL3R en 2015, contre 400 en 2010), avec un travail d'information et de formation des professionnels de santé de longue haleine, poursuivi aujourd'hui par le travail du Centre ressource.

De l'interconnaissance à la pratique collective autour de situations cliniques

Si le dispositif et le maillage territorial amené à travers les différents niveaux labellisés constituent une première pierre essentielle, les acteurs remontent aujourd'hui le besoin d'aller vers des échanges autour de cas cliniques qui offriraient une vraie plus-value capable d'influencer les pratiques.

Conclusions sur les parcours ANAP

La dynamique accompagnée par l'ANAP dans le cadre de la démarche « parcours » impulsée, a permis de créer un espace de dialogue, là où celui-ci n'existait pas dans une commune mesure entre les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social. La mobilisation a été importante, a favorisé une acculturation des quant aux problématiques et enjeux, et a permis de poser les bases du travail de passerelle, inhérent à la logique de parcours.

Il s'agit bien du premier pas de cette sécurisation des parcours que de tisser ce maillage partenarial, et le PRS a été un réel levier d'interconnaissance et de repositionnement de chacun aux différentes étapes du parcours.

L'ARS a ainsi donné un signal fort quant à cet enjeu en dotant de moyen significatif les différents échelons du réseau. Toutefois, la résolution des problèmes n'a pas été encore engagée. Des plans d'actions ont certes été bâtis, mais par manque d'arbitrages et d'un portage sur le long terme, les pistes d'actions pourtant identifiées collectivement n'ont pu être saisies. Pour donner une résonnance au travail engagé, il conviendra dans la période à venir, d'engager un travail concret tourné vers l'opérationnalité des propositions pour concrètement influer sur les prises en charge. Les acteurs restent mobilisés, en attente d'une poursuite de la démarche qui serait portée par l'ARS, institution légitime pour animer une telle démarche globale ; un ciment partenarial ainsi bâti qui constitue une ressource favorable pour l'avenir.

Conclusions sur les Centres de réhabilitation psychosociale

En parallèle, le déploiement d'un maillage partenarial multisectoriel de prise en charge coordonnée **à travers les Centres de réhabilitation psychosociale** a permis de réduire les écarts existants en termes d'offre sur les territoires. La démarche a avant tout permis de rendre lisible une offre existante, de la renforcer en la légitimant et de la faire évoluer en tenant compte des spécificités de chaque territoire (avec des historiques relativement hétérogènes tant en termes de culture de la réhabilitation, que du maillage préexistant en termes d'offre de soin, mais aussi de travail partenarial entre acteurs du sanitaire, du médico-social et du social) sans que cela ne soit vécu comme une marche « forcée ».

Le dispositif construit récemment, est rapidement monté en charge avec de premiers résultats satisfaisants au regard des objectifs initiaux fixés en termes de prises en charge (plusieurs centaines de prescriptions et de personnes reçues par an sur les trois centres de réhabilitations, mais aussi sur les Unités et services de réhabilitation portés au niveau infra-départemental), mais aussi de diffusion d'une culture de la réhabilitation et de passerelle entre les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social (plusieurs centaines de professionnels de santé et du social formés et/ou sensibilisés…). **La logique de parcours coordonné prend sens dans le cadre des centres de réhabilitation, de même que la valeur ajoutée de l'accompagnement de ces parcours vers l'extérieur, au-delà des prises en charge relevant exclusivement du sanitaire.** Elle est favorisée par la dynamique de réseau, adossée au travail des centres de réhabilitation (*a minima* au sein de REHACOOR 42 et du C3R) qui apparait comme une clé de succès, et un vecteur facilitant le partenariat.

Des enjeux de fonds sont régulièrement soulevés (notamment des ruptures persistantes dans les parcours du fait de problématiques récurrentes et structurelles : problématique de la gestion des lits…) et appellent un travail de long terme au-delà du dispositif, corrélés avec un octroi de moyens

supplémentaires. Néanmoins, le dialogue né de certaines initiatives partenariales a permis à moyen constant, d'amorçer l'identification des solutions. La force du collectif s'exprime ainsi de manière significative même s'il ne peut évidemment pas répondre à tous les enjeux.

La territorialisation du réseau à des échelons plus locaux, appelée dans la période la plus récente (labellisation des établissements de niveau 1), a été conduite à moyen constant avec l'appui et l'expertise des Centres référents (niveau 2). Elle a permis de légitimer la réhabilitation psycho-sociale sur les territoires, et conduit dans certains cas, à la diffusion d'une culture qui jusqu'ici avait du mal à être partagée au sein de certains établissements hospitaliers.

Au-delà du réseau régional et local, le travail du Centre Ressource à l'échelon régional mais aussi national, a favorisé la structuration d'un réseau de professionnel portant des pratiques et outils partagés et investi dans des projets communs, au-delà du périmètre territorial de compétence.

Recommandations pour la santé mentale

1. **Accompagner méthodologiquement la mise en place de la Commission spécialisée en santé mentale des Conseils Territoriaux de Santé**
2. **Préserver la mobilisation des acteurs sanitaires et établissements sociaux et médico-sociaux favorisée dans le cadre des parcours ANAP, valoriser les initiatives qui en ont découlé, et poursuivre l'opérationnalisation des plans d'actions construits sur les territoires**

    - En poursuite de la démarche engagée dans le cadre du PACCS, l'enjeu est aujourd'hui de prioriser et arbitrer les propositions émises par les acteurs et d'aller vers une mise en œuvre concrètes des actions imaginées sur les territoires et influer sur les prises en charge.
    - Egalement, quelques réponses ont pu être portées individuellement par certains acteurs à l'issue de la démarche. Il pourrait être pertinent de remobiliser et de communiquer largement sur ces actions engagées. A titre d'illustration, le travail de fond engagé par le CH du Vinatier avec les Centres Médico-Psychologiques du secteur en réponse à l'enjeu de prévenir les hospitalisations et gérer au mieux les crises, pourrait être valorisé.
    - Dans une démarche de capitalisation, les plans d'actions établis portées localement devraient en outre être partagés et restitués d'un territoire de santé à un autre, de façon à affiner la lecture des enjeux et solutions imaginées ; d'autant qu'il s'agit d'un parti pris initialement prévu (focale sur des publics différentiés) ;
    - Les acteurs restent dans l'attente de cette poursuite de la dynamique qui nécessairement, appelle une continuité pour dépasser l'enjeu de l'interconnaissance et aller vers un portage de pratiques communes. Le pilotage de l'ARS est une condition *sine qua non* du maintien d'un noyau partenarial d'envergure.

3. **Accompagner le développement du réseau des centres de réhabilitation psychosociale et poursuivre le soutien financier**

    Les Centres ont démontré sur une période courte, leur pertinence aux regards des besoins sur les territoires, et la valeur-ajoutée de leur déploiement dans un temps limité, avec des résultats mesurables et des premiers effets détectés en termes de parcours pour les publics porteurs d'handicap psychique. L'amélioration des prises des charges, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif, a été favorisée par des moyens additionnels déployés, traduits en ressources

humaines (temps médical pour les prises en charges, mais aussi, personnels permanents permettant la construction et le déploiement d'un réseau structuré). Ces ressources doivent être maintenues, si ce n'est renforcées, pour asseoir une dynamique en pleine expansion.

4. **Capitaliser sur les approches portées de manière significative par l'un ou l'autre des Centres référents et accompagner la montée en compétences du réseau à tous les échelons (1,2,3)**

   - Valoriser le travail de réseau thématique porté par REHACOOR, à travers les groupes de travail constitués et questionner la possibilité de dupliquer l'approche dans ses fondements à d'autres territoires de manière à donner voie au chapitre aux acteurs du médico-social et du social, en externe.
   - En parallèle, engager un travail en proximité avec les réseaux et coordinations existantes sur les territoires (connecter au mieux les initiatives aux ressources, pour ne pas dupliquer).
   - Renforcer la dimension partage portée par le Centre ressource en permettant un partage des pratiques entre professionnels, tel qu'appelé à tous les échelons.
   - Questionner l'opportunité d'une duplication de la démarche de territorialisation telle que portée par le C3R, en tenant compte des contraintes existantes sur chaque territoire.

3.2 Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis une meilleure coordination et articulation des liens existants entre santé et environnement ?

Orientations du PRS

Les liens existants entre les priorités du PSRS et les fiches actions du PRSE 2

Dans le PSRS, la thématique santé-environnement s'inscrit dans l'orientation « Réduire l'impact des déterminants environnementaux sur les milieux de vie ». Elle est déclinée selon les priorités suivantes :

- Priorité 1 - Développer la lutte contre l'habitat indigne
- Priorité 2 - Prévenir ou limiter les risques sanitaires à la qualité de l'air
- Priorité 3 - Assurer à la population la distribution d'une eau saine issue de ressources protégées
- Priorité 4 - Prévenir les risques sanitaires liés à l'environnement sonore

Ces priorités reprennent en partie les mesures prévues au titre du Plan Régional Santé Environnement 2 (PRSE 2) mis en œuvre entre 2012 et 2014[9]. Bien que d'un point de vue opérationnel, les problématiques santé-environnement aient été définies et traitées dans le PRSE 2, leur inclusion dans le PRS Rhône-Alpes se justifie par un choix d'affichage de la santé-environnement comme une priorité pour l'ARS Rhône-Alpes.

[9] Fiche 4 – Allergies polliniques ; Fiche 5 – Air intérieur et santé ; Fiche 6 – Habitat indigne ; Fiche 7 – Bruits de proximité

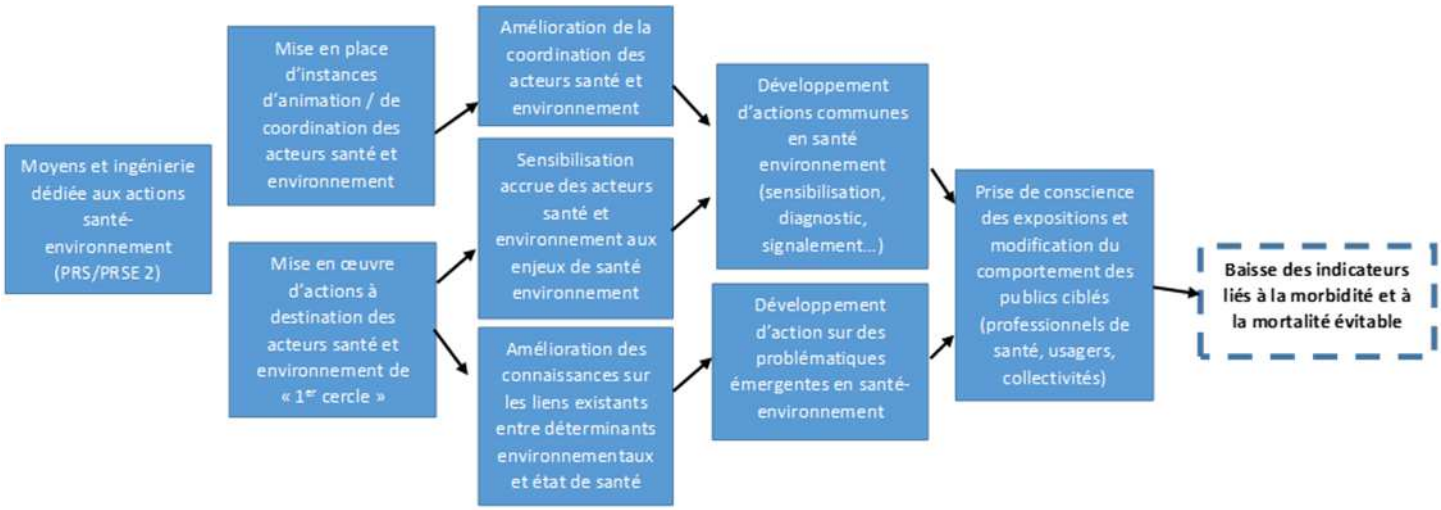
Cadrage des investigations

Le choix a été fait de centrer les investigations sur le champ de la santé-environnement de la manière suivante : « quels ont été les effets sur l'amélioration de la prise en compte des liens entre santé et environnement ? ».

Dans le cadre du présent exercice, deux champs d'investigation spécifiques ont été retenus :

- l'amélioration de la coordination des acteurs de la santé et de l'environnement sur la thématique de la qualité de l'air,
- les activités et résultats obtenus par les Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur (CMEI).

La logique d'intervention du PRS/PRSE 2



Investigations conduites

- Analyse documentaire (bilan des actions)
- Reprise des éléments issus de l'évaluation finale du PRSE 2 (2011-2014)
- Entretiens

Nom	Localisation	Structure	Fonction
Bruno FABRES	Lyon	ARS AuRA	Responsable service santé-environnement
Marielle SCHMITT	Lyon	ARS AuRA	Ingénieur sanitaire
Aurélie HERAIL	St Etienne	SCHS	CMEI
Nassima HAMAMI	Lyon	Hôpital de la Croix-Rousse	CMEI
Marie-Andrée DELHOMME	Valence	Collectif Sud	CMEI
Dr DEVOUASSOUX	Lyon	Hôpital de la Croix-Rousse	Pneumologue

Véronique VALLES-VIDAL	Valence	Collectif Sud	Directrice
Claire THOMAS	St Etienne	SCHS	Responsable unité santé-environnement
Cindy HOAREAU	Valence	Collectif Sud	Médecin référent
Dr DZVIGA	St Etienne	Libéral	Allergologue
Dr CHAPPARD	St Etienne	Libéral	Allergologue
Dr DEPAGNE	Lyon	Hôpital de la Croix-Rousse	Pneumologue
Hervé BERTRAND	Bourg-en-Bresse	DD ARS 01	Ingénieur sanitaire
Fabrice GOUEDO	Privas	DD ARS 07	Ingénieur sanitaire
Julie SERVIEN-REY	Valence	DD ARS 26	Ingénieur sanitaire
Cécile CLEMENT	Grenoble	DD ARS 38	Ingénieur sanitaire
Denis DOUSSON	Saint-Etienne	DD ARS 42	Ingénieur sanitaire
Anne-Laure BORIE	Chambéry	DD ARS 73	Ingénieur sanitaire
Catherine CUISINIER	Chambéry	DD ARS 73	Ingénieur sanitaire
Gérard JACQUEMIER	Annecy	DD ARS 74	Ingénieur sanitaire
Jacqueline COLLARD	Lyon	Association SERA	Présidente

Synthèse des principaux enseignements

Les actions mises en œuvre en santé environnement ont permis le rapprochement des acteurs santé et environnement dans certains champs d'intervention.

Les actions mises en œuvre en santé environnement ont permis l'identification de points noirs environnementaux et de problématiques liées aux co-expositions (ex. expositions air-bruit, exposition air-eau).

Les résultats des actions mises en œuvre en santé environnement sur l'amélioration de l'état de santé de la population au regard de la mortalité et de la morbidité évitable sont à ce jour difficile à suivre et à renseigner, en dehors d'études épidémiologiques ou d'impact spécifiques.

Résultat des investigations

3.2.1 Activités et résultats obtenus par les Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur (CMEI)

Le périmètre retenu pour l'évaluation correspond à l'action 1 de la Priorité 2 « Prévenir ou limiter les risques sanitaires liés à la qualité de l'air ».

Ci-dessous, une présentation synthétique de l'avancement des sous-actions correspondantes :

	Sous-action	Avancement
Action 1 – Améliorer la prévention des maladies respiratoires en	1.1 Préparer un maillage régional d'interventions dans l'environnement en complémentarité avec les programmes d'éducation thérapeutiques	**Jalon atteint : 100%** 7 postes de CMEI à mi-temps sont actifs sur la région

développant et pérennisant la fonction de conseiller médical en environnement intérieur (CMEI)		Le groupe technique se réunit effectivement et a mené un bilan de l'activité des CMEI en 2015.
	1.2 A l'issue de l'expérimentation et après évaluation des bénéficiaires sanitaires apportés par les interventions des CMEI mises en place, assurer la promotion de la profession des CMEI auprès des professionnels de santé, informer le public de l'existence de ce service	**Jalon atteint : 75%** Le groupe technique a élaboré une plaquette destinée à présenter l'offre de service des CMEI. La plaquette a été diffusée à l'occasion de 2 campagnes.

Bilan des réalisations

Le choix a été fait de porter les investigations sur trois postes parmi les 7 actuellement en activité :

- Un poste porté par un centre hospitalier (CH de la Croix-Rousse)
- Un poste porté par une collectivité (Service d'hygiène et de santé – SCHS - de la Ville de Saint-Etienne)
- Un poste porté par une structure associative (Réseau de santé Collectif Sud)

- **La fonction de Conseiller Médical en Environnement Intérieur (CMEI)**

La fonction de Conseiller Médical en Environnement Intérieur (CMEI) a été créée en 2001, avec pour objectif de renforcer la prévention de l'asthme, des allergies et des pathologies respiratoires liées à la qualité de l'air intérieur en général.

Les CMEI *« interviennent à la demande d'un médecin, après diagnostic d'une pathologie pour laquelle il est soupçonné que l'environnement domestique joue un rôle majeur. Ils sont chargés d'identifier les diverses sources d'allergènes et de polluants au domicile de personnes souffrant de maladies respiratoires ou allergiques liées à l'air intérieur. »*[10]

Il est important de souligner à ce stade le caractère central de la « prescription » médicale dans le fonctionnement du dispositif.

- **Le déploiement du dispositif CMEI**

L'ARS Rhône-Alpes a développé un intérêt pour le dispositif CMEI de longue date, conjointement avec le développement d'une politique santé environnement portée par le Conseil régional Rhône-Alpes à partir de 2012.

« Lorsque je travaillais en Isère au Département, un médecin que je connaissais avait mis en place une « école de l'asthme » qui avait des activités de conseil, mais au début sans information sur l'environnement immédiat (logement). Dans ce cadre, ils avaient pris une stagiaire qui était chargée de la visite des logements des personnes souffrant de pathologies respiratoires, pour évaluer les besoins, les types de populations. On s'est rendu compte que la plupart du temps ce n'étaient pas des

[10] ARS-Région Rhône-Alpes, Appel à projet « Développement du métier de Conseillers en environnement intérieur / Conseillers habitat-santé », Action n°11 du PRSE 2, 2012

populations vivant dans des logements insalubres. ***Après cette initiative, il était net pour moi que ça devait être développé. »***

Pilote de fiche 5 « Qualité de l'air extérieur » du PRSE 2
(Extrait de l'évaluation du PRSE 2)

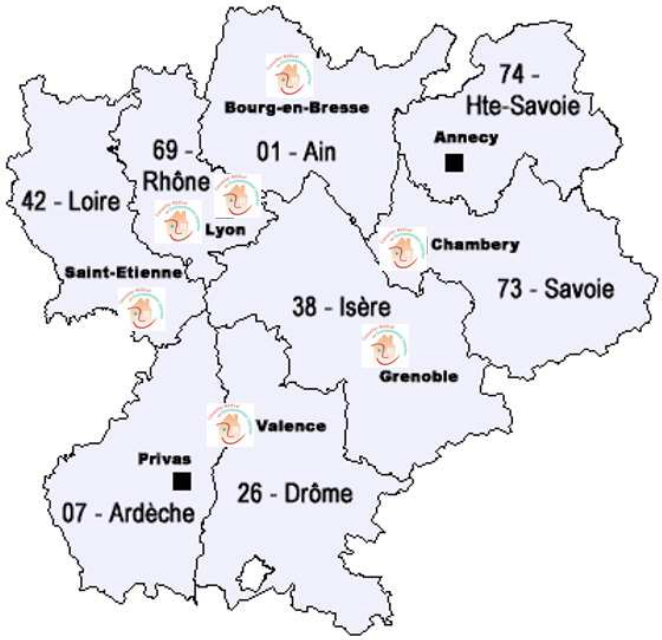
Le développement du dispositif s'est fait à travers le financement de postes à destination des établissements hospitaliers, des collectivités locales et des structures associatives, avec pour objectif de mailler progressivement le territoire régional.

Au total, **7 postes à mi-temps sont actuellement actifs** sur le périmètre de l'ex-région Rhône-Alpes, assurant une couverture partielle sur 7 des 8 départements. Ces postes ont été financés pour une durée de 3 ans[11] par l'ARS (4) et par le Conseil régional Rhône-Alpes au titre du Programme Opérationnel d'actions en santé environnement (PROPASE) (3). Des appels à projet conjoints ARS-Région intitulés « Développement du métier de Conseillers en environnement intérieur / Conseillers habitat/santé » ont été lancé en 2012 et 2013 :

- Le financement de deux postes de CMEI a été pris en charge par l'ARS en 2010, au CHU de Grenoble et à la ville de Saint-Etienne, suite à leur création dans le cadre d'un appel à projet du ministère de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement (MEDDTL) en 2008,
- trois postes supplémentaires ont été créés, suite à un appel à projet conjoint ARS-Région lancé en 2012, avec l'objectif de couvrir Lyon et les communes de l'agglomération et la Savoie. Ces postes sont portés par le Centre hospitalier de la Croix-Rousse, par l'Association Démocratie Ecologie Solidarité du Rhône (ADES) et par le SCHS de la Ville de Chambéry.
- deux postes supplémentaires ont été créés, suite à un second appel à projet conjoint ARS-Région en 2013, afin de couvrir les départements de la Drôme, de l'Ardèche et de l'Ain. Ces postes sont portés par l'association Collectif Sud et par le Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse.

L'ARS rapporte une relative difficulté à pourvoir les postes dans les territoires, qui a nécessité de mettre en place une promotion de l'appel à projet auprès des candidats potentiels au niveau des délégations départementales.

[11] Une prolongation de financement a été décidée en 2016, comprenant la reprise par l'ARS de postes jusqu'alors financés par le Conseil régional.



- **Le suivi de l'activité des postes de CMEI**

L'activité des postes de CMEI fait l'objet de réunions de suivi, organisées de manière semestrielle dans le cadre de l'animation du réseau des CMEI par l'ARS. Ces comités de suivi sont reconnus par les CMEI comme par les structures porteuses comme des temps permettant le partage d'information sur des aspects techniques et concernant le dispositif en tant que tel.

Ces réunions permettent également la réalisation de temps de formation complémentaires à destination des CMEI, devant leur permettre de perfectionner leurs interventions sur des thématiques spécifiques telles que la ventilation (dispensée par le CEREMA) et la métrologie des polluants de l'air intérieur (moisissures et produits chimiques). Ces interventions sont animées par des intervenants extérieurs.

Ces comités permettent en outre de formaliser annuellement le bilan de l'activité des CMEI, à travers la remontée de questionnaires de reporting, renseignés après chaque intervention via l'application WEPI. Des bilans ont ainsi été réalisés en 2013, 2014 et 2015.

En synthèse, ces réunions sont donc reconnues comme globalement utiles par les CMEI et les structures porteuses, bien que les représentants de certaines structures soulignent la difficulté de pouvoir y assister de manière systématique.

- **Des dynamiques variables en fonction des territoires**

L'activité des 7 postes de CMEI connaît des dynamiques et des niveaux de résultat variables en termes de nombre d'interventions.

Lors de l'évaluation du PRSE 2, le constat était celui d'une difficulté des CMEI à obtenir un nombre suffisant de prescriptions pour garantir l'atteinte des objectifs de nombre de visites qui leurs étaient fixés, initialement à 120 visites par an[12].

« On a 7 postes de CMEI actuellement sur la région Rhône-Alpes. De manière générale, les CMEI ont du mal à avoir des dossiers, il n'y a pas beaucoup de travail. »

Pilote de fiche 5 « Qualité de l'air extérieur » du PRSE 2
(Extrait de l'évaluation du PRSE 2 en 2013)

A ce jour, ce constat semble devoir être nuancé et l'on constate une montée en charge du nombre de dossiers sur les années 2014 et 2015 conforme à l'objectif révisé de 60 visites par an[13] sur une majorité des postes financés[14].

TABLEAU 1 – NOMBRE DE QUESTIONNAIRES DE VISITE SAISIS DANS L'APPLICATION WEPI PAR LES CMEI

	2012	2013	2014	2015	NR	Total
CH Bourg-en-Bresse				6		6
Ville de Chambéry		1	58	31		90
CHU Grenoble	1		82	46		129
ADES du Rhône		22	76	35	1	134
Ville de Saint-Etienne		6	99	55		160
Collectif Sud			8	26		34
CH Croix-Rousse		39	49	26	3	117
Total	1	68	372	225	4	670

Les écarts constatés peuvent être expliqués par la prise en compte de différents facteurs, développés ci-après dans le corps de l'analyse :

- Les postes de CMEI ne sont pas entrés en fonction à la même date, mais de manière échelonnée entre 2010 et 2014 et n'ont donc pas pu connaître la même montée en charge (c'est le cas du Collectif Sud et du CH de Bourg-en-Bresse). Ainsi, la majorité des bénéficiaires habitent dans la Loire et l'Isère, où les postes sont les plus anciens, exception faite du Rhône, du fait de la présence de 2 postes de CMEI.

[12] Le cahier des charges de l'appel à projet 2012, p.5
[13] Le cahier des charges de l'appel à projet 2014, p.5
[14] Le renseignement de l'activité en 2015 a été réalisé au 24.07. 2015, et ne porte donc que sur 7 mois de l'année.

- Le niveau d'activité des postes de CMEI est à mettre en lien avec le développement d'un réseau de médecins prescripteurs dans les territoires.

- **Un processus de remontée d'information globalement bien approprié par les CMEI, mais des difficultés rencontrées dans l'obtention du retour des bénéficiaires à 6 mois**

Afin d'accompagner le déploiement des postes de CMEI, un système de suivi a été mis en place à l'échelle régionale à partir de 2013. Les CMEI sont chargés de remplir systématiquement un questionnaire après chaque intervention, permettant de collecter un certain nombre de données communes et de les centraliser au niveau régional sur une base de données unique (base WEPI).

Des difficultés sont remontées par les CMEI dans l'administration et la récupération des questionnaires à 6 mois, se traduisant par un taux de retour de 10%. Par conséquent, la visibilité sur les résultats des interventions est donc assez faible. Plusieurs difficultés sont rapportées par les CMEI et les structures porteuses :

- La difficulté à joindre les bénéficiaires 6 mois plus tard, qui engendre un travail de relance conséquent et chronophage,
- La perte du questionnaire laissé au patient lors de l'intervention du CMEI à domicile,
- Le remplissage partiel des questionnaires, ce qui rend les données ininterprétables,
- La difficulté des CMEI à poser des questions portant sur la qualité du travail qu'ils ont eux-mêmes réalisé.

La question du suivi des bénéficiaires est à mettre en lien avec la question des moyens disponibles pour assurer la relance des personnes par téléphone afin de faire augmenter le nombre de réponses.

Dans un autre domaine, les CMEI et structures rencontrées soulignent les difficultés à obtenir des retours des médecins prescripteurs concernant l'évolution de leur patient après intervention.

- **Le développement d'un réseau de médecins prescripteurs comme moteur de l'activité des CMEI**

Dans l'ensemble des territoires, la grande majorité des médecins prescripteurs sont des pneumologues, excepté à Saint-Etienne où la tendance s'inverse en faveur des allergologues. On remarque le faible poids des prescriptions de généralistes ou d'autres professionnels de santé comme les pédiatres (environ 20% des prescriptions seulement).

Tableau 2. Type de médecin prescripteur, selon le CMEI

	Pneumologue			Allergologue			Généraliste			Pédiatre		Autre / Ne sait pas			Total
	Hosp.	Lib.	NR	Hosp.	Lib.	NR	Hosp.	Lib.	NR	Hosp.	Lib.	Hosp.	Lib.	NR	
BB (CH Bourg-en-Bresse)					1			3		2					6
CH (Ville de Chambéry)	49	25	1		2	1		6			1	1	4		90
GR (CHU de Grenoble)	67	22	1					8		23		8			129
LY (ADES du Rhône)	56	11	1	6	25		1	21		3	7	1		2	134
PR (ARS-DD07)	2														2
SE (Ville de St Etienne)	10	2			123			11		6	1		1	6	160
VA (Collectif Sud 07/26)	4	13			2		1	11	1	1			1		34
XR (Hôp. Croix Rousse)	105		2	5								4		1	117
Total	293	73	5	11	153	1	2	60	1	35	9	14	6	9	672

La question du développement d'un réseau de médecins prescripteurs ne se pose pas de la même manière en fonction des structures porteuses.

Il ressort de l'analyse une première distinction entre les postes portés par des structures hospitalières, qui interviennent principalement auprès des patients soignés par les médecins de l'établissement et les postes portés par une collectivité ou par une association, qui doivent trouver les moyens de se faire connaître auprès des professionnels de santé du territoire et « créer la demande ».

Le centre hospitalier de la Croix-Rousse est un des centres référents pour l'asthme sévère en France. Le poste de CMEI est donc orienté spécifiquement sur les patients qui présentent un asthme sévère, qui viennent pour être pris en charge à l'hôpital.

« J'ai demandé depuis le début que le dispositif soit centré sur les patients atteints d'asthme sévère qui engendrent des coûts de santé énormes : ceux qui sont clients réguliers des services d'urgence et engendrent un coût social et économique important. »

Centre hospitalier de la Croix-Rousse, chef de service pneumologie

Le SCHS de la Ville de Saint-Etienne anime un comité de suivi CMEI comprenant des médecins allergologues, des élus, des représentants de la CPAM et de l'ARS. Ce comité a pour objectif l'évaluation et la discussion de sujets en cours.

« Au départ, ça a permis de réunir quelques motivés, puis les travaux réalisés chez les patients ont permis d'alimenter les réunions et d'augmenter le recours aux CMEI, on a montré que l'intérieur des maisons n'était pas parfait. »

Médecin prescripteurs Saint-Etienne, Allergologue

Le réseau de santé Collectif sud participe à un comité de pilotage autour du poste de CMEI, réunissant des médecins spécialistes du territoire (pneumologues et allergologues).

Le développement d'actions de promotion des postes dans les territoires et au niveau régional

Le développement de liens avec la CPAM apparaît comme un levier intéressant de promotion des postes auprès des professionnels de santé dans certains territoires, mais connaît des résultats variables en fonction des territoires.

Dans la Drôme, le réseau de santé Collectif Sud a réussi à mobiliser la CPAM sur l'information auprès des professionnels de santé et patients du territoire.

« Ça marche bien avec la CPAM car on travaille avec eux sur d'autres sujets. »

Collectif Sud, Directrice

L'accès aux données de la CPAM a notamment permis de cibler des patients déclarés en affection de longue durée en lien avec des maladies respiratoires et d'accéder à la liste des professionnels de santé du territoire, destinataires d'une campagne d'information par mail et par courrier. Il est cependant difficile d'identifier l'effet de cette communication sur la prescription de patients par les professionnels de santé du territoire.

A Saint-Etienne, malgré la participation à des évènements communs et l'invitation au comité de suivi, le SCHS témoigne de la difficulté de mobiliser la CPAM sur la promotion des postes de CMEI, suite à une première action de communication menée au lancement du poste.

« L'implication de la CPAM nous manque énormément. Ils ont des personnes qui vont de médecin en médecin pour porter la bonne parole, des leviers de communication… ça serait intéressant qu'ils puissent faire de la publicité sur le CMEI. »

SCHS de Saint-Etienne, Directrice

« On pourrait faire un travail intéressant si l'ARS pouvait avoir un rôle de coordination, notamment avec la CPAM, par exemple repérer les patients qui ont une hyperconsommation de ventoline, pour échanger avec eux et le cas échéant leur proposer une intervention de CMEI et une séance d'ETP. »

Médecin prescripteur Saint-Etienne, Allergologue

Par ailleurs, des actions de formations et de sensibilisation auprès de professionnels de santé sont envisagées dans le cadre des journées mondiales de lutte contre la Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). Ces formations, qui seraient principalement organisées à destination des infirmières intégreraient un volet de promotion du poste de CMEI.

Au niveau régional, la promotion des postes de CMEI a fait l'objet de la publication d'une information sur le site internet de l'URPS et de l'édition d'une plaquette de présentation du dispositif par l'ARS.

Les associations de patients dans le domaine de l'insuffisance respiratoire n'apparaissent pas aujourd'hui comme un levier mobilisé pour la promotion des postes de CMEI.

Sur les territoires d'étude, la promotion par les pairs ressort comme le levier principal et le plus efficace de développement de l'activité de ces postes.

Le développement d'un réseau de prescripteurs fait partie de la candidature aux appels à projet portant sur les postes de CMEI. Il est demandé aux candidats de proposer un modèle d'organisation devant permettre « une bonne articulation entre les médecins prescripteurs, les centres autorisés à pratiques l'éducation thérapeutique vis-à-vis des maladies respiratoires chroniques et le/la CMEI ».

Au CH de la Croix-Rousse et à Saint-Etienne, la promotion des postes et le développement du réseau de prescripteurs ont été portés par des pneumologues ou allergologues, connaissant le dispositif de longue date et convaincus de sa pertinence.

Au Centre hospitalier de la Croix-Rousse, le médecin « porteur » du poste – chef du service pneumologie - est également le principal promoteur et un prescripteur important. Cette position semble avoir facilité le travail de promotion du poste au sein de la structure.

« J'en ai parlé beaucoup, à chaque fois qu'on avait une réunion de concertation avec les pneumologues de l'hôpital et les libéraux sur Lyon. Mais le problème reste la publicité aujourd'hui si l'on veut davantage développer l'activité. »

Centre hospitalier de la Croix-Rousse, chef de service pneumologie

« On arrive à promouvoir le poste dans le cadre de la venue de pneumologues, parfois extérieurs au CH, lors de réunions internes entre pneumologues. En interne aujourd'hui, je peux dire que tout le monde me connaît au service pneumologie, ça représente beaucoup des demandes d'intervention. »

Centre hospitalier de la Croix-Rousse, CMEI

Une plaquette d'information est mise à disposition des professionnels de santé du centre hospitalier, présentant le fonctionnement du poste de CMEI.

A Saint-Etienne, un médecin prescripteur s'est mobilisé pour promouvoir la fonction de CMEI au sein de son réseau

« On a la chance d'avoir un médecin prescripteur qui a suivi le projet depuis le départ, très prescripteur car il croit que la thématique de l'air intérieur présente une vraie plus-value dans la prise en charge des patients. Il a développé le réseau avec ses collègues libéraux, et comme il travaille aussi sur l'hôpital on commence à y être également bien connus. (…) Les prescripteurs restent très locaux. »

SCHS de Saint-Etienne, CMEI

La typologie des professionnels de santé prescripteurs a un impact sur le profil des publics touchés

De manière transversale dans les trois terrains d'étude, le dispositif reste principalement centré sur les pneumologues et les allergologues. Les généralistes restent globalement difficiles à atteindre et – dans un second temps – à convaincre de la pertinence du dispositif.

« On a du mal à toucher les généralistes. Peu ont la notion de ce qu'est un CMEI même si ils ont reçu l'information. Des fois il suffit d'un cas pour déclencher le reste mais pour beaucoup ils ne savent pas dans quoi ils s'engagent et sont déjà en suractivité sur le territoire. Alors ils ne prennent pas le temps pour tout ce qui est en dehors de leur pratique habituelle. »

Collectif Territoire Sud, Directrice

Au centre hospitalier de la Croix-Rousse, un centre référent sur l'asthme sévère en Rhône-Alpes, qui conduit le CMEI à intervenir essentiellement sur des pathologies lourdes (asthme sévère allergique ou héréditaire, bronchopneumopathie chronique obstructive), auprès des patients pris en charge au sein de l'établissement. Ce positionnement permet de toucher un large éventail de publics, la moitié environ habitant en logement social.

A Saint-Etienne, le témoignage des difficultés du CMEI à toucher les publics socialement précaires. Le réseau de prescripteur est principalement constitué d'allergologues et très localisé sur la ville, qui touche des patients de l'agglomération mais qui paradoxalement peine à toucher les publics précaires davantage situés en centre-ville et dans les quartiers prioritaires.

« On intervient plutôt sur l'agglomération que sur la ville, c'est plus dur pour nous de toucher les habitants du centre-ville. (…) Ce ne sont pas forcément eux qui vont consulter un allergologue, ça a un coût… D'autres choses sont prioritaires sur la santé, on pense avant tout à se loger et à se nourrir qu'à consulter pour une rhinite ou de l'asthme. »

SCHS de Saint-Etienne, CMEI

Dans la Drôme, des bénéficiaires souffrant en majorité d'asthme allergique, majoritairement orientés par des pneumologues et généralistes au sein du réseau Collectif Sud.

- **Dans l'ensemble des structures, l'inscription des postes de CMEI dans d'autres missions et / ou le développement d'actions de sensibilisation**

Le développement de liens intéressants avec la lutte contre l'habitat indigne

Dans l'ensemble des territoires d'étude, les postes sont saisis comme un levier permettant d'améliorer les liens entre le volet sanitaire et le volet social lorsque des problématiques liées à l'habitat sont constatées.

- **A Saint-Etienne**, la CMEI est employée à plein temps par le SHCS sur un poste d'inspecteur de salubrité, à cheval sur la qualité de l'air intérieur et sur l'habitat. Cette particularité permet à la CMEI de dispenser des conseils sur la qualité de l'air intérieur lors de la détection de situations « hors-prescription ».

« On essaye de faire un peu de conseil lors de visites sur l'habitat où l'on constate que l'état de santé des personnes est en lien avec l'état d'insalubrité. Ce sont des personnes qu'on n'aurait pas ailleurs, car elles ne vont pas voir nos médecins prescripteurs. »

SCHS de Saint-Etienne, CMEI

- En outre, une présentation du poste de CMEI a été organisée à destination des travailleurs sociaux de la Ville pour tenter d'élargir la détection à des situations « hors prescription ».

- **Dans la Drôme**, le Collectif Sud a développé un partenariat avec la délégation départementale Drôme-Ardèche de l'ARS. Chaque mois, le CMEI participe à une réunion « pacte habitat », réunissant les interlocuteurs habitat du territoire. Ces réunions permettent d'évoquer les situations rencontrées par le CMEI lorsqu'une problématique « habitat » est constatée ou pressentie.

« On a environ 39% de dossiers qui avaient un problème lié à l'habitat, allant jusqu'à des problèmes majeurs nécessitant un relogement. »

Collectif Territoire Sud, Directrice

- **Dans le Rhône**, la CMEI de l'hôpital de la Croix-Rousse a été amenée à intervenir à plusieurs reprises auprès des bailleurs pour obtenir le relogement des patients bénéficiaires, lorsque les liens entre l'état de santé et l'habitat étaient fortement suspecté (présence de moisissures notamment).

« Dans un cas, la CMEI a découvert des conditions d'exposition aux moisissures épouvantables, dans un appartement complètement délabré. Elle a travaillé au-delà de son rôle de CMEI et s'est mobilisée pour que les locataires obtiennent un reclassement dans un domicile plus sain permettant une évolution clinique très intéressante. Il s'agissait de personnes en HLM qui n'avaient pas les moyens culturels. (…) Dans ces cas de figure il est important que l'ARS puisse réaffirmer quels sont les bons relais. »

Centre hospitalier de la Croix-Rousse, chef de service pneumologie

Le développement de liens avec des démarches d'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Certains CMEI ont suivi une formation en éducation thérapeutique du patient (CMEI du Collectif Sud et de l'Hôpital de la Croix-Rousse), qui témoignent de la plus-value de ces formations pour la pratique du métier de CMEI et du complément d'activité potentiel en découlant.

- Le développement du poste de CMEI a pour ambition de participer à la construction des parcours des patients atteints de pathologies respiratoires chroniques, en lien avec les programmes d'ETP insuffisance respiratoire présent sur le territoire Sud. A ce titre, la CMEI a suivi une formation de 40h en ETP dispensée par le Collectif Territoire Sud et témoigne des leviers supplémentaires que cette formation offre au CMEI dans son travail de sensibilisation des bénéficiaires,
- la CMEI de l'hôpital de la Croix-Rousse intervient à un rythme hebdomadaire dans le cadre de réunions collectives et d'entretiens individuels d'ETP auprès des patients touchés d'asthme et d'asthme sévère. Cette démarche cible notamment les patients qui n'arrivent pas à suivre leur traitement, ou ne comprennent qu'ils ont un levier pour limiter les crises au quotidien.

« L'asthme sévère est une maladie qui peut être mortelle, beaucoup de patients ne l'acceptent pas, notamment au regard des contraintes que cela leur impose au quotidien. Mon rôle est de les aider à mieux comprendre la maladie et que la maladie ne prenne pas le dessus, ce qui passe parfois par des conseils pratiques. »

Centre hospitalier de la Croix-Rousse, CMEI

Le développement des passerelles entre l'activité de CMEI et l'éducation thérapeutique du patient pose la question de la place des conseillers dans un parcours de prise en charge des maladies respiratoires chroniques.

Le développement d'actions de sensibilisation et de formation aux bonnes pratiques en qualité de l'air intérieur

A Saint-Etienne, le CMEI est impliqué dans le portage d'actions de diagnostic air intérieur dans les Etablissements recevant du public (ERP), portant sur la connaissance des locaux, une évaluation de la ventilation, la connaissance des usages et une analyse de la composition de l'air.

Une première série de diagnostics a été réalisée dans 11 crèches de la Ville de Saint-Etienne impliquant de manière conjointe les services du bâtiment, de l'éducation et des conseillers sécurité santé. Une formation d'une demi-journée à destination des agents de service des crèches et portant sur les bonnes pratiques pour améliorer la qualité de l'air intérieur est venue compléter ces diagnostics.

Une seconde série de diagnostics et de formations a été effectuée dans 15 écoles maternelles de la Ville, permettant de suivre l'évolution de la qualité de l'air et l'impact des activités de l'école sur celle-ci (ménage, utilisation de colle, peinture, feutres…). L'étude ayant mis en évidence l'impact des produits ménagers sur la qualité de l'air dans ces établissements, le service achat de la Ville de Saint-Etienne a fait le choix de travailler avec des produits d'entretien moins émissifs et de réduire la gamme de produits utilisés par les agents de service.

- **La plus-value perçue des postes de CMEI par les médecins prescripteurs**

L'ensemble des médecins prescripteurs rencontrés s'accordent sur l'utilité des postes de CMEI dans leur dimension de prolongement de leur diagnostic.

« L'évaluation du domicile, c'est essentiel car c'est une boîte noire pour nous. On fait des examens très chers de diagnostic du patient, mais des choses essentielles comme l'environnement ne sont pas prises en compte car on n'a pas les outils pour y aller. (…) Ça nous permet d'identifier des facteurs d'aggravation de l'asthme qu'on n'imaginait pas et sur lesquels on peut jouer. »

Centre hospitalier de la Croix-Rousse, chef de service pneumologie

« Pour moi, c'est très important, car habituellement on arrive à contrôler un asthme en augmentant les traitements (corticoïdes). Mais si on arrive à avoir un contrôle de l'environnement, on arrive à baisser la pression thérapeutique, pour des personnes qui ont un traitement très lourd, on arrive à avoir des traitements beaucoup plus faibles. »

Médecin prescripteurs Saint-Etienne, Allergologue

Le chef de service pneumologie du Centre hospitalier de la Croix-Rousse estime à « 20 ou 30% » les situations dans lesquelles l'intervention du CMEI est décisive dans l'identification d'un déterminant ayant une influence majeure sur l'état de santé des patients touchés d'asthme sévère.

Il est toutefois souligné la difficulté à imputer clairement l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires à la seule intervention des CMEI, du fait du caractère complexe et multifactoriel des différentes formes d'asthme.

- Au centre hospitalier de la Croix-Rousse, l'intervention du CMEI au domicile d'une personne souffrant d'asthme sévère a permis d'identifier la présence importante de moisissures et l'état de délabrement général du domicile. Cette personne n'avait pas les moyens d'engager une procédure auprès du bailleur. La CMEI a appuyé le dossier de demande de relogement de cette personne qui a obtenu gain de cause. Suite à la redomiciliation, le médecin prescripteur a observé une « évolution clinique très intéressante ».
- A Saint-Etienne, est cité le cas d'une personne souffrant d'asthme et dont on s'est rendu compte qu'il transportait dans le cadre de son travail des produits corrosifs, qui imbibaient ses vêtements, sa voiture. Au bout du compte, son logement était plein de particules et de vapeurs à l'origine de son asthme. Ce déterminant n'avait pas été ni détecté, ni signalé au moment de l'entretien entre l'allergologue et le patient.

Ainsi, les diagnostics fournis par les CMEI permettent dans certains cas de détecter un ou plusieurs déterminants majeurs de l'apparition ou de l'aggravation de la pathologie.

- **La pérennité des postes de CMEI**

Le dimensionnement financier des postes est globalement reconnu comme relativement étroit au regard des objectifs fixés, conduisant les structures porteuses à limiter leur périmètre d'intervention.

Résultats

NB. Une étude nationale sur les effets de l'intervention des CMEI en matière d'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires est actuellement en cours de réalisation (Evaluation de l'action des conseillers en environnement intérieur - ECENVIR).

Portée par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), le Laboratoire d'étude et de recherche en environnement et santé (LERES) et l'Institut de Recherche sur la Santé, l'Environnement et le Travail (IRSET), cette étude porte sur l'évaluation de « l'impact de la visite des conseillers en environnement intérieur sur la santé de patients asthmatiques, mais aussi sur l'amélioration de leur habitat grâce aux conseils prodigués, pour une éventuelle prise en charge du coût de la visite par la sécurité sociale ».

L'étude porte sur l'analyse d'une collecte réalisée auprès de 300 patients, répartis en 10 centres sur toute la France, avec suivi médical et prélèvement chimiques et microbiologiques à leur domicile avant et après intervention.

- **Effets constatés sur l'état de santé des patients**

Exploitation et analyse des questionnaires administrés aux bénéficiaires d'une intervention de CMEI à 6 mois, portant notamment sur l'utilité perçue de l'intervention, la mise en œuvre des recommandations et la perception de leur état de santé par les patients.

La visite a été jugée utile ou très utile pour 85% des patients ayant retourné le questionnaire d'évaluation

Tableau 33. Utilité de la visite

Pas du tout utile	3	3%
Modérément utile	14	12%
Utile	51	44%
Très utile	47	41%
Non renseigné	1	1%
Total	116	100%

La majorité des patients a mis en œuvre les mesures préconisées.

Tableau 34. Mise en œuvre des mesures préconisées

Pas du tout	2	2%
Très partiellement	19	16%
En grande partie	61	53%
Totalement	34	29%
Total	116	100%

La principale raison évoquée pour la non mise en œuvre de la totalité des mesures prescrites est le coût lié à leur réalisation.

Tableau 35. Raisons de la non mise en œuvre des mesures préconisées (plusieurs réponses possibles pour chaque patient)

côut trop élevé	42	41%
manque de temps	19	19%
pas envie	9	9%
trop compliqué	21	21%
autre	11	11%
Total	102	100%

Un peu plus de la moitié des patients indiquent se sentir mieux dans leur logement depuis l'intervention du CMEI

Tableau 37. Amélioration du bien-être dans le logement

Oui	62	53%
Non	42	36%
Non renseigné	12	10%
Total	116	100%

20% des patients ont remarqué une nette amélioration de leur état de santé et 41% une amélioration légère.

Tableau 38. Amélioration de l'état de santé perçu

Très nettement	23	20%
Légèrement	48	41%
Pas d'amélioration	33	28%
Dégradation	4	3%
Non renseigné	8	7%
Total	116	100%

28% des patients font état d'une diminution de leur traitement médicamenteux.

Tableau 39. Diminution du traitement médicamenteux

Oui	33	28%
Non	72	62%
Non renseigné	11	9%
Total	116	100%

Plusieurs limites dans l'interprétation de ces résultats sont cependant à prendre en compte :

- le faible nombre de questionnaires retournés : au 25 juillet 2015, 116 questionnaires d'évaluation ont été retournés à l'ARS par les patients bénéficiaires d'une intervention de CMEI, soit un taux de retour de 17%,
- un possible biais de désirabilité de la part des bénéficiaires.

Facteurs facilitateurs

- L'appui sur des réseaux de professionnels de santé locaux pour assurer la promotion du dispositif
- Le développement de liens avec les interventions de l'ARS ou des SCHS liées à la lutte contre l'habitat indigne

Difficultés rencontrées

- La question des moyens
  - ✓ Une limitation de la couverture géographique en lien avec les moyens humains : à noter notamment, la couverture du terrain d'intervention du CH de Grenoble du fait du départ du CMEI depuis janvier 2016.
  - ✓ La prise en charge des analyses : compte-tenu des difficultés d'interprétation et du coût d'une campagne de mesures, les prélèvements d'air doivent être réservés à des situations très particulières (pathologies particulières et moisissures non visibles). L'idée est soulevée de développer un partenariat avec une structure universitaire, sur le modèle de la collaboration entre l'Association de Surveillance et d'étude de la Pollution Atmosphérique en Alsace (ASPA) et l'Université de Strasbourg.
- Des difficultés à toucher certains publics du fait notamment du système de prescription
- Des difficultés à convaincre les professionnels de santé généralistes de l'utilité du dispositif

Parmi les freins cités, la réticence des professionnels de santé, ce qui questionne la place des généralistes dans le dispositif.

Conclusions

Résultats en matière d'activité des postes de CMEI

1/ La majorité des postes de CMEI ont connu un développement satisfaisant en termes de niveau d'activité sur les dernières années (avec une moyenne de 72 visites par poste en 2014, sur les postes en activité depuis plus d'un an ; 672 visites effectuées depuis 2012).

2/ Dans les trois territoires d'étude, la promotion par les professionnels de santé ressort comme le levier de développement de l'activité des postes le plus courant et le plus efficace. Le témoignage des professionnels de santé, essentiellement allergologues et pneumologues auprès de leurs confrères et dans le cadre d'instances professionnelles existantes permet de dépasser l'étape de la découverte et du test du dispositif.

3/ Le levier partenarial « CPAM » est mobilisé de manière variable dans la promotion des postes de CMEI, notamment dans sa capacité à communiquer largement auprès des professionnels de santé et des assurés. Cette mobilisation hétérogène reflète les difficultés d'articulation entre l'ARS et l'Assurance maladie dans les territoires.

4/ Le développement de liens entre l'activité de CMEI et d'autres approches professionnelles, à l'image de l'Education thérapeutique du patient (ETP) représentent une plus-value pour les structures porteuses et un complément d'activité potentiel pour les CMEI, comme pour les bénéficiaires souffrant

de pathologies respiratoires chroniques auprès desquels les CMEI sont amenés à dispenser des conseils lors de leurs visites.

5/ Des passerelles sont recherchées et développées entre l'activité des CMEI et la lutte contre l'habitat indigne et sont porteuses de résultats intéressants (appui de dossiers de relogement auprès des bailleurs dans certains cas une insalubrité prononcée est constatée, signalement des situations auprès des personnes référentes en matière de lutte contre l'habitat indigne en interne à l'ARS)

6/ Des difficultés sont rencontrées dans l'administration et la récupération des questionnaires bénéficiaires, ne permettant d'avoir une vision que partielle sur les résultats des postes, en lien avec des questions techniques et de moyens dédiés au suivi des bénéficiaires (temps passé à relancer les bénéficiaires). Cette démarche de suivi permet cependant de mettre en avant quelques résultats intéressants : 85% des bénéficiaires jugent l'intervention utile ou très utile et 61% des bénéficiaires témoignent d'une amélioration de leur état de santé.

7/ Les liens entre CMEI et médecins prescripteurs sont aujourd'hui assez peu développés au-delà de la procédure de prescription. Les CMEI témoignent de l'insuffisance des retours de la part des professionnels de santé suite à la prise en charge, sur l'évolution de l'état de santé des bénéficiaires.

Résultats en matière d'amélioration de la prise en charge des pathologies respiratoires chroniques

NB : Les données utilisées ci-dessous sont extraites des résultats d'une enquête menée auprès des bénéficiaires d'une intervention de CMEI, 6 mois après l'intervention. Elles portent sur un échantillon de répondants limité (116 personnes) et doivent donc être interprétées avec précaution.

8/ Dans leur fonction de diagnostic, l'intervention des CMEI s'avère décisive dans l'identification d'un allergène ou d'un polluant dans une partie seulement des cas prescrits grâce à l'analyse d'échantillons prélevés au domicile des bénéficiaires. Cela reste une pratique relativement limitée, utilisée notamment dans les cas où des doutes persistent quant à l'origine de la pathologie, notamment du fait de la limite des moyens alloués au poste pour ces analyses complémentaires. De manière plus courante, la plus-value des interventions réside dans la sensibilisation et l'éducation des bénéficiaires à la conservation d'un environnement intérieur sain (aération, produits d'entretien et éléments du quotidien allergènes…).

9/ Dans leur fonction de sensibilisation et de conseil - concernant l'aération, la suppression des produits du quotidien, facteurs de pollution de l'air intérieur, etc. – les CMEI rencontrés s'inscrivent dans une démarche d'ETP auprès des personnes souffrant de pathologies respiratoires communes ou sévères (suivi d'une formation certifiante de niveau 1).

10/ Ces fonctions de diagnostic et de conseil permettent dans certains cas – et en fonction du degré de sévérité de la pathologie – une amélioration de l'état de santé perçu des patients, voire une diminution de la consommation médicamenteuse : 61% des bénéficiaires témoignent d'une amélioration de leur état de santé et 28% témoignent d'une diminution de leur traitement médicamenteux.

11/ Ils peuvent également être amenés, dans des cas ponctuels, à peser sur le traitement des déterminants de santé liés à la qualité de l'air intérieur et contribuer par exemple à la levée de certains freins dans les problématiques habitat dans la relation locataire/bailleur.

12/ La question de la pérennité et du calibrage de ces postes se pose aujourd'hui, notamment concernant la prise en charge des analyses effectuées sur le terrain et des frais de déplacement. Ces questions doivent être réfléchies avec l'idée de conserver une vocation opérationnelle et ciblée pour ces postes, d'un point de vue géographique et populationnel.

Recommandations

Sur le développement et la pérennisation de l'activité des postes de CMEI

- Préalablement au financement des postes, identifier clairement les professionnels de santé et instances professionnelles (associations de praticiens notamment) pouvant être motrices dans la promotion des postes par les pairs.
- Consolider le travail conduit avec les médecins prescripteurs moteurs
- Afin de pérenniser l'activité des postes, notamment ceux portés par des associations ou des collectivités, chercher la diversification des professionnels de santé prescripteurs.
- Utiliser les résultats de l'étude épidémiologique ECENVIR (Evaluation de l'action des conseillers en environnement intérieur) une fois achevée, comme moyen de promotion de l'activité des CMEI auprès des professionnels de santé.
- Dans un contexte de moyens contraints et de recherche d'efficience, réfléchir à des critères de priorisation et aux moyens de resserrer la cible de l'intervention des CMEI (ex. pathologies sévères, problématiques habitat) notamment à travers le développement des réseaux de prescripteurs spécialisés ou au sein d'établissements hospitaliers.
- Afin de maximiser la mise en œuvre des recommandations d'aménagement des logements, formaliser une présentation des aides existantes d'amélioration de l'habitat à destination des propriétaires occupants ou bailleurs (ANAH).
    - Ex. Aides financières à l'installation d'une VMC simple flux hygroréglable, à destination des ménages disposant de revenus modestes, voire très modestes
- Envisager des solutions alternatives permettant une homogénéisation des pratiques de relevé et d'analyse chez les CMEI (développement de partenariat universitaires sur la partie analyse, achat de matériel en commun).
- Adapter le financement des postes au dimensionnement de la zone d'intervention à couvrir, afin de couvrir davantage les frais de déplacement.
- Inciter le développement d'actions de conseil à distance, à l'instar de ce qui est déjà fait par certains CMEI, lorsque la distance est trop importante.

Sur le suivi des résultats de l'activité des CMEI

- Réfléchir aux moyens d'impliquer les professionnels de santé prescripteurs dans la formalisation de retours suite à l'intervention des CMEI (prise en charge et évolution des bénéficiaires), en considérant les lieux ou les modalités les plus pertinentes et les moins chronophages.
- Réfléchir aux moyens d'impliquer les professionnels de santé prescripteurs comme relais auprès de leurs patients bénéficiaires d'une intervention de CMEI dans la remontée des questionnaires à 6 mois.

Sur l'articulation des postes de CMEI avec des activités connexes (Santé environnement et ETP)

- Chercher et encourager le développement de passerelles entre les interventions de CMEI et les fonctions de signalement liées à la lutte contre l'habitat indigne, en identifiant clairement le rôle des CMEI et les interlocuteurs ARS à mobiliser en cas de signalement.
- Chercher et encourager le développement de l'intégration des CMEI dans des programmes de formation ou d'intervention en matière d'éducation thérapeutique du patient portant sur les pathologies respiratoires chroniques.
- Travailler à la formalisation de la place des CMEI dans un parcours de prise en charge des patients souffrant de pathologies respiratoires chroniques.
- Réfléchir à l'intégration des CMEI comme acteurs porteurs d'actions de sensibilisation autour de la thématique qualité de l'air intérieur, notamment dans la perspective de l'élaboration du Plan régional santé environnement 3 et des appels à projet que seront lancés.

3.2.2 Amélioration de la coordination des acteurs de la santé et de l'environnement sur la thématique de la qualité de l'air

Les actions concernées sont inclues dans la priorité 2 du PSRS « Prévenir ou limiter les risques sanitaires liés à la qualité de l'air » :

- Améliorer la prévention des maladies respiratoires en développant et pérennisant la fonction de conseiller médical en environnement intérieur (CMEI)
- Améliorer l'information de la population et des professionnels de santé sur la qualité de l'air intérieur et ses liens avec la santé
- Poursuivre et renforcer la lutte contre l'ambroisie

Un focus a été retenu pour répondre au questionnement évaluatif portant sur l'action 3. Cependant, des sous-actions portées dans le cadre des actions 1 et 2 ont également pu contribuer à l'amélioration de la coordination des acteurs de la santé et l'environnement sur la thématique de la qualité de l'air.

La contribution du PRSE 2 sur la thématique « coordination des acteurs de la santé et de l'environnement »

L'amélioration de la coordination des acteurs de la santé et de l'environnement et de la prise en compte des liens existants entre santé et environnement faisaient partie des objectifs affichés des actions portées dans le cadre du PRSE 2.

Une enquête menée auprès des pilotes de fiche et des coordonnateurs des mesures avait permis de mettre en lumière des effets du PRSE 2.

« Le PRSE 2 a permis de… »	Note moyenne
De renforcer la coordination entre acteurs de la santé et de l'environnement	6,5
D'améliorer les connaissances des services en matière de problématiques santé-environnement	6,3
De développer de nouvelles formes de travail partenarial	6,3
De mettre en lumière et de donner de la visibilité à des actions déjà existantes	6,2
D'appuyer et de porter des problématiques en devenir	6,1
De relancer une dynamique autour d'actions méconnues ou peu investies	5,8
D'abonder financièrement un nombre important d'actions par l'obtention de financements supplémentaires	5,1
De mieux informer la population sur les différents facteurs de risque santé-environnement	4,8

Extrait d'enquête menée pour l'évaluation du PRSE 2 Rhône-Alpes

Zoom sur la lutte contre l'ambroisie

Le périmètre retenu pour l'évaluation correspond à l'action 1 3 de la Priorité 2 « Prévenir ou limiter les risques sanitaires liés à la qualité de l'air ».

Ci-dessous, une présentation synthétique de l'avancement des sous-actions correspondantes :

	Sous-action	Avancement
Action 3 « Poursuivre et renforcer la lutte contre l'ambroisie »	3.1 Renforcer le dispositif de surveillance de la plante et du pollen d'ambroisie en développant l'information anticipée sur les taux de pollen.	**Jalon atteint : 75%**
	3.2 Mesurer l'impact médico-économique de l'exposition aux pollens allergisants.	**Jalon atteint : 75%**
	3.3 Inciter et favoriser la mise en place d'un référent ambroisie par collectivité de Rhône Alpes et organiser leur formation et information	**Jalon atteint : 100%** Un processus de désignation de référents ambroisie a été mis en place dans chaque département de Rhône-Alpes La couverture des communes de la région atteint les 80%.

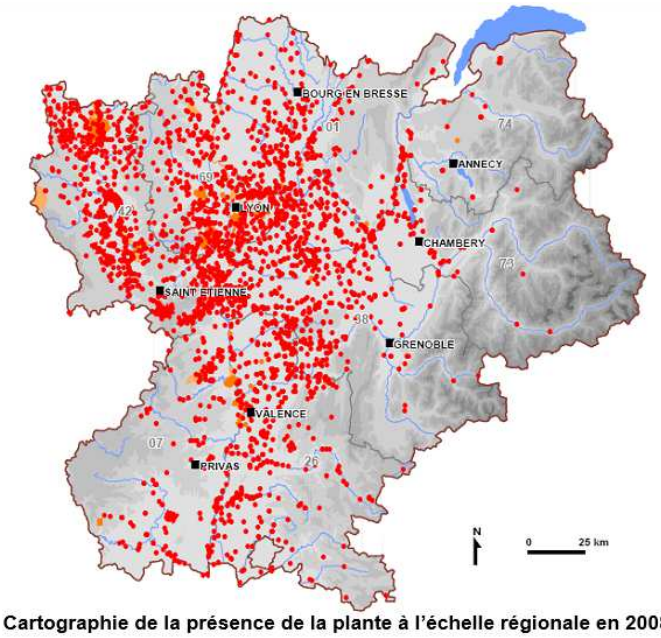
	3.4 Créer des comités de pilotage dans chaque département et un comité de pilotage régional	**Jalon atteint : 100%** Un comité régional de lutte contre l'ambroisie a été mis en place. Des comités départementaux de lutte contre l'ambroisie ont été mis en place dans l'ensemble des départements. Des plans locaux de lutte contre l'ambroisie ont été définis.

Bilan des réalisations

A – Le déploiement du dispositif de lutte contre l'ambroisie

L'ambroisie touche inégalement les territoires en Rhône-Alpes. Les départements les plus touchés sont l'Ardèche, la Drôme, l'Ain, l'Isère, le Rhône et la Loire. Les départements de Savoie et de Haute-Savoie sont également concernés mais de manière plus marginale.

L'enjeu de la coordination de la lutte contre l'ambroisie à l'échelle régionale s'explique cependant par la nécessité de prévenir l'avancée de la plante dans les territoires encore relativement épargnés.



Cartographie de la présence de la plante à l'échelle régionale en 2008

- **Le comité régional de lutte contre l'ambroisie en Rhône-Alpes**

Un groupe de travail régional a été mis en place en 2012. Présidé par le SGAR, il est composé des secrétaires généraux et des référents ARS sur la thématique de l'ambroisie et élargis aux acteurs partenaires dans les territoires (chambres d'agriculture, instituts agronomiques, notamment). Il a permis de conduire des travaux sur l'état des lieux de la problématique ambroisie et de partager les initiatives territoriales au niveau régional.

C'est également au sein de ce groupe que sont présentées annuellement les actions en cours dans les territoires et les résultats de la lutte contre l'ambroisie, via l'analyse des données de la plateforme régionale.

- **Des comités départementaux de lutte contre l'ambroisie qui ont souvent connu des dynamiques en début de projet, mais ont depuis connu un essoufflement**

Des Comités départementaux de lutte contre l'ambroisie animés par l'ARS ont été mis en place dans l'ensemble des départements, excepté dans la Loire, où un comité plantes invasives préexistait sous l'autorité du conseil départemental. Ces comités sont composés de l'ARS, de la Direction départementale des territoires (DDT), de la préfecture, de la chambre d'agriculture et du Conseil départemental.

Dans la Drôme et en Ardèche, l'action a permis l'officialisation de Comités de pilotage préexistants ou en désuétude.

Les Comités départementaux de lutte contre l'ambroisie ont connu des dynamiques très variables. Aujourd'hui, une majorité des comités ne se réunit plus.

- Dans l'Ain, un comité de pilotage a été créé en 2012 et se réunit encore,
- En Ardèche, un comité de pilotage a été créé en 2012, mais ne s'est réuni qu'à deux reprises,
- Dans la Drôme, un comité de pilotage a été créé dès 2010 et s'est réuni jusqu'en 2014,
- En Isère, un comité de pilotage a été créé en 2012, mais ne s'est plus réuni depuis 2013,
- Dans le Rhône, un comité de pilotage a été créé en 2012 et se réunit encore,
- En Savoie, un comité de pilotage a été créé en 2013 et se réunit encore,
- En Haute-Savoie, un comité de pilotage a été créé en 2013, mais ne s'est réuni qu'une fois,

Les ingénieurs sanitaires de l'ARS expliquent que cet essoufflement connaît deux raisons. La plus-value de ces comités de pilotage n'est plus perçue dès lors que certains acteurs perçus comme essentiels dans la lutte contre l'ambroisie ne s'y impliquent pas ou très faiblement, comme c'est le cas des Directions départementales des territoires (DDT).

Le manque de temps est également mis en avant par certains ingénieurs sanitaires, pour qui l'ambroisie n'est pas toujours une priorité forte de leur fiche de poste et côtoie un certain nombre d'autres démarches en santé environnement ou dans le domaine du contrôle (avis sanitaires, lutte anti vectorielle etc.).

« Aujourd'hui je fais le pompier, j'ai des plaintes, j'essaye de trouver des solutions, d'interpeler mes collègues du groupe de travail. Je ne crée pas de dynamique du tout. »

Un représentant de l'ARS

Dans certains territoires la formation, l'animation et la coordination des référents communaux et intercommunaux ont été déléguées toute ou en partie à des prestataires externes. C'est un choix qui a été fait en Isère et en Haute Savoie, permettant aux représentants de l'ARS de dégager du temps sur d'autres thématiques.

- **La mise en place de plans d'action dans les départements**

Les comités de lutte contre l'ambroisie ont pour la plupart permis de définir avec les acteurs de terrain des plans d'action destinés à être mise en œuvre au niveau départemental.

Ces plans d'action ont connu des déclinaisons variées, comprenant un nombre variable d'actions portant sur la désignation et l'animation des référents ambroisie, l'information du grand public et des acteurs de terrain et la création d'outils de communication.

Leur mise en œuvre a été soumise au dynamisme des comités départementaux de lutte, dans la mesure où ils n'ont pas été conçus comme la déclinaison d'actions obligatoires, mais davantage comme un recueil d'action reposant sur le volontarisme des partenaires.

Départements	Nombre d'actions
Ain (01)	35 fiches-actions
Ardèche (07)	5 fiches-actions
Drôme (26)	Organisation de groupes thématiques
Isère (38)	9 fiche-actions
Loire (42)	Plan d'action préexistant (Conseil départemental 42)
Rhône (69)	Formation des référents ambroisie
Savoie (73)	5 fiches-actions
Haute-Savoie (74)	Pas de plan d'action « formalisé »

En fonction des territoires et du niveau de la problématique ambroisie, le temps dédié aux actions d'animation et de coordination de la lutte varie. Ces postes sont occupés par des ingénieurs sanitaires pour qui la santé-environnement et la thématique de l'ambroisie voisinent d'autres missions, de l'ordre du contrôle notamment. En Ardèche par exemple, le choix a été fait au sein de la délégation de faire de l'ambroisie une des priorités affichées du poste, alors qu'elle n'apparaît pas comme prioritaire en Haute-Savoie, du fait du caractère moindre de la problématique ambroisie.

Résultats

- **Une coordination portant davantage sur les acteurs de terrain de la lutte contre l'ambroisie que sur une approche « prévention »**

Les comités de lutte contre l'ambroisie ont davantage été le lieu de mobilisation et de coordination d'acteurs de terrain dans la lutte contre l'ambroisie.

De fait, les comités n'ont que très peu impliqué d'acteurs appartenant à la sphère de la santé, que ce soit dans une approche sanitaire, de sensibilisation ou de prévention.

« Pour que la lutte contre l'ambroisie fonctionne, il faut que les acteurs de terrain s'impliquent, il n'y a pas 36 solutions. »

Un représentant de l'ARS

- **La formation des référents communaux et intercommunaux comme principal résultat des actions menées dans les départements**

Le rôle de l'ARS et de ses délégations départementales a été essentiel dans la désignation, l'information et la formation des référents communaux et intercommunaux de lutte contre l'ambroisie.

Les référents communaux ont un rôle de communication et de sensibilisation du grand public, des opérateurs et des gestionnaires d'infrastructure sur la commune et participent activement à la lutte contre l'ambroisie par le repérage et la mobilisation des propriétaires sur l'arrachage des plants.

Les référents intercommunaux ont pour mission de participer à des projets de sensibilisation, d'organiser les sessions de formation des référents communaux, de s'assurer de la désignation des référents et de leur apporter un appui technique en cas de besoin.

L'action a connu sur l'ensemble des départements une avancée importante, atteignant un taux de couverture moyen de 43,9% à l'échelle de la région, pour un total de 1544 référents ambroisie.

TABLEAU 2 – NOMBRE DE REFERENTS COMMUNAUX PAR DEPARTEMENT (MARS 2014)

Département	Nombre de communes	Nombre de communes avec référents	Nombre de référents	% de communes ayant désigné un référent
Ain	419	193	193	46,1
Ardèche	339	188	227	55,5
Drôme	369	249	264	67,5
Isère	533	210	249	39,4
Loire	327	/	/	/
Rhône	294	205	365	69,7
Savoie	305	99	123	32,5
Haute-Savoie	295	120	123	40,7
Total	2881	1264	1544	43,9

Les représentants de l'ARS soulignent cependant la difficulté à mobiliser de manière effective l'ensemble des référents communaux dans la lutte contre l'ambroisie et le fait que la reconnaissance de leur rôle dans leur commune de rattachement reste variable.

« On a un nombre important de communes qui ont nommé un référent ambroisie, mais seulement 20% qui sont acteurs et à qui on donne les moyens d'agir. Quand je mobilise les référents dans une réunion, j'ai du monde, mais quand il faut lancer des actions, il n'y a plus personne. »

Un représentant de l'ARS

Dans certains territoires, les représentants de l'ARS témoignent également d'une difficulté à suivre l'activité des référents ambroisie malgré la mise en place de la plateforme régionale de signalement. L'application n'est pas toujours utilisée par les référents et son utilisation n'est pas toujours comprise.

- **Une amélioration de la coordination des acteurs qui connaît des résultats différents en fonction des départements**

L'animation des comités de pilotage a permis dans certains territoires de réunir les acteurs de la lutte contre l'ambroisie autour d'actions communes.

- **Au niveau régional**, la création d'un groupe de travail réunissant les gestionnaires d'infrastructures, ce qui a permis une meilleure implication de ces acteurs dans la lutte contre l'ambroisie. Des difficultés à toucher les professionnels du BTP sont toutefois pointées.
- **Dans la Drôme**, la création de groupes de travail « réglementation » et « communication » ont été mis en place. Ces groupes ont notamment permis de monter une formation au rôle de référent ambroisie en lien avec le Greta, ainsi que des supports de communication à destination de publics spécifiques. Une plaquette portant sur l'obligation de destruction de l'ambroisie a notamment été produite et diffusée par la Chambre d'agriculture en collaboration avec deux instituts techniques, l'ARVALIS et le CETIOM.
- **Dans le Rhône**, la mise en place des groupes de travail thématiques impliquant les gestionnaires d'infrastructures, sur les thématiques « Cours d'eau / rivières », « Routes/zones urbanisées » et « Domaine agricole ».

« Ces acteurs ne s'étaient jamais réunis. Cela leur a permis d'échanger sur leurs pratiques, de faire émerger des propositions de bonnes pratiques à respecter et on a pu faire un annuaire des participants. C'est l'exemple qui a le mieux fonctionné. »

Un représentant de l'ARS

- **En Ardèche**, un groupe de travail a pu être mis en place avec les gestionnaires d'infrastructures comme la Compagnie Nationale du Rhône, la SNCF et le Conseil départemental. Ce groupe a participé à la définition de fiches action réunies sous la forme d'un plan départemental de lutte et d'adaptation des moyens et des stratégies de fauche.

- **Sur la sensibilisation des acteurs de terrain, des actions menées mais des résultats qui restent difficile à documenter**

La formation d'un réseau de référents ambroisie dans les communes et les communautés de communes est perçu comme un des principaux résultats en matière de sensibilisation des acteurs de terrain, autour des liens entre santé et environnement. Début 2014, 1544 référents ambroisie avaient été désignés sur la région Rhône-Alpes.

- Les référents communaux sont chargés du signalement via la plateforme régionale et de l'arrachage des plans sur le territoire de la commune (hors gestionnaires d'infrastructure et agriculteurs) et ont une mission d'information sur la thématique ambroisie,
- Les référents intercommunaux sont chargés de coordonner et de s'assurer de l'implication des référents communaux,

- **Dans certains territoires, le développement d'actions de sensibilisation et d'incitation à la lutte contre l'ambroisie**

En Ardèche, un partenariat a été développé entre l'ARS et le Conseil départemental de l'Ardèche sur la définition et l'intégration de clauses techniques portant sur l'arrachage de l'ambroisie dans les marchés de construction et d'entretien relatifs aux routes et aux bâtiments sous la responsabilité du Conseil départemental.

Un partenariat a également été développé entre l'ARS et la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) sur la mise en place d'une formation sur la réglementation juridique et technique à destination des centres de loisirs et de séjours. Ces formations, d'une durée d'une journée devaient initialement ne porter que sur les obligations des centres dans la lutte contre l'ambroisie, mais ont également été saisies comme un levier pour sensibiliser les animateurs sur des thématiques annexes comme la lutte contre le moustique tigre, la chenille processionnaire, la préservation de l'eau potable et la gestion des piscines notamment. Les « animateurs environnement » ainsi formés ont créé un collectif informel « Environnement et Développement Durable ». Ces « animateurs environnement » sont aujourd'hui initiateurs d'actions de sensibilisation auprès des publics jeunes, intégrant une sensibilisation aux gestes d'arrachage dans les activités proposées par les centres.

Au-delà de la désignation des référents ambroisie, une action spécifique d'incitation des communautés de communes à la mise en place de stratégies de lutte contre l'ambroisie est en cours de mise en œuvre. L'ARS a rédigé en 2016 un plan de lutte « clé en main » à destination des communautés de commune, incluant des éléments de stratégie, des fiches action types ainsi que des outils de suivi et d'évaluation. Des réunions sont également organisées par l'ARS, réunissant les élus, les employés communaux des services techniques référents sur la thématique ambroisie et les services jeunesse avec pour objectif de décloisonner les approches, notamment à travers la mise en place d'actions de sensibilisation à destination des enfants. Il est trop tôt aujourd'hui pour juger des résultats de ces initiatives.

Dans l'Ain, l'ADESSA a porté un projet intitulé « Mieux connaître et lutter contre l'ambroisie : enfants, parents, familles, tous concernés ! » à destination de deux communautés de communes : la Communauté de communes de Treffort en Revermont et la Communauté de Communes de la Plaine de l'Ain. Le projet incluait l'animation de temps pédagogiques à destination des enfants scolarisés dans les écoles primaires des deux communautés de communes et l'organisation de temps de sensibilisation à destination des parents des enfants sensibilisés. Les référents intercommunaux et communaux ont été mobilisés comme intermédiaires pour l'organisation de ces temps.

Au total, 213 enfants répartis entre 6 écoles et 2 centres de loisir ont été sensibilisés dans le cadre de ces temps.

Des soirées d'information à destination des parents des enfants sensibilisés ont été animées par l'ADESSA en conclusion de ces temps. 7 soirées ont été organisées, utilisant les expositions itinérantes ambroisie prêtées par l'ARS.

Enfin deux temps d'arrachage de l'ambroisie, animés par l'ADESSA en coordination avec les référents communaux et impliquant les parents et enfants sensibilisés ont été organisés. Ces temps ont permis la participation de 21 adultes et 26 enfants.

Suite à ces temps, plusieurs communes des collectivités concernées ont contacté l'ADESSA afin de redéployer des animations au niveau communal : un temps d'arrachage a été animé avec 2 classes de l'école de Pérouges (50 enfants), les visuels et outils mobilisés dans le cadre des réunions ont été empruntés par deux autres communes.

En Isère, le témoignage de difficultés à convaincre les communautés de communes à s'investir sur la thématique, mais l'accompagnement de quelques collectivités actives sur le sujet, au premier rang desquelles la Communauté d'agglomération Portes de l'Isère (CAPI) et Vienne agglomération. Des sollicitations de collectivités sont également remontées par le biais des animateurs intercommunaux notamment sur les Collines du Nord Dauphinet, le Vallon de la Tours et le pays roussillonnais.

- **Dans les départements suivants, des actions spécifiques ont été développées à destination des professionnels du milieu agricole :**

En Ardèche, l'élaboration d'une formation « ambroisie » portée par l'ARS et la Chambre d'agriculture, à destination des agriculteurs. A ce jour aucune participation n'a été relevée malgré une forte implication dans le partenariat de la part de l'ARS.

Dans l'Ain et le Rhône, la mobilisation de la MSA dans la constitution d'un réseau de référents agricoles de lutte contre l'ambroisie. Cette action a été lancée en juin 2016 et vise en premier cercle la formation des élus MSA.

En Isère, la mobilisation des experts agricoles de la Chambre d'agriculture pour intervenir comme relais technique auprès des publics agricoles.

Difficultés rencontrées

- **Une thématique « lutte contre l'ambroisie » parfois peu portée au niveau des délégations de l'ARS et chez un certain nombre de partenaires « environnement » au premier rang desquels la Direction départementale des territoires (DDT)**

L'ambroisie n'étant pas un enjeu stratégique pour les services, le temps à consacrer à l'animation et à la mise en œuvre d'actions au-delà de la coordination des référents communaux et intercommunaux est limité.

> *« L'absence d'implication de la DDT est un frein. Si je n'ai pas de mobilisation du service agricole, des routes et de l'environnement, je manque de légitimité pour développer d'autres partenariats. Avec le service des routes du Conseil départemental, je fais sans leur présence, mais ça peut s'avérer délicat. (…) Tant que je peux m'en passer je le fais, car j'ai plus de temps sur ce sujet qu'ils n'en ont. »*
>
> Un représentant de l'ARS

Peu de collectivités locales disposent d'un budget dédié ambroisie, ce qui est un frein à leur implication.

- **Des difficultés partagées dans l'implication des professionnels du secteur agricole**

Le manque de légitimité des représentants de l'ARS pour intervenir auprès des agriculteurs représente le principal frein à leur implication dans la lutte contre l'ambroisie. Le principal levier d'action sur le

public agriculteur reste ainsi le développement de partenariats avec les acteurs qui ont une « légitimité » d'un point de vue technique et professionnel pour intervenir auprès d'eux.

- **L'absence de levier réglementaire**

Les représentants de l'ARS soulignent l'absence d'obligation réglementaire à destination des autorités publiques (préfets, communes et communautés de communes) comme un frein dans la coordination de la lutte contre l'ambroisie. Un projet de décret est actuellement en cours de discussion et pourrait préciser les obligations des acteurs en la matière.

« Concernant le décret que l'on attend en 2017, on espère qu'il portera l'obligation de traitement pour les communes et les intercommunalités. Cette obligation est précisée dans l'arrêté préfectoral, mais un décret a un autre impact. Dans ce cas, donner les moyens aux collectivités de faire des travaux d'office serait bien. »

Un représentant de l'ARS

Conclusions

Résultats en termes d'animation d'une dynamique partenariale dans les départements

1/ Le développement des actions de renforcement de la lutte contre l'ambroisie dans le cadre du PRS et du PRSE 2 a permis de développer fortement la couverture territoriale et la formation des référents communaux et intercommunaux ambroisie, qui alimentent à travers leurs signalements la plateforme régionale de traitement des plants d'ambroisie.

2/ Des difficultés persistent cependant en matière de mobilisation de terrain effective des référents ambroisie suite à leur formation. Ces difficultés sont liées en premier lieu aux moyens d'animation du réseau de référent qui varie selon les territoires et à la volonté des collectivités concernées de porter de manière effective des actions de lutte contre l'ambroisie, renvoyant également à la question des moyens des collectivités.

3/ Les référents ARS témoignent d'une faible visibilité sur l'activité des référents du fait d'une utilisation non-systématique de la plateforme régionale par les référents ambroisie. L'ARS témoigne du fait que le changement d'interface de l'application régionale a pu être de nature à renforcer ces difficultés. La visibilité est ainsi partielle en matière de repérage, de traitement des signalements ou de remontée des freins éventuellement rencontrés par les référents ambroisie sur le terrain (traitement des parcelles agricoles par exemple).

4/ Le développement du réseau des référents communaux et intercommunaux a permis dans un certain nombre de communes la meilleure prise en compte de l'enjeu de santé publique que constitue la lutte contre l'ambroisie et le renforcement d'une entrée santé-environnement. Des actions de sensibilisation sont menées par certaines communes (kit Captain Allergo, exposition itinérante, organisation de campagnes d'arrachage). Les collectivités les plus impliquées sont toutefois celles qui étaient déjà sensibilisées dans les territoires les plus touchés par l'ambroisie.

5/ Les comités départementaux mis en place ont connu des dynamiques très variables, mais ont fait face à un essoufflement dans une majorité des cas, après une phase initiale d'implication des partenaires. Au titre des freins transversaux ressortent le manque de moyens pour assurer leur animation et le manque de portage politique de la thématique par certaines préfectures de département et Directions départementales des territoires.

6/ Cet essoufflement a conduit à des scénarii contrastés selon les territoires : le développement de partenariats et d'actions bilatérales auprès des collectivités locales et des acteurs jeunesse/loisir en Ardèche, une délégation de la gestion et de l'animation du réseau de référents ambroisie en Isère permettant à l'ARS de se recentrer sur l'accompagnement des collectivités, la « mise en veille » de la problématique ambroisie en Haute Savoie, par exemple.

7/ Les comités départementaux sont cependant perçus comme un lieu pertinent de pilotage départemental de la lutte contre l'ambroisie, permettant de mobiliser les acteurs institutionnels et gestionnaires d'infrastructures autour de problématiques persistantes où les marges de progression et les freins rencontrés sont les plus importantes (sensibilisation des professionnels du secteur agricole et des gestionnaires d'infrastructures et notamment).

8/ De manière transversale, les comités départementaux n'ont que très peu mobilisé des acteurs « santé » à quelques exceptions près (MSA Ain-Rhône) ou dans le cadre du portage d'actions de sensibilisation circonscrites portées par des prestataires de l'ARS (IREPS, ADESSA sur les kits Captain Allergo).

Recommandations

Sur l'animation des dynamiques départementales autour de la lutte contre l'ambroisie

- Réfléchir au rôle des comités départementaux de lutte contre l'ambroisie encore actifs et à l'opportunité de redynamiser les comités tombés en désuétude en fonction de la situation dans les territoires (Des partenariats bilatéraux actifs ont-ils été développés en dehors du comité ? Quelle pertinence de l'instance en l'absence d'acteurs pouvant donner une impulsion politique de la thématique, notamment auprès des collectivités ?)

Sur la pérennisation de la dynamique dans les territoires

- Réfléchir aux moyens de maintenir la dynamique dans les territoires, en recentrant et en valorisant les moyens de suivi et d'animation sur les référents intercommunaux.
- Veiller à prévenir les ruptures au regard du turn-over des référents intercommunaux et communaux.
- Prendre appui sur les référents intercommunaux et communaux pour travailler sur des entrées transversales en matière de sensibilisation et de lutte aux déterminants environnementaux sur lesquels la collectivité peut avoir un levier, auprès de ses agents comme de la population (ensemble des problématiques espèces nuisibles/invasives, dont lutte anti-vectorielle, etc.)
- Pour le prochain Plan régional santé environnement / PRS, réfléchir à des actions de sensibilisation et d'implication des publics agricoles à travers le développement de partenariats avec des acteurs du secteur (experts techniques des Chambres d'agriculture), en prise directe avec les agriculteurs (élus MSA) ou acteurs de la formation professionnelle initiale et/ou continue.

Zoom sur les actions portées dans le cadre de l'appel à projet qualité de l'air intérieur

- Action « information et formation d'un service de maternité à la santé environnementale (Nesting) du service de maternité de l'hôpital privé Natecia (Lyon) ».
- Réalisation d'une formation professionnelle à destination des sages-femmes de la clinique afin de devenir animatrices d'ateliers « nesting » développés par WECF. Cette formation porte principalement sur la sensibilisation des jeunes parents aux dangers liés aux produits toxiques présents dans les logements, avec une attention sur la qualité de l'air intérieur.
- 17 personnes du service de maternité se sont inscrites à la formation, qui s'est déroulée sur 6 jours.

Zoom sur la lutte contre l'habitat indigne (LHI)

Les actions portées dans le cadre de la Priorité 1 « Développer la lutte contre l'habitat indigne » participent de l'amélioration de la prise en compte des liens entre la santé et l'environnement et de la coordination des acteurs, même si leur domaine d'intervention porte davantage sur la lutte contre les situations d'insalubrité des logements que sur la qualité de l'air intérieur à proprement parler.

Les trois sous-actions portées dans le cadre de la Priorité 1 ont pour objectif l'amélioration de la coordination entre partenaires de la Lutte contre l'habitat indigne (LHI)[15] à travers la création et l'animation de Pôles Départementaux de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI), l'animation d'un Réseau Technique Régional (RTR-LHI) et le déploiement dans les délégations départementales des ARS et auprès des partenaires de l'application nationale @riane-Base Partenariale de l'Habitat (@riane-bph).

Il ressort des investigations menées dans le cadre de l'évaluation du PRS les conclusions suivantes en matière de coordination des acteurs santé et des acteurs environnement – notamment Direction départementale des territoires (DDT) et acteurs de l'habitat - mobilisés dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne :

- **Sur le Réseau Technique Régional (RTR-LHI)**

1/ Le RTR-LHI permet une animation thématique régionale autour de la lutte contre l'habitat indigne pour des acteurs locaux amenés à intervenir dans le cadre de la LHI.

2/ Le RTR-LHI est principalement perçu comme une instance d'information et de partage d'expérience des acteurs locaux de la LHI à l'échelle régionale.

- **Sur les Pôles Départementaux de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI)**

1/ Les PDLHI ont permis la structuration, la formalisation et parfois l'élargissement de partenariats déjà existants à l'échelle départementale

2/ Les comités techniques des PDLHI, du fait de la mobilisation d'acteurs ressources dans le repérage et le traitement des situations d'habitat indigne, permettent la construction partenariale de solutions adaptées aux situations de LHI

[15] Représentants de l'Etat, des collectivités locales, travailleurs sociaux notamment

3/ La faible mobilisation des collectivités locales dans les comités de pilotage et les comités techniques des PDLHI reste globalement un frein important dans la prise en charge des situations relevant notamment du Règlement Sanitaire Départemental (RSD).

3.3 Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de mieux coordonner les acteurs de la santé au bénéfice des usagers ?

3.3.1 Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de renforcer le lien Ville-Hôpital-médico-social dans le champ de la périnatalité ?

Eléments de contexte et de définition

Le devenir des grands prématurés (enfant naissant à un terme inférieur à 33 semaines d'aménorrhée - SA) et les conséquences de la grande prématurité sont peu connus. Leur prise en charge est insuffisamment développée en France : c'est un problème souligné par la plupart des équipes de néonatalogie et les pédiatres.

En Rhône Alpes, 7, 5% des naissances en 2010 (enquête Périnatalité nationale 2010) sont prématurées, avec 1, 7% de grands prématurés parmi l'ensemble des naissances (contre 1.1% en 1997 pour les moins de 33 SA).

Orientations du PRS

Dans le PSRS, la thématique s'inscrit dans l'orientation « Améliorer l'accompagnement pré et post partum », inscrite au titre de l'axe « La fluidité des prises en charge et des accompagnements » et déclinée à travers la Priorité 13 « Prévenir la grande prématurité et ses conséquences ».

Un des enjeux retenus par le PSRS porte sur la « réduction des situations à risque de handicap, notamment chez les enfants nés prématurément ».

Eléments de cadrage de la question

Dans le cadre du présent exercice, il a été décidé de focaliser les investigations sur les projets financés par l'ARS, l'activité des réseaux de santé « périnatalité » financés par l'ARS via le FIR, avec un focus sur l'expérimentation menée avec l'appui de l'ANAP dans le territoire Est « Améliorer le devenir et la qualité de vie des prématurés : orienter les mères vers les professionnels compétents ».

Dans le cadre de l'expérimentation, deux actions ont été retenues :

- Action 1 – Prévenir les conséquences de la grande prématurité dès le premier instant de vie, en favorisant le développement physique et psychomoteur optimal de l'enfant et la mise en place du lien mère enfant par le recours aux « soins de développement » et les actions de promotion de l'allaitement maternel
- Action 2 : prévenir les conséquences de la grande prématurité à la sortie de l'hospitalisation en poursuivant et renforçant la coordination entre les acteurs dans le dépistage des troubles et la prise en charge de ces enfants (action des réseaux de suivi des grands prématurés et des CAMSP, mais aussi réseaux ville hôpital, autres établissements sanitaires et médico-sociaux, associations, etc.…).

Investigations conduites

- Analyse documentaire des productions des groupes de travail du Territoire Est, des rapports d'activité des réseaux de périnatalité et de compte rendu de la Commission Régionale des Naissances,
- Entretiens :

Nom	Localisation	Structure	Fonction
Tristan BERGLEZ	Grenoble	ARS DD 38	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, chargé de l'enfance handicapée
Géraldine JANODY	Lyon	ARS ARA	Médecin référent régional périnatalité
Alain COLMANT	Saint-Etienne	DD ARS Loire	Médecin référent régional pédiatrie
Marielle PERICARD	Lyon	ARS	Inspectrice de l'action sanitaire et sociale
Chantal MANNONI	Lyon	ARS	Médecin référent
Anne-Maëlle CANTINAT	Grenoble	DD ARS Isère	Responsable Pôle handicap
Anne MONGE	Saint-Martin-d'Hères	Réseau Anaïs	Médecin coordonnateur
Sandra COTTEREAU et Dr SIMON-GHEDIRI	Grenoble	Réseau Naître et devenir	Coordinatrices
Catherine DURAND et Laurence ABRAHAM	Chambéry	Réseau RP2S	Coordinatrices

Résultat des investigations

Bilan des réalisations

A – Le soutien aux réseaux de périnatalité

L'ARS, via la mobilisation du FIR, est le principal financeur des réseaux de périnatalité, au titre de l'activité de coordination. A titre d'illustration, le réseau RP2S est financé à 85% par l'ARS via le FIR (le reste étant lié à l'activité de formation du réseau, des prestations, des subventions de la part des établissements de santé). La volonté de financer des réseaux de périnatalité sur l'ensemble de la région est un acte politique fort de la part de l'ARS.

Depuis 2011, un réseau de suivi des grands prématurés a été mis en place au sein des 4 réseaux de périnatalité soutenus par l'ARS.

Le soutien financier de l'ARS aux réseaux, au-delà de leurs activités essentielles de suivi, leur a notamment permis de développer une dynamique inter-réseau, en réunions de coordination de suivi, notamment sur l'allaitement et les soins de développement des enfants prématurés. Le soutien de l'ARS aux réseaux s'est également traduit par la fourniture de supports informatiques communs pour le recueil de leurs données de suivi.

B – La création de places de CAMSP

Afin de favoriser l'amélioration de l'accompagnement et du parcours de soins des enfants de 0 à 6 ans présentant tout type de handicap ou à risque de développer un handicap, l'ARS a lancé un appel à

projet, fin 2015, en partenariat avec les Conseils Départementaux pour la création de CAMSP (centres d'action médico-social précoce) sur les territoires jugés prioritaires de l'Est et du Centre (taux d'équipement de 2,59 contre 3,08 pour la région en 2015).

Les CAMSP ont les missions suivantes :

- Dépistage et diagnostic précoce des déficits ou troubles ;
- Prévention ou réduction des conséquences invalidantes de ces déficits ;
- Soins : cure ambulatoire et rééducation précoce ;
- Accompagnement et soutien des familles lors du processus de révélation du handicap et dans la mise en œuvre des soins et des actions éducatives requis par l'état de l'enfant ;
- Soutien à l'accès aux lieux de la petite enfance et à la scolarité.

Un critère portant sur « la prise en charge des prématurés » en lien avec les réseaux de suivi a été inclus dans l'appel à projet.

Des places de CAMSP à destination des grands prématurés ont été créées dans le cadre de la mise en œuvre du PRS. C'est le cas de l'ouverture en 2014 d'un CAMSP à Vénissieux, géré par l'ARIMC, doté de 45 places dont 10 sont réservées pour les prématurés. Dans le cadre de ces places, le CAMSP propose un soutien à la parentalité lors du retour à domicile des enfants prématurés chez lesquels ont été repérés des lésions lors de la période néonatale. Cet accompagnement a pour objectif de favoriser l'instauration de relations mère-enfant et de prévenir les troubles affectifs, potentiellement facteurs de surhandicap. Cet accompagnement est réalisé par une équipe mobile au domicile des parents dans un premier temps, puis en CAMSP selon les troubles identifiés.

Le recensement de dispositifs et expérimentations existants à l'échelle de la région sur la prise en charge très précoce et l'amélioration de la coordination entre les acteurs ville-hôpital-médico-social :

- A Vienne, création d'un « pôle bébé vulnérables » de 10 places, permettant une prise en charge rapide,
- A Lyon, le « secteur » unités de psycho-périnatalogie,
- A St Etienne, réunions mensuelles entre les médecins des CAMSP, des médecins de néonatalogie et d'ophtalmologistes, pour discuter les dossiers des grands prématurés.
- A Roanne, le « dispositif Galopin », lieu d'accueil pluridisciplinaire pour l'accueil des enfants de 0 à 2 ans, permettant une évaluation avant orientation vers un service de pédopsychiatrie, un SESSAD ou un CAMSP.
- Dans les 2 Savoies, mise en place de relations entre le réseau de suivi et les CAMSP avec signatures de conventions, réunions communes, fiche de liaison, formalisation d'un parcours et formation commune beaucoup en lien avec les soins de développement. Le travail porte en particulier sur les situations où la prise en charge ne s'est pas bien passée.
- En Isère, le travail de structuration d'un parcours mené par les deux réseaux (ANAIS et RPAI Naître et devenir)

C – Le soutien à l'allaitement

L'ARS a financé un programme de formation à l'allaitement maternel de l'ensemble des professionnels de néonatalogie, qui est en train de se terminer (plus de 1500 personnes ont été formées). Ce programme nommé « Fleur de lait », impulsé par le réseau lyonnais AURORE et le lactarium régional des Hospices civils de Lyon, est un programme de formation en e-learning, proposé à tous les professionnels des services de néonatologie de la région Rhône-Alpes. La réunion de lancement a eu lieu en septembre 2015 avec les référents allaitement. Les formations comprenant l'utilisation de l'outil Fleur de lait ont progressivement été déployées dans les services. La Fleur de lait permet une approche originale de l'observation des compétences progressives du bébé, partagée par soignants et parents. Des ateliers ont été organisés ensuite pour déployer un outil de suivi de l'allaitement.

D - L'expérimentation conduite sur le Territoire Est

Une étude a été réalisée en 2013 par le cabinet ACSANTIS, précisant qu'agir « au plus tôt après la naissance en prévenant les conséquences de la prématurité »[16] permet de :

- développer et préserver le capital santé de l'enfant,
- réduire les handicaps,
- réduire les inégalités de prise en charge le plus précocement possible.

Pour la prolonger, l'ARS a souhaité conduire un projet portant sur l'« amélioration des parcours des grands prématurés » dans le Territoire de santé Est, dans le cadre de la priorité «prévenir la grande prématurité et ses conséquences ». L'un des objectifs est d'« améliorer la qualité de vie et le devenir des enfants grands prématurés ». Cette expérimentation a été fondée sur les travaux conduits dans le cadre d'une démarche ANAP.

Deux actions définies ont été retenues pour faire l'objet d'un groupe de travail pouvant permettre l'atteinte de l'objectif :

- Action 1 : Prévenir les conséquences de la grande prématurité dès le premier instant de vie, en favorisant le développement physique et psychomoteur optimal de l'enfant et la mise en place du lien mère enfant par
  - ✓ le recours aux «soins de développement »,
  - ✓ les actions de promotion de l'allaitement maternel.
- Action 2 : prévenir les conséquences de la grande prématurité à la sortie de l'hospitalisation en poursuivant et renforçant la coordination entre les acteurs dans le dépistage des troubles et la prise en charge de ces enfants (action des réseaux de suivi des grands prématurés et des CAMSP, mais aussi réseaux ville hôpital, autres établissements sanitaires et médico-sociaux, associations etc.).

[16] ACSANTIS, Note de cadrage du projet « Amélioration des parcours des grands prématurés », septembre 2013, p.1

A ce titre, deux groupes de travail ont été animés au niveau régional et local, afin d'identifier les principaux problèmes liés à la coordination des acteurs et aux ruptures de prise en charge. Ces groupes avaient pour mission de définir et de mettre en œuvre un plan d'action, identifiant « des acteurs menant les actions, des publics ciblés, la définition des actions opérationnelles, les moyens nécessaires, les échéances (dans la durée du PRS ou débordant sur le PRS ultérieur[17] ». Les actions en découlant devaient être mises en œuvre à partir de la rentrée 2014.

- **Une tentative d'animation d'un groupe de travail régional sur la coordination des acteurs**

La démarche ANAP prévoyait l'animation au niveau régional d'un groupe de travail portant notamment sur les liens entre réseaux de suivi des prématurés et CAMSP, dans une optique de parcours, avec deux objectifs :

- mieux cerner les problématiques de territoires et de proximité,
- faciliter l'organisation et l'animation d'ateliers de tailles restreintes.

« On a eu 70 personnes qui voulaient participer lors de la première réunion. On a réalisé qu'on faisait face au constat du manque de coordination, mais c'était ingérable à animer pour nous. »

Un représentant de l'ARS

Cette réunion régionale a permis aux acteurs d'échanger sur les problématiques et besoins rencontrés dans leurs territoires, avec l'idée que les acteurs puissent ensuite s'emparer de la démarche localement à la suite de la réunion.

« Le constat était en premier lieu celui de la méconnaissance des uns et des autres. Par exemple, jamais les services de pédopsychiatrie n'avaient été invités à une réunion de ce type »

Un représentant de l'ARS

La démarche, qui avait pour objectif d'être déployée dans l'ensemble des territoires de santé, s'est concrétisée dans le territoire Est (l'Isère et les Deux Savoies) par la création de groupes de travail territoriaux.

- **La mise en place du groupe de travail dans le territoire Est sur la thématique « allaitement et les soins de développement »**

Ce groupe de travail a permis de poser des constats partagés collectivement, mais a connu des difficultés dans la formulation de propositions opérationnelles (par exemple, importance d'informer les professionnels de santé, mais sans indiquer de quelle manière). Des pistes ont émergé, comme une charte commune sur les soins de développement en néonatalogie, mais en-dehors de ce groupe de travail stricto sensu. Certaines actions ont été portées par les réseaux de périnatalité, comme l'organisation d'une journée régionale sur les soins de développement et la mise en place de formations sur le soutien à l'allaitement à destination du personnel des maternités.

[17] Présentation de la réunion du 3 juin 2014, p.12

- **La mise en place du groupe de travail portant sur la coordination des acteurs dans le territoire Est, en lien avec la démarche ANAP**

Ce groupe a globalement réuni 27 participants, parmi lesquels des représentants des réseaux de santé et de suivi des grands prématurés (RPAI - Naître et Devenir en Isère, RP2S en Savoie et Haute Savoie, Anaïs), des représentants des CAMSP, des représentants de la PMI, des représentants d'usagers ou de familles.

Il était prévu que le groupe de travail se réunisse au moins à 3 reprises, du diagnostic à la rédaction d'un plan d'action opérationnel sur les problématiques identifiées :

- Session 1 - Cadrage des travaux et mise en perspective avec le PRS / Partage du diagnostic et des dysfonctionnements et points de ruptures constatés
- Session 2 - Identification des leviers d'amélioration de la coordination entre les acteurs : comment fait-on pour mieux travailler ensemble ? comment éviter les points de rupture du parcours des enfants grands prématurés ? quelles actions mettre en œuvre pour corriger les dysfonctionnements constatés ?
- Session 3 - Construction d'un plan d'action, validation et priorisation dans un calendrier opérationnel, engagement des partenaires. Définition d'indicateurs de suivi et d'évaluation

Le groupe de travail s'est réuni plusieurs fois et a permis de mener une analyse des points de rupture constatés dans la prise en charge des enfants prématurés :

- Le déficit de places de CAMSP sur l'Isère,
- Le manque de formation des médecins traitants et des soignants sur certains types de handicaps,
- Le problème de l'échange d'information entre professionnels et entre structures,
- La variabilité de l'âge d'accès aux CAMSP (en lien avec les moyens des CAMSP pour assurer la prise en charge),
- Des points de ruptures liés au passage des enfants à la petite école et lors de la reconnaissance officielle du handicap.

En conclusion des travaux de ce groupe, plusieurs types d'actions sont ressorties comme envisageables :

- Améliorer la coordination au niveau territorial : mise en place d'un groupe de travail entre acteurs (réseaux, PMI, CAMSP, petite enfance, CMP) comme lieu d'échange sur les situations complexes, la fluidification des parcours (la généralisation des conventions par exemple) et les modes de coordination,
- Faciliter les échanges d'information sur les enfants suivis : mise en place d'un groupe de travail chargé de réfléchir aux besoins d'informations sur l'évolution de l'enfant entre les acteurs et à leurs modalités de transmission (systèmes d'information),
- Renforcer les liens entre d'une part, le secteur hospitalier, les réseaux de santé, le secteur médico-social et d'autre part, les CMP,

- Développement et répartition de places de CAMSP.

L'ARS a fait état du peu de visibilité dont elle dispose sur la façon dont les acteurs locaux se sont emparés de ces différentes pistes d'actions, induisant une réflexion à conduire sur les moyens de suivi disponibles au Siège.

E - Autres actions liées à la priorité

- Prévenir les conduites addictives par la promotion de l'entretien prénatal systématique par un professionnel de santé pour identifier les situations à risque et mettre en place un suivi pluridisciplinaire en fonction des risques identifiés.
- Prévenir et prendre en charge les conduites addictives pendant la grossesse : création de consultations de tabacologie dans la maternité (7/12 maternités pour le réseau RP2S), dans l'établissement (9/12) ; formation de sages femmes tabacologues (6/12) … De plus, des liens entre les maternités et les équipes de liaison hospitalière en addictologie se créent, ainsi qu'avec les acteurs de l'ambulatoire (CSAPA)
- Adapter le dispositif hospitalier d'accueil des prématurés : (capacités, création préférentielle de lits kangourous, favoriser les soins de développement…)
- Repérer le plus précocement possible l'existence d'une surdité profonde : l'évaluation intermédiaire du PRS a permis de mettre en évidence que les actions prévues en la matière ont majoritairement été mises en œuvre.
- Un programme de formation sur site en pluriprofessionnel a été mis en place au niveau des Urgences néonatales sur la réanimation du nouveau-né, avec financement par l'ARS du matériel spécifique pour une simulation en haute-fidélité de la réanimation en salle de naissance.

Résultats

- **Le groupe de travail « coordination » sur le Territoire Est a permis l'identification et la validation collective des risques de rupture dans le parcours des enfants nés prématurés, mais pas de donner lieu à toutes les actions envisagées, par déficit de portage**

Des difficultés ont été partagées et collectivement validées par les réseaux de périnatalité participants sur les risques de ruptures de continuité du parcours des enfants prématurés vis-à-vis de populations et situations spécifiques :

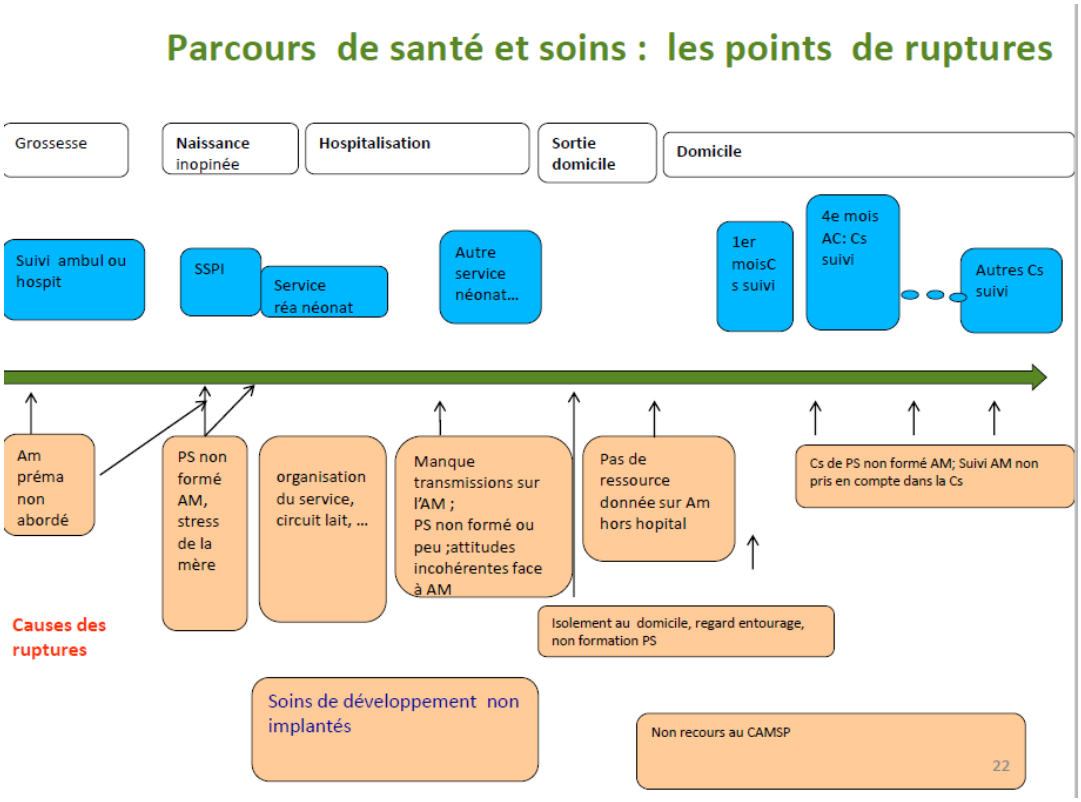
- les populations défavorisées, le fait de naître dans un milieu défavorisé étant reconnu comme un facteur de prématurité,
- les « enfants multiples », dans les cas de séparation des enfants,
- l'importance de l'allaitement pour le développement des liens mère-enfant, particulièrement important dans le parcours des enfants prématurés.

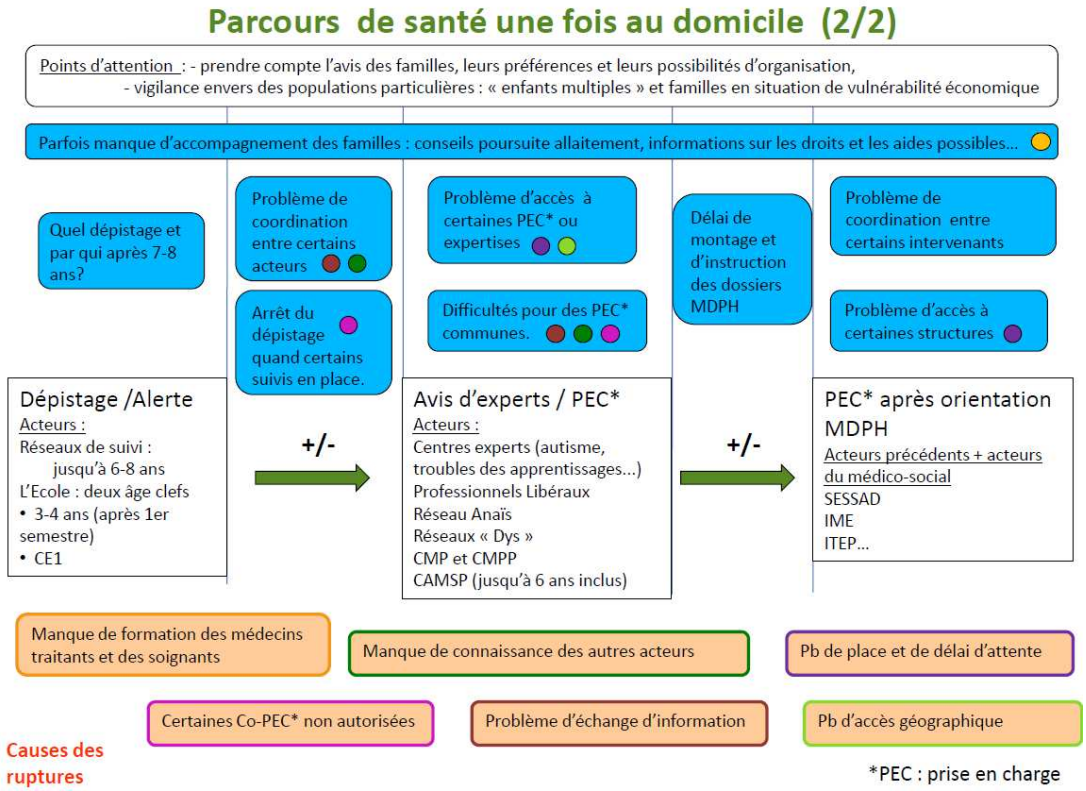
Des travaux conduits en-dehors du Territoire de santé Est ont également été mentionnés et valorisés dans le cadre de ce groupe, comme le travail effectué au CH de Valence par le Dr Fernandez sur le dépistage de la vulnérabilité et de la précarité.

Concernant le « parcours » des enfants à leur retour à domicile, il a été acté que les points de rupture ne concernent pas que les enfants nés prématurés, mais aussi les autres enfants à risque ou en situation du handicap.

Concernant les points de rupture en milieu scolaire (maternelle) : un premier âge de repérage des troubles du comportement a été acté collectivement (vers 3-4 ans), en lien avec des difficultés fréquemment observées lors de l'apprentissage de la lecture.

Les points de rupture généraux ont également été schématisés et travaillés dans le cadre de ce groupe :





Au-delà de l'intérêt – réel - de poser collectivement ces constats, et d'échanger des outils (modèles de conventions avec des CAMSP, livret pour les parents d'enfants handicapés …) des pistes d'actions avaient été évoquées (comme le fait d'organiser des staffs restreints sur les cas complexes) mais ne se sont pas concrétisées. Les analyses des comptes-rendus de réunions et les entretiens avec les acteurs montrent que ce groupe n'a pas abouti à la mise en place des actions envisagées. Ce groupe a été vécu par certains participants comme une « couche » administrative supplémentaire et peu pertinente par rapport aux deux niveaux essentiels : le niveau régional, pour l'impulsion, et le niveau très local, pour la mise en œuvre. Même s'il a permis de rencontrer des acteurs différents (parents et représentants de parents), le fait que le groupe se soit surtout focalisé sur des constats jugés déjà connus, et peu sur des actions concrètes, a minoré son intérêt.

- **Une facilitation de l'accès aux CAMSP grâce aux places créées**

Le constat a été fait et partagé d'une couverture insuffisante des besoins sur le territoire et de délais d'attente importants lors de l'orientation des enfants vers les CAMSP. Des progrès ont été réalisés dans la précocité de l'accès pour certains CAMSP, même si l'âge d'accès varie en fonction des structures, du fait de différences d'organisation et de moyens (par exemple, certains CAMSP interviennent en néonatalogie, d'autres non).

En Haute-Savoie par exemple, des places de CAMSP orientées « autisme » ont été ouvertes. Cette orientation très spécifique conduit à ce qu'on ne constate pas encore à ce jour une diminution significative du temps d'accès aux CAMSP du territoire d'une manière générale (encore près d'un an d'attente en moyenne sur le 74). En Savoie, une petite structure de « pré-prise en charge » CAMSP a été ouverte, avec accès aux enfants à partir de 18 mois, permettant une prise en charge plus précoce.

A Vénissieux, par exemple, un CAMSP géré par l'ARIMC a été créé. Il comprend 45 places dont 10 sont réservées pour les prématurés, avec un accompagnement spécifique assuré en partie par une équipe mobile et en partie au sein du CAMSP. Il s'agit d'une proposition d'un soutien à la parentalité lors du retour à domicile pour les enfants prématurés chez lesquels ont été repérés des lésions pouvant amener des anomalies du développement, avec un travail sur la prévention des troubles affectifs mère-enfant. Il s'agit par le suivi des enfants d'identifier les risques de pathologie et de coordonner l'orientation le cas échéant, afin de permettre leur entrée le plus rapidement possible dans un autre CAMSP.

La question des remboursements des actes médicaux réalisés par des libéraux, quand la ressource interne n'existe pas au CAMSP, a été posée mais sans être solutionnée. L'importance de la double prise en charge CAMSP et en libéral a été posée également, notamment dans les zones géographiquement moins accessibles. Ces deux éléments rencontrent des difficultés dans la prise en charge financière par l'Assurance maladie, et une aide de l'ARS était attendue de la part des acteurs locaux.

L'un des enjeux réels reste l'acceptabilité des interventions très précoces de CAMSP dans les services hospitaliers, avec des temps dédiés, afin que le CAMSP ait « sa place » dans le service. Cela est possible lorsque des conventions existent entre les services de néonatalogie et permettant, par exemple, à des orthophonistes d'y intervenir.

Le groupe de travail coordination des acteurs a permis d'échanger autour d'initiatives locales portées dans l'ensemble des territoires de santé de la région Rhône-Alpes, sur la prise en charge précoce et l'orientation des enfants/parents à la sortie de l'hôpital.

A Vienne, un « pôle bébé vulnérables » de 10 places permettant une prise en charge très précoce,

A Saint-Etienne, des réunions mensuelles sont tenues de longue date entre les médecins de 5 CAMSP du territoire et les médecins de néonatalogie. Elles accueillent également ponctuellement des ophtalmologistes. Ces réunions permettent la discussion et le suivi très précoce des dossiers, afin d'anticiper la proposition que sera fait aux parents à la sortie du service (CAMSP, prise en charge libérale, pouponnière…).

A Roanne, un « dispositif Galopin », permettant un accueil pluridisciplinaire des enfants entre 0 et 2 ans et l'évaluation avant orientation vers un service de pédo-psychiatrie, un SESSAD ou un CAMSP. Des conventions lient les structures parties prenantes (CAMSP, SESSAD, Hôpital).

Des initiatives de cette nature ont également été mises en œuvre sur le territoire de santé Est :

Dans les Deux Savoies, mise en place de relations entre le réseau de suivi RP2S et les CAMSP avec la signature de conventions, l'organisation de réunions communes sur les situations complexes ou « sans solution » de prise en charge et la mise en place d'une fiche de liaison, en cours.

A Chambéry, des consultations conjointes pédiatres du réseau RP2S – acteurs de CAMSP (psychomotriciens, kinés, orthophonistes) existent pour assurer la transition réseau-CAMSP.

En Isère, un travail en commun est conduit entre le SESSAD et les réseaux ANAIS et RPAI Naître et Devenir sur la formalisation d'un parcours de soin des bébés prématurés. Ce « parcours » figure en annexe du rapport d'activité 2015 du Réseau Naître et devenir, sous la forme d'un camendrier des consultations :

Consultation Hospitalière	Consultation Médecin Référent du Réseau	Consultations Spécialisées
Examen autour du terme (36 et 41 SA) Réalisé le …. /…. / 20 .. 15 jours post-sortie Réalisé le …. /…. / 20 ..		<u>SENSORIEL :</u> **Audition** - médecin ORL • dépistage néonatal • A 3 ans : audiogramme ⇨ à réaliser autour du…/…/20 ..
	A …. mois Votre enfant aura 2 mois AC ➔Visite autour du … /… /20 ..	**Vision** - médecin ophtalmologiste • 1er examen avec 6 mois AC ⇨ à réaliser autour du …/…/20 .. • Puis 2ème examen 3 à 6 mois plus tard si besoin • A 3 ans ophtalmologiste « réseau » • A 6 ans ophtalmologiste
A …. mois Votre enfant aura 6 mois AC ➔Visite autour du … /… /20 ..		
	A …. mois Votre enfant aura 10 mois AC ➔Visite autour du … /… /20 ..	
A …. mois Votre enfant aura 18 mois AC ➔Visite autour du … /… /20..		<u>Rencontres avec le PSYCHOLOGUE</u> :
	A …. mois Votre enfant aura 24 mois AC ➔Visite autour du … /… /20..	➢ A …. mois Votre enfant aura 6 mois AC ➔Rencontre autour du …. /…. / 20 ..
Votre enfant aura 3 ans ➔Visite autour du … /… / 20...		➢ A …. mois Votre enfant aura 23 mois AC ➔Rencontre autour du … /… / 201.
	4 ans	
5 ans		➢ Autour des 5 ans, rendez-vous si besoin
	6 ans	
7 ans		

- **Le soutien aux réseaux de périnatalité a permis d'améliorer la prise en charge des enfants prématurés**

Avant la création des réseaux, les enfants prématurés étaient suivis par les médecins de famille, désormais le suivi est plus fin, et plus proche également (les ressources professionnelles de prise en charge sont plus proches, il n'y a plus seulement le Centre de référence en capacité d'accueillir les enfants).

On note toutefois que l'arrêt du financement de certains réseaux de santé spécialisés sur les troubles de l'apprentissage a privé les familles d'une ressource importante en sortie de réseau de périnatalité.

- **Le renforcement ou le développement de nouveaux partenariats entre acteurs du territoire a également été constaté**

Pour les acteurs rencontrés, les différents temps d'échange ont eu comme principal résultat d'améliorer la connaissance mutuelle des acteurs impliqués dans la prise en charge et dans le suivi des enfants prématurés du territoire Est.

« L'avantage de la démarche, c'était de se dire « on va parler territoire Est », regarder ce qui se fait autour en Isère, en Savoie, en Haute-Savoie. J'ai trouvé ce regard global super intéressant, de pouvoir constater que l'offre de soin n'est pas la même partout et que la question de la coordination se pose différemment dans les territoires »

Un représentant de réseau

« C'était un moment intéressant permettant de se poser pour réfléchir à la coordination et de mieux se connaître. A ma connaissance, la démarche n'a pas permis de mettre en place de nouveaux outils, elle a davantage permis de faire en sorte que chacun repère bien les acteurs du territoire, que chaque réseau explique bien son action, son objet et ses objectifs. »

Un représentant de réseau

Les acteurs rencontrés témoignent également de la mise en place de nouvelles conventions de partenariat ou le renforcement de partenariats existants.

C'est le cas du réseau ANAIS, plateforme de coordination des situations complexes pour enfants handicapés suivis par des professionnels de santé libéraux, active sur l'Isère. Le principal constat et enjeu pour le réseau était celui de renforcer ses liens avec les structures de prise en charge des enfants (CAMSP, SESSAD) afin d'identifier les situations sans solution et de mettre en place une solution libérale coordonnée afin d'éviter les ruptures de parcours. A ce titre, la coordinatrice du réseau affirme que la participation aux groupes de travail a permis de structurer les échanges avec le CAMSP APF, par la mise en place d'une réunion annuelle portant sur les sorties du CAMSP sans qu'une place soit identifiée en SESSAD, afin d'organiser le relais de prise en charge avec les libéraux du réseau et ainsi éviter une rupture dans le parcours.

La participation au groupe de travail a également permis de structurer davantage le travail en partenariat avec le CAMSP de La Riche, portant sur des dossiers d'enfants sans solutions. A la suite du groupe de travail, le SESSAD de La Riche a demandé à intégrer la coordination du réseau ANAIS.

Les liens entre les CMP et les autres acteurs, en revanche, ne semblent pas avoir connu d'amélioration significative (absence de représentation des CMP dans le groupe de travail sur la coordination).

Facteurs facilitateurs

- **L'implication du pilote ARS de la thématique et la réceptivité de l'ARS à l'importance de l'enjeu**

L'implication du pilote ARS dans l'animation de la dynamique, la fédération des acteurs, l'effort porté sur la réponse aux besoins ont été soulignés par l'ensemble des acteurs comme des facteurs déterminants ayant permis à des actions importantes d'émerger. Ceci s'inscrit, de plus, dans un contexte de turn over élevé dans les établissements hospitaliers, médico-sociaux (CAMSP…) qui rend le fait de disposer d'un interlocuteur stable au sein de l'ARS Siège particulièrement important.

- **La capacité de l'ARS à mobiliser les acteurs**

Pour les réseaux, le fait que l'ARS ait coordonné la démarche à l'échelle du territoire Est a représenté un facteur mobilisateur, pour des acteurs dont le périmètre d'action est départemental et qui n'ont pas toujours la vision de l'activité et des modes d'organisation dans les départements limitrophes.

- **La dynamique apportée par la Commission Régionale des Naissances**

Animée par l'ARS, elle se réunit tous les deux mois depuis 2011. Elle regroupe les PMI, les usagers, les réseaux de périnatalité, les professionnels de santé de la Ville, les professionnels libéraux… C'est un lieu de discussion, d'élaboration, de concertation, de réflexion sur la manière de décliner opérationnellement les objectifs du PRS et du SROS. Les discussions en son sein ont donné lieu à des projets portés ensuite par l'ARS ou ses partenaires.

Difficultés rencontrées

- **Le manque de moyens humains a freiné l'émergence d'actions concrètes**

Cette contrainte sur les moyens humains est déjà observable au niveau du Siège de l'ARS, où un même pilote peut se voir attribuer un nombre élevé de Priorités à suivre, qui n'est pas toujours en phase avec ses capacités réelles à s'impliquer au regard de sa fiche de poste.

Concernant la difficulté à transposer les groupes de travail sur la Savoie, il est fait état d'un frein lié au manque de personnel en capacité de porter l'animation d'un groupe de travail dans les délégations, et des difficultés à mobiliser les acteurs - notamment certains réseaux - sur la thématique. Le manque de moyens humains, malgré le bénévolat largement développé sur la thématique, explique les difficultés des acteurs locaux à s'emparer de la dynamique impulsée.

« Les moyens et le temps disponibles, c'est le problème n°1 sur les parcours. Je travaille sur la mise en place de filières handicap pour que les acteurs se saisissent de la coordination. On est trois cadres A là-dessus, on ne peut pas et on n'arrive pas à faire de l'animation territoriale. On peut enclencher la dynamique, mais derrière on a besoin que les acteurs s'en emparent eux-mêmes. »

Un représentant de réseau

La taille du territoire est également évoquée comme un frein au maintien d'une dynamique autour de la constitution d'un travail autour du « parcours ».

- **Des problématiques portant sur le non remboursement des actes par l'assurance maladie dans les cas de double prise en charge**

Analyse de la performance des instances et modes de coordination partenariaux dans le lien Ville-Hôpital-médico-social dans le champ de la périnatalité

Critères de qualité liés aux instances et modes de coordination partenariaux	**Eléments d'illustration de ce point issus de la question évaluative 3.1**
Effectivité de la prise de décision stratégique au sein des instances à visée stratégique	La Commission Régionale de la Naissance est l'instance de référence sur le sujet mais il s'agit d'une instance consultative, non décisionnaire.
Effectivité de la discussion technique au sein des instances à visée technique	Les différents groupes de travail ont bien joué leur rôle de lieu d'échanges et de propositions d'actions d'ordre technique. Ce sont les moyens d'animation qui ont manqué pour que des actions

	opérationnelles soient conduites en déclinaison des échanges en groupes.
Niveau de mobilisation des principaux acteurs parties prenantes de la santé en région Rhône-Alpes sur le PRS	A l'exception des CMP, on constate que les groupes de travail conduits ont permis de réunir les principaux acteurs de la Ville et de l'Hôpital. Le niveau de mobilisation de la PMI a été un peu moins significatif, pour des questions de moyens humains disponibles.

Analyse de l'ancrage de la démocratie sanitaire dans le lien Ville-Hôpital-médico-social dans le champ de la périnatalité

Critères de qualité liés à l'ancrage de la démocratie sanitaire	**Eléments d'illustration de ce point issus de la question évaluative 3.1**
Prise en compte des besoins des usagers dans l'élaboration du PRS	Le champ de la périnatalité n'apparaît pas comme ayant généré une démarche de consultation des usagers spécifique au moment de l'élaboration du PRS. La voix des usagers ne s'est pas spécifiquement faite entendre par l'intégration d'usagers dans la Commission de coordination des politiques publiques (CCPP) de santé dans les domaines de la prévention, santé scolaire, protection maternelle et infantile, ou le Comité technique « Education à la sexualité » qui en est issu.
Mobilisation des usagers et/ou associations d'usagers comme parties prenantes des actions du PRS dans leur mise en œuvre	Les associations de parents d'enfants prématurés ont été parties prenantes de certains groupes de travail.
Implication des représentants des usagers dans la mise en œuvre et le pilotage du PRS	Les réseaux de santé, acteurs majeurs du projet PRS, constituent des cellules d'animation qui travaillent de manière très rapprochée avec les usagers et sont en capacité de relayer leurs demandes et besoins.

Conclusions

Sur toute la durée du PRS, l'ARS et ses partenaires ont conduit un certain nombre de travaux autour de la périnatalité et de l'amélioration du parcours des nouveaux-nés, notamment prématurés.

1/ Le soutien financier et logistique de l'ARS, ainsi que la volonté réelle de porter cette thématique, ont permis aux réseaux de santé en périnatalité de proposer un accompagnement et un suivi individualisés, de nature à limiter les ruptures de continuité dans les parcours.

2/ Le soutien financier de l'ARS a par ailleurs permis de développer des places de CAMSP dédiées à la prise en charge des enfants prématurés.

3/ Le premier stade de cette lutte contre les ruptures est constitué par une meilleure connaissance mutuelle des acteurs sur le territoire Est, et le PRS a été un réel vecteur d'amélioration de cette interconnaissance, aux côtés de la volonté individuelle de chaque acteur de mieux comprendre sa place

dans l'écosystème. L'intervention des réseaux de santé en périnatalité est un facteur essentiel d'obtention des avancées constatées en matière de qualité de la prise en charge.

4/ Des avancées en termes de qualité de la coopération, et de volonté de coopérer, ont été constatées sur les dernières années, notamment entre les services hospitaliers de néonatalogie et les professionnels médico-sociaux. Elles ont pu prendre des formes spécifiques (chartes, conventions) ou être plus informelles. Elles ont en tout cas été permises par la combinaison de plusieurs facteurs : l'impulsion politique donnée par l'ARS, le soutien financier de cette dernière, la volonté de coopérer des acteurs locaux une fois mis en présence, les moyens humains disponibles pour passer du temps en coordination.

5/ Les travaux menés sur le territoire Est ont permis certaines avancées (structuration des réseaux, meilleure connaissance et formalisation des partenariats entre acteurs locaux Ville-Hôpital-Médico-social) …

6/ …Une partie des solutions identifiées n'ont toutefois pas franchi le cap de l'opérationnalisation. Le manque de temps pour concevoir et porter des actions concrètes a limité la portée des travaux d'élaboration d'actions conçues en commun.

7/ Du côté de professionnels de santé, des freins et motifs de rupture liés au régime de rémunération des professionnels et à la T2A expliquent en partie que certaines difficultés de continuité du parcours perdurent.

8/ Du côté des familles, des freins et motifs de rupture liés au non-remboursement de l'intégralité des soins dans le cas d'une double prise en charge en établissement médico-social et dans le secteur libéral expliquent en partie que certaines difficultés de continuité du parcours perdurent.

Recommandations

Recommandations transversales liées au « parcours »

1. **Capitaliser sur les travaux d'identification des ruptures de parcours menés dans le territoire Est et utiliser cette capitalisation pour une réflexion à l'échelle de tous les futurs territoires de santé**

Cette réflexion a eu le mérite de proposer une base de réflexion, mais sa pertinence n'est pas reconnue avec la même intensité par tous les acteurs conduits à travailler sur cette base. Deux ans après son élaboration, il est essentiel de consolider une analyse des lieux et temps de rupture éventuelle de continuité des parcours, pour nourrir les réflexions sur le futur parcours en périnatalité à inclure dans le prochain PRS. En particulier, ces travaux de diagnostic pourront servir de base à des échanges au sein des communautés professionnelles territoriales de santé et dans le cadre de l'élaboration des contrats locaux de santé, qui pourront, à leur échelle territoriale, œuvrer à une meilleure coordination des acteurs.

2. **Développer des actions spécifiques de communication et de renforcement des partenariats à destination des CMP**

Les CMP apparaissent comme des acteurs avec lesquels la coordination est problématique, pour les réseaux. L'ARS aurait un rôle de facilitateur à assurer.

3. **S'assurer de la mise à disposition de moyens adéquats pour l'animation de la démarche «parcours » dans les différentes tâches qu'elle suppose, de l'animation partenariale, aux étapes de définition, de mise en œuvre et de suivi des actions portées conjointement par les acteurs de terrain.**

Le rôle central de l'ARS Siège pour l'animation des expérimentations « parcours », que ce soit sur la périnatalité ou les autres secteurs, sur 2012-2017 a été unanimement souligné par les acteurs interrogés. Il est essentiel que des moyens d'animation soient pérennisés sur le futur PRS pour éviter que la dynamique ne retombe.

4. **Intégrer la réflexion autour du parcours « grand prématuré », notamment au regard du constat du déficit des places de CAMSP en Isère et dans le Rhône, dans la définition des orientations sur l'offre de soin médico-sociale du prochain PRS**

5. **Inciter à renforcer les moyens à disposition de la PMI**

L'ARS pourrait jouer un rôle d'incitateur à ce que l'ensemble des partenaires intervenant dans le parcours des enfants prématurés ou fragilisés, notamment la PMI, puisse déployer les moyens humains répondant aux besoins identifiés collectivement.

Recommandations liées aux réseaux

6. **Accompagner l'évolution de l'action des réseaux de santé en périnatalité et poursuivre leur soutien financier**

Les réseaux de santé sont centraux dans la coordination de la prise en charge des mères et enfants en situation de vulnérabilité. Le nouveau cahier des charges relatif aux réseaux de santé en périnatalité stipule que ces derniers doivent prioritairement "contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale et régionale en santé périnatale et apporter son expertise à l'ARS" et à "aider et accompagner les acteurs de l'offre de soins en santé périnatale", mais comporte également des missions additionnelles. Aussi, l'ARS pourrait :

- Aider à établir des concertations locales sur la coordination des réseaux de périnatalité et la PMI dans la mise en œuvre du suivi périnatal des femmes en situation de précarité / vulnérabilité

- Aider au développement de formations relatives à l'annonce de la trisomie lorsque le diagnostic est réalisé à la naissance

- Aider à l'orientation des réseaux vers l'accès à l'IVG

7. **Réfléchir et anticiper la place des réseaux de périnatalité et de suivi des prématurés dans la définition et les travaux des communautés professionnelles territoriales de santé**

Ces futures instances de la coordination territoriale des acteurs devront intégrer les acteurs « ensembliers » que sont les réseaux.

8. **Assurer la couverture régionale par un réseau de santé en périnatalité unique au niveau régional et réaffirmer la distinction entre ce réseau régional et les réseaux territoriaux.** L'Instruction de juillet 2015 incite à privilégier la création d'un réseau de santé en périnatalité unique au niveau régional comportant éventuellement des antennes locales pour agir au plus près de territoires particuliers (par ex. : zones de montagne) afin de mener une action cohérente, efficiente, sans risque de redondance ou de couverture incomplète. Ce réseau régional doit contribuer à la mise en oeuvre de la politique nationale et régionale en santé périnatale et apporter son expertise à l'ARS, et aider et accompagner les acteurs de l'offre de soins en santé périnatale. L'Instruction indique que « es réseaux de santé territoriaux ne répondent pas aux mêmes objectifs et n'ont pas les mêmes missions » : ils visent prioirtairement à assurer la coordination de la prise en charge et de l'accompagnement des usagers sur leur territoire d'implantation et à animer le réseau de partenaires locaux.
9. **Encourager le développement et la formalisation des partenariats entre les réseaux de suivi des enfants prématurés et les structures de prise en charge médico-sociale**
10. **Appuyer l'action des réseaux en leur proposant des formations communes et outils partagés susceptibles d'aider à ce que l'ensemble des acteurs de la périnatalité, quel que soit leur mode d'exercice, intervienne en lien avec le réseau** : outils de partage d'information (dossier commun, fiches de liaison, site internet, etc.), modèles de convention type (établissement de santé/sage-femme libérale par exemple), supports facilitant la coordination des acteurs en matière d'IVG (acteurs établissements de santé/hors établissements de santé)…
11. **Fournir des outils d'évaluation des pratiques professionnelles, notamment au regard des « résultats de santé de court et moyen termes » mentionnés dans l'Instruction de 2015,** non définis dans ce texte, mais globalement liés à l'évolution de l'état de santé des enfants prématurés
12. **Faciliter le suivi par les réseaux de santé des indicateurs traceurs annexés au cahier des charges de 2015 en leur apportant un soutien méthodologique pour recueillir les informations nécessaires.**

3.3.2 Quel a été l'effet du PRS sur la sécurisation des parcours et l'égalité de traitement des usagers, via les filières gérontologiques ?

Eléments de contexte et de définition

Qu'est-ce qu'une filière gérontologique en Rhône-Alpes ?

Rappel de l'analyse développée dans le cadre du rapport d'évaluation intermédiaire :

Dans la continuité des réflexions engagées dans un premier temps autour des filières gériatriques, l'ARS RA a très fortement porté la mise en place de filières gérontologiques à partir de 2011. La région en compte 30 aujourd'hui. Basées sur le volontariat des acteurs, les filières ne disposent pas de statut juridique, ni d'autorisation. Leur existence repose sur l'engagement réciproque des acteurs sur un territoire donné, formalisé par une charte. Ces acteurs s'engagent à identifier les points de rupture dans la continuité de la prise en charge, et à y répondre par un plan d'action.

A ce stade, il convient de noter que la notion de « filière gérontologique » n'est pas univoque et recouvre des acceptions variables, pouvant générer parfois une difficulté à s'approprier les actions engagées par l'ARS et à y adhérer :

- soit il s'agit du cadre qui matérialise et institutionnalise l'existence de liens entre les différents acteurs de la prise en charge de la personne âgée. Ce cadre est matérialisé par le comité de filière (le « Bureau » / « l'Assemblée générale ») et le comité stratégique départemental (COSTRAT) ;
- soit il s'agit des liens établis entre les acteurs de la prise en charge eux-mêmes, en-dehors de toute considération institutionnelle. La notion de filière est alors plus informelle, et désigne la réalité quotidienne de la prise en charge globale de la personne âgée.

L'angle conceptuel implicite pour désigner la filière peut exclure ou non certains acteurs : « *appartenir à la filière : est-ce que c'est participer ou non aux différentes réunions qui sont organisées en pleine journée ?* ». C'est la reconnaissance même de la place des différents acteurs au sein de la filière et de leur contribution au fonctionnement de celle-ci qui est soulevée. Les acteurs les plus éloignés des logiques institutionnelles, particulièrement ceux du secteur libéral, peuvent opérer des mouvements de retrait.

Démographie des filières

		Dép.	Population 75 ans et plus INSEE 2011	Population 75 ans et plus OMPHALE INSEE 2017	Evolution 2011/2017
FG01	Annecy-Rumilly	74	22 524	25 374	12,7%
FG02	Ardèche Nord	07	7 621	7 893	3,6%
FG03	Sud Ardèche	07	12 813	14 176	10,6%
FG04	Pays de l'Ain	01	26 006	27 859	7,1%
FG05	Nord-Isère	38	16 940	18 407	8,7%
FG06	Savoie - Belley	73	31 659	34 569	9,2%
FG07	Alpes-Léman	74	11 046	12 616	14,2%
FG08	Grenoble - Bassin Sud Isère	38	47 824	51 966	8,7%
FG09	Lyon Nord	69	20 460	21 416	4,7%
FG10	Rhône Centre	69	76 926	81 787	6,3%
FG11	Vallée de l'Ondaine - Nord 43	42	5 710	6 056	6,1%
FG13	Drôme Nord	26	16 270	17 206	5,8%
FG14	Chablais	74	9 926	11 127	12,1%
FG15	Pays du Mont Blanc	74	7 515	8 295	10,4%
FG16	Personnes Agées du Forez	42	11 933	12 620	5,8%
FG17	Montilienne	26	17 649	20 161	14,2%
FG18	Pays du Haut Bugey	01	4 125	4 190	1,6%
FG19	Vallée du Gier	42	8 471	8 811	4,0%
FG20	Rhône Sud	69	22 577	25 934	14,9%
FG21	Pays Roannais	42	20 418	20 489	0,3%
FG23	Bassin de Saint Etienne	42	34 900	34 503	-1,1%
FG24	Saint-Julien - Pays de Gex et Bellegarde	74	7 049	8 066	14,4%
FG25	Bassin de Valence	26	25 317	28 129	11,1%
FG26	Région de Vienne	38	16 398	17 887	9,1%
FG27	Rhône Nord	69	21 183	23 212	9,6%
FG28	Pays Voironnais	38	13 708	15 103	10,2%
FG29	Ardèche Méridionnale	07	6 159	6 701	8,8%
FG30	Tarentaise	73	9 240	10 348	12,0%
Région			532 367	574 901	8,0%

(source : données FINESS 2014)

Taux d'équipement des filières

La volonté de l'ARS et de ses partenaires, via le PRS, était de consolider le fonctionnement des filières tout en préservant leur identité et leur autonomie dans la réflexion et la production d'outils en réponse aux problématiques locales rencontrées. Les filières interviennent en effet sur des territoires dont le taux d'équipement est très variable.

N°	Filière gérontologique janvier 2015	AJ	HT	HP	SSIAD - SPASAD	Evolution 2013/14
FG01	Annecy-Rumilly	2,4	3,3	102,5	17,8	-4,1
FG02	Ardèche Nord	1,6	1,0	153,9	18,0	-3,8
FG03	Sud Ardèche	2,9	0,7	184,9	16,2	-1,3
FG04	Pays de l'Ain	1,8	0,7	125,3	19,7	-2,7
FG05	Nord-Isère	2,8	1,4	100,9	20,6	-5,7
FG06	Savoie - Belley	2,3	2,2	116,8	20,8	1,5
FG07	Alpes-Léman	2,6	1,1	105,4	22,5	-6,3
FG08	Grenoble - Bassin Sud Isère	1,5	2,0	80,3	18,8	-4,2
FG09	Lyon Nord	1,8	1,6	120,2	13,2	3,1
FG10	Rhône Centre	2,4	1,3	104,3	15,1	-0,2
FG11	Vallée de l'Ondaine - Nord 43	2,5		111,2	16,3	-1,1
FG13	Drôme Nord	2,5	1,7	122,9	17,5	1,3
FG14	Chablais	2,4	2,4	115,1	20,7	-2,3
FG15	Pays du Mont Blanc	3,5	2,5	90,7	15,3	-3,5
FG16	Personnes Agées du Forez	2,5	2,3	108,9	26,2	3,5
FG17	Montilienne	2,0	1,5	112,6	20,7	-2,9
FG18	Pays du Haut Bugey	2,9		73,0	20,4	-1,8
FG19	Vallée du Gier	2,5	0,9	124,9	13,6	-3,6
FG20	Rhône Sud	2,4	2,0	121,2	17,4	-1,5
FG21	Pays Roannais	2,4	0,9	132,0	20,2	-1,3
FG23	Bassin de Saint Etienne	2,8	2,1	138,8	17,1	-2,7
FG24	Saint-Julien - Pays de Gex et Bellegarde	2,6	2,7	123,6	19,3	-5,7
FG25	Bassin de Valence	2,6	2,4	111,2	19,4	0,0
FG26	Région de Vienne	2,0	1,2	103,2	15,9	-4,5
FG27	Rhône Nord	3,3	1,7	150,3	26,9	-0,7
FG28	Pays Voironnais	2,1	0,7	131,2	23,3	3,1
FG29	Ardèche Méridionnale	0,2	0,5	156,7	20,1	-2,1
FG30	Tarentaise	2,2	1,5	103,1	15,4	-0,7
Région		2,3	1,7	115,8	18,5	-1,6
Evolution 2013/2014		0,1	0,2	-1,3	-0,3	

(source : données FINESS 2014)

Principes communs de gouvernance des filières

La gouvernance mise en place s'articule autour de 3 niveaux :

- Un comité de pilotage de filière
  - ✓ Une gouvernance d'acteurs qui doit être ouverte sur tous les acteurs concourant à la prise en charge des personnes âgées. La composition effective dans les filières est variable selon les territoires. Historiquement la structuration des filières gérontologiques a commencé autour des acteurs sanitaires et médico-sociaux.
  - ✓ Le comité de pilotage de la filière décide des actions qui seront portées par la filière.
- Un comité stratégique départemental
  - ✓ La gouvernance stratégique est co-pilotée par le Conseil départemental et l'ARS. La composition des COSTRAT est variable selon les départements.
  - ✓ Il s'agit de suivre et d'animer les travaux des filières, plus que de « piloter ».
- Un suivi par la Commission médico-sociale de la CRSA, afin de consolider la structuration des filières gérontologiques, et de modéliser des outils.

La Charte de la filière matérialise ensuite l'engagement de tous les acteurs, et prévoit des actions concrètes en annexe, qui devront faire l'objet d'un suivi. Un rapport annuel est transmis aux autorités (Conseil départemental et ARS).

A ce jour, 29 comités de filière sont mis en place et 26 chartes sont signées ou en cours de signature.

Au-delà de ces principes communs, les filières ont une dynamique très hétérogène, en termes d'animation, de production d'outils. Cette liberté de définir leurs propres sujets et leurs propres outils, dans un cadre de priorités défini, est un fondement essentiel du fonctionnement des filières.

Rappelons que les filières gérontologiques sont une spécificité de la région ex-Rhône-Alpes.

Orientations du PRS

Le SROS 3 révisé, dans son volet « vieillissement », prévoit l'organisation de la prise en compte des attentes des personnes âgées dans des territoires d'action fonctionnelle centrés sur des centres hospitaliers de référence offrant les compétences médicales utiles pour répondre à la demande de soin. Il prévoit que l'ensemble des acteurs de la Ville, du médico-social, de l'hôpital, du social construise ensemble, à partir d'un état des lieux et des problèmes qu'ils rencontrent dans le parcours de la PA, leurs règles de fonctionnement.

Le SROMS a clairement intégré la préoccupation de la fluidité du parcours de la personne âgée sur son territoire de proximité. Pour cela, l'ARS en lien avec les conseils départementaux, a renforcé la gouvernance des filières gérontologiques, soutenu les projets innovants permettant d'améliorer la coordination, développé les relations hôpital/EHPAD et services/ville en mettant en place des équipes mobiles, et travaille aujourd'hui à la finalisation de la mise en place d'un système d'information partagé.

Eléments de cadrage de la question

L'évaluation finale du PRS porte sur la capacité qu'a eue le PRS à promouvoir, soutenir et capitaliser le travail des filières.

Investigations conduites

Les outils d'évaluation ont été sélectionnés selon leur capacité à répondre à la question, et à rendre compte également des réalisations et résultats d'ores et déjà observables liés au travail des filières.

- Entretiens avec le Siège et réunions avec les Directions départementales
- Etude de cas sur 3 filières (Rhône-Centre, Loire-Forez, Montélimar) avec les entretiens suivants :

Nom	Localisation	Structure	Fonction
Serge FAYOLLE	Lyon	ARS	Chargé du suivi des filières gérontologiques
Dr Axelle DELZENNE	Lyon	ARS	Référente PATHOS
Patrick BOISRIVEAUD	Lyon	HCL	Co-animateur filière Rhône-centre
Aurélie LOISEAU	Lyon	HCL	Assistante filière Rhône Centre
Bernard BRICHON	Lyon	ACPPA	Co-animateur Filière Rhône Centre

Marie-Laure de FRESLON	Lyon	Lyon Métropole	Pilote MAIA
Christian BISSARDON	Montbrison	Directeur adjoint - pôle de gériatrie CH du Forez	Co-animateur filière Loire Forez
Aurélie PONCHON	Montbrison	CH du Forez	Assistante de filière Loire Forez
Membres du Comité de filière du Forez	rencontrés en séance		
Isabelle RICARD	Romans	Hôpitaux Drôme Nord	Assistante des animateurs de la filière gérontologique Drôme Nord
Amélie DARU	Montélimar / Privas	CH Montélimar	Assistante de filière montilienne
Marc-André DUCROUX	Privas	Conseil départemental 07	Directeur de l'autonomie
Nadège BAILLE	Montélimar	CH Montélimar	Directrice du CH
Mme LOUIS-BURLAT	Montélimar	CH Montélimar	Directrice des soins – co-animatrice de la filière
Christine MARTIN	Lyon	ARS	Direction de l'autonomie - Chargée de mission Ressources Humaines

- Enquête auprès des assistant(e)s de filière

Résultat des investigations

Eléments préalables de présentation des trois filières objets des études de cas

Quelques éléments de présentation

	Rhône-Centre	Forez	Montélimar
Date de création	2011	2012	2012
Pilotage	Hôpital de Fourvière	Le centre hospitalier de Montbrison	L'équipe gestionnaire du pôle de gériatrie du Centre Hospitalier de Montélimar
Fréquence de réunions du COSTRAT	3 réunions en 2013/2014 et aucune depuis	2 à 3 réunions depuis 2012	réunion biannuelle
Instances de gouvernance	• Assemblée plénière annuelle • Comité de filière en charge de valider les actions et de définir des groupes de travail à développer • Bureau de la filière en charge de la gestion quotidienne de la filière et du suivi des groupes de travail	• Bureau restreint tous les 3 mois • Comité de pilotage deux fois par an	• Assemblée générale annuelle • Bureau de la filière en charge de la préparation de l'assemblée générale, de propositions d'actions à mettre en place et de leurs suivis • Réunion en équipe des gestionnaires du pôle de gériatrie assurant un suivi sur l'avancée des travaux de la filière

Bilan des réalisations

On distingue :

- les réalisations directement liées au contenu du PRS,
- et les réalisations constatables dans le cadre de l'activité quotidienne des filières, non directement permises par le PRS mais s'inscrivant dans les orientations du PRS, cadre régional d'intervention desdites filières.

LIEES AU PRS

A – L'installation des Comités stratégiques départementaux (COSTRAT)

Ces Comités sont le lieu du travail dit « inter-filière ».

L'analyse des comptes-rendus des réunions des COSTRAT et les entretiens avec les acteurs mettent en évidence le fait que ces Comités n'assurent pas un rôle stratégique, au sens de lieu de réflexion partagée sur les orientations de travail souhaitées collectivement pour les filières en réponse à des besoins, dans l'idéal, analysés et hiérarchisés. Ils constituent davantage un lieu de partage d'information sur les travaux de chaque filière.

« Ce comité semble nécessaire afin de pouvoir faire remonter les problématiques de chaque Filière et davantage, être au courant, de ce que font les autres filières. Il permet de faire le lien, de mutualiser les actions. Il paraît donc utile qu'il soit organisé de manière plus fréquente. »

« Il donne les orientations départementales sur le pilotage des 4 filières de l'Isère, il permet de mettre en commun les filières entres elles sur certaines thématiques »

« Le comité stratégique permet de connaître comment fonctionne les autres filières et les actions mises en place ce qui permet de reproduire certaines actions au sein de notre filière. »

Mais aussi :

« Les échanges ne sont pas assez opérationnels et concrets »

Enquête auprès des assistant(e)s de filière

B – L'installation de la co-animation hospitalière et médico-sociale

Les membres des filières rencontrés confirment la pertinence de cette co-animation au sein des filières entre les acteurs hospitaliers et les acteurs médico-sociaux. Sur certains territoires, avant la mise en place des filières, cette co-animation n'existait pas, et n'était pas vue comme naturelle par tous les acteurs. Des réseaux d'acteurs existaient, mais rassemblaient uniquement des acteurs hospitaliers d'une part, médico-sociaux d'autre part. Le décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social se constate aujourd'hui dans toutes les filières, bien qu'à des degrés et à des rythmes variables entre filières.

Cette co-animation se traduit également par des actions concrètes, par exemple, proposer une organisation innovante de lutte contre les infections associées aux soins articulés autour des Equipes Opérationnelles Hygiène (EOH) et en adéquation avec les filières gérontologiques. Pour cette action, un appel à projet a été lancé et l'ARS est aujourd'hui en mesure de recommander le déploiement du dispositif sur le territoire régional (cf Priorité 5 du PRS « prévenir les infections associées aux soins en

établissements de santé et le risque infectieux en EHPAD »). Et pour rappel (cf question évaluative 1.2), dans le cadre de la Priorité 12 du PRS « limiter la survenue d'évènements indésirables, développer l'accessibilité aux dispositifs de droit commun, de prévention et de soin, et favoriser un environnement de vie adapté aux personnes », pour « faciliter l'accès aux soins de 1er recours pour les personnes en perte d'autonomie », une action a été mise en place d'associer les réseaux des urgences aux travaux des instances de gouvernance des filières gérontologiques. En date de juillet 2016, au moins 75 % des filières ont défini dans leur plan d'action des actions concernant la mise en œuvre de protocoles avec les Urgences ou d'outils de liaison (par exemple DLU ou équivalent). En outre, une action a été mise en place pour éviter le recours aux urgences des personnes âgées ou handicapées par le développement des outils de régulation spécifique (plateforme téléphonique …). Pour ce faire, l'ARS a financé l'intégralité des dispositifs d'astreinte téléphonique gériatrique des filières gérontologiques.

C – L'incitation à mettre en place un « plan d'action »

A ce jour, toutes les filières ont développé ce qui s'apparente à un « plan d'action », même s'il prend des formes différentes. Selon l'enquête auprès des assistant(e)s de filières (AF) :

Certaines filières ont défini des axes généraux de travail (dont certains ont été définis et sont partagés entre plusieurs sous-filières), ainsi que des objectifs opérationnels.

« On a défini des objectifs généraux qui se déclinent en sous objectifs en fonction des 4 filières de proximité qui composent la filière générale. »

D'autres, ont organisé leur filière autour de groupes de travail qui constituent le cœur de leur plan d'actions.

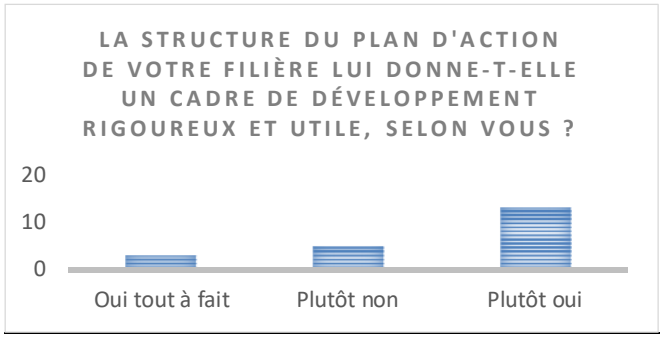
« Une fiche action a été établie pour chacun des groupes de travail avec précision des résultats attendus, des participants, des dates de réunions et du plan d'actions

Certaines ont opté pour un modèle où des objectifs sont définis et actualisés chaque année.

« Tous ces objectifs sont tracés dans le plan d'action établi chaque année pour l'année suivante, et qui fait l'objet d'une évaluation en fin d'exercice. »

Et enfin, certaines filières n'ont pas défini de plan d'actions ou si elles l'ont défini ne l'ont jamais actualisé et n'inscrivent pas leurs projets dans un quelconque plan d'actions partagée.

« Un plan d'actions avait été formalisé lors de la constitution de la charte avec l'identification d'objectifs, d'actions, de moyens et du calendrier. A ma connaissance, ce plan d'action n'a pas été mis à jour. Nous avons pour projet de formaliser un plan d'actions avec la mise en place d'indicateurs de suivi. »

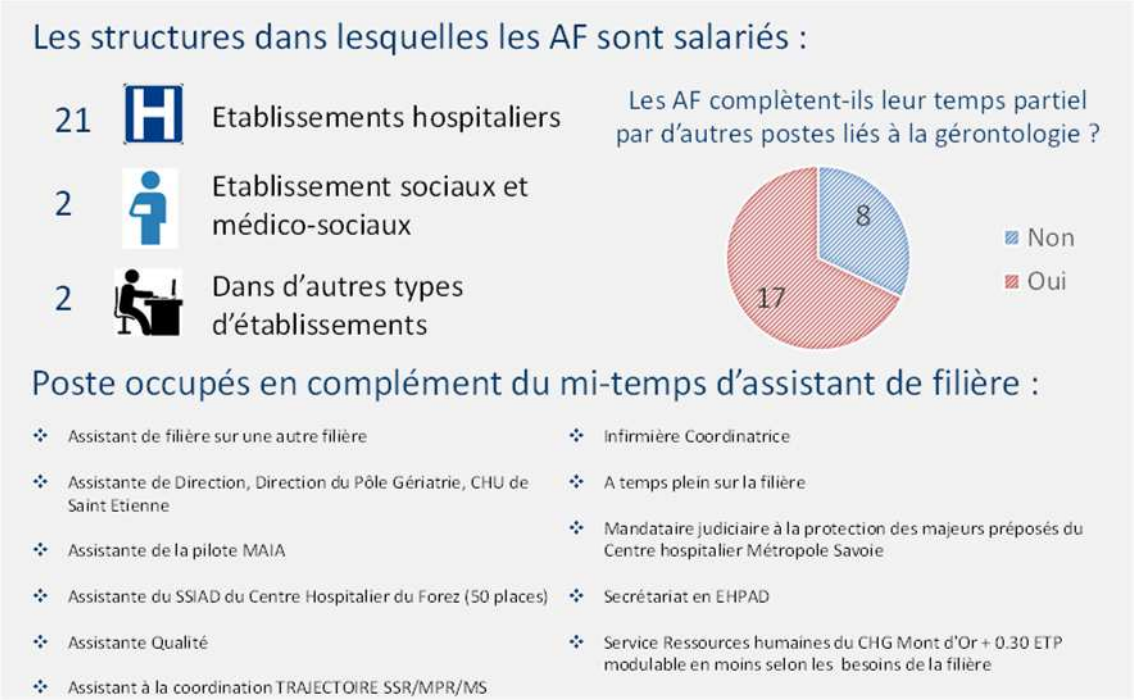


D - Les assistant(e)s de filière

Un appel à projets de 2013 a été mis en place pour accompagner les animateurs des filières de la région Rhône-Alpes par le financement d'un poste d'assistant dans le cadre des travaux du comité de pilotage de la filière gérontologique et des actions déclinées dans sa charte. Les assistants de filière sont placés sous l'autorité administrative de la structure porteuse pendant le temps consacré à cette mission, et sous l'autorité fonctionnelle du bureau de la filière.

Trois ans après le lancement de cet appel à projets, les assistant(e)s de filière apparaissent essentiel(le)s pour assurer le lien avec le terrain. Les assistants de filière jouent un rôle de « fil rouge » au sein des filières, portant sur des missions d'animation, de communication, d'organisation, d'observation.

Leurs conditions d'emploi sont en revanche peu attractives (poste à mi-temps à durée déterminée, à hauteur de 22 500 € par filière), même si certains parviennent à compléter leur temps partiel par d'autres postes, dont certains liés à la gérontologie, ou en combinant deux mi-temps sur des filières (17 assistants sur 27 combinent deux postes).



« Le poste est financé pour un mi-temps et même si nous avons pour certains la chance d'avoir un autre mi-temps sur une autre filière, avoir deux lieux de travail est compliqué. »

« Il serait bien que les Animateurs ou co-animateurs soient des personnes dédiées à la filière et non pas en plus d'un autre poste, cela permettrait une meilleure fluidité dans les échanges. »

Extrait de l'enquête auprès des assistants de filière

Le temps partiel rend parfois la disponibilité des assistants de filières compliquée et aléatoire

« On manque d'échanges entre assistantes inter-filières, on manque de temps pour assurer pleinement nos missions »

« On manque de temps pour découvrir en profondeur le réseau gérontologique et nouer des liens avec les autres assistants de filière. Manque de temps pour mettre en place des outils communs (annuaires) »

Près d'1/5ème du temps des assistants de filière se concentre sur de la mise en place et le suivi de projets. Viennent ensuite des tâches de participation à des groupes de travail, de collecte, de synthèse et de diffusion d'information, et enfin, des tâches administratives.

Si 11 assistants de filière considèrent que leur feuille de route est claire et correspond à leur réalité professionnelle, 7 estiment qu'elle est insuffisamment claire ou qu'elle ne correspond pas à la réalité de leurs tâches.

L'apport des assistants de filière est désormais bien reconnu. Les établissements et structures leur transmettent de plus en plus d'informations à diffuser. Il leur est aussi demandé de participer davantage aux groupes de travail afin de faire le lien transversal entre tous les groupes de travail ainsi que de remonter les informations aux co-pilotes ».

Désormais, l'assistante est l'interlocuteur identifié de la filière gérontologique, effectuant le relais entre les différents partenaires et les co-animateurs, malgré, parfois, les contraintes d'une filière géographiquement très étendue.

E – La fourniture d'outils aux filières

L'espace collaboratif

Cet espace se présente comme un lieu dématérialisé sur lequel les filières peuvent venir déposer leurs productions, dans une optique de partage inter-filières. L'architecture de cet espace a été travaillée entre le Siège ARS et une assistante de filière, afin de s'assurer de l'adéquation aux besoins.

Trame de l'espace collaboratif

L'ORGANISATION DES FILIERES GERONTOLOGIQUES

LA GOUVERNANCES DES FG
Ensemble des modes de pilotage et de régulation qui permettent d'encadrer la gestion de la FG

- Les outils (charte)
- Les instances (composition – rôle – compte-rendu)
- Le programme de travail

LES TERRITOIRES DES FG
Définition des territoires de travail et de leurs caractéristiques intrinsèques

- Les espaces géographiques
- Les éléments de diagnostic (les besoins/ressources/acteurs…)

LES COMMUNICATIONS INTERNES ET EXTERNES DES FG
Ensemble des vecteurs de communication utilisé pour faire connaitre les FG et ses travaux

- Annuaires
- Lettre d'information
- Evènements
- Les rapports d'activité – programmes de travail
- Systèmes d'information partagés
- Autres vecteurs de communication (plaquettes, rencontres, site internet…)

L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE AGEE

LE PARCOURS, SES COMPOSANTES
Accompagnement social, médico-social, médical

- La prévention (dénutrition, suicide, chute, bucco-dentaire, activité physique…)
- Organisation du maintien à domicile / le soutien à domicile
- La vie sociale / l'intégration médico-sociale (citoyenneté, les dispositifs d'accompagnement médico-sociaux)
- La modernisation de l'offre médico-sociale (notamment alternatives à l'institutionnalisation)
- Le 1er recours
- Les structures de recours (UCC, UMG, UHR, EMG/Astreinte téléphonique, EMH)
- Le recours à l'hospitalisation (organisation des urgences, hospitalisation programmée, information partagée, retour à domicile)
- La prise en charge thérapeutique (prescription médicamenteuse, télémédecine)

L'INTEGRATION DES ACTEURS ET DES DISPOSITIFS
Travaux et réflexions mises en œuvre par la filière autour des dispositifs d'appui à la coordination

- Le guichet intégré
- La gestion des cas complexes (MAIA, Réseaux…)
- La plateforme territoriale d'appui
- Les outils d'optimisation des parcours (l'orientation des demandes, les transitions entre dispositifs, les outils de diagnostic, d'évaluation, les référentiels des missions)

LA DYNAMIQUE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET LEURS COMPETENCES

- La formation
- Les actions de mutualisation
- L'attractivité des métiers

LA SENSIBILISATION ET LE SOUTIEN DES USAGERS ET DES PROCHES
Travaux et réflexions mises en œuvre par la filière pour améliorer la qualité du service rendu aux usagers

- Les actions en direction des aidants
- Le repérage de la précarité
- Le repérage des fragilités
- Le repérage des troubles du comportement perturbateurs

LES POPULATIONS SPECIFIQUES
Travaux et réflexions ayant pour objectif de développer une approche spécifique et dédiée à certains sous-groupe de population

- Les personnes en fin de vie / Soins palliatifs
- Les majeurs protégés
- Les personnes atteintes de troubles psychiatriques

Les temps de rencontre

L'analyse des questions revenant dans les COSTRAT et lors des contacts entre l'ARS et les co-animateurs des filières a fait apparaitre le besoin d'une rencontre bilatérale entre les copilotes des COSTRAT, afin d'alimenter et consolider la doctrine sur les filières gérontologiques. L'ARS a donc mis en place un temps de rencontre des pilotes des COSTRAT dès janvier 2015.

La trame de rapport annuel d'activité

Pour continuer à outiller le fonctionnement des filières, et après la création des postes d'assistants de filière, il a été proposé de définir une trame de rapport de suivi d'activité. Ce rapport aurait pour double objectif :

- de donner un cadre de travail stratégique aux filières (rappel des thématiques de travail transversales évoquées ci-avant),
- de constituer un canevas de recueil des travaux de chaque filière de façon à en faciliter la mise à disposition au niveau régional de l'ensemble des acteurs (autres filières, Conseil départemental, ARS…).

L'agrégation des travaux pourrait être facilitée par l'utilisation de l'espace collaboratif. Cette proposition souligne la nécessité de définir un processus de construction et de validation de « l'outillage" des filières. Des temps de travail ont été organisés entre les services des Conseils départementaux et de l'ARS pour élaborer des propositions sur ces trois champs afin de recueillir l'avis de représentants des filières sur chacun des thèmes.

F – Les Equipes mobiles

Le PRS a permis de mettre en place et de financer :

- des Equipes mobiles de gériatrie (à Montélimar, il s'agit d'une Equipe mobile intra-hospitalière qui sera bientôt externalisée). Dans le Loire-Forez, l'Unité mobile de gériatrie intervient dans les EHPAD.

Ces Equipes contribuent à éviter les hospitalisations non programmées par l'apport de conseils et de la régulation téléphonique via un médecin gériatre. En Drôme-Ardèche, on constate un élargissement du panel d'appelants, au-delà des médecins traitants et médecins coordonnateurs d'EHPAD initialement cible unique dans l'appel à projets « EMG extra-hospitalière » de 2013, signe d'une réelle appropriation de ces Equipes par l'ensemble des membres des filières.

- des Equipes mobiles de géronto-psychiatrie. Elles permettent d'orienter les personnes sur des CMP, de donner un avis téléphonique, de faire des interventions au sein des EHPAD ; une infirmière psy ou une ergothérapeute.
- des Equipes spécialisées Alzheimer (Drôme-Ardèche).

Ces Equipes sont assez hétérogènes (dans leur composition, leurs attributions …), ce qui peut constituer une difficulté pour l'ARS pour leur proposer des outils communs. De plus, leur territoire d'intervention est parfois jugé comme trop vaste.

G – Le soutien aux aidants

Le chapeau « Ressources humaines » du PRS prévoyait de « Soutenir les aidants professionnels et familiaux auprès des personnes en perte d'autonomie ». Le PRS était ambitieux en la matière, et les réalisations n'ont pas toujours été à la hauteur des ambitions initiales (pour cause de défaillance des promoteurs, arrêt de certaines expérimentations, réductions budgétaires, report de certaines sous-actions sur le futur PRS …).

Valeurs des jalons – Priorité 17 :

- Réalisation dans la plupart des Territoires de santé de demi-journées à l'attention des représentants du monde du travail pour faciliter l'identification, chez les salariés, de ceux étant en situation d'aidants Alzheimer. Un travail original (table ronde avec les CCI) a été conduit pour sensibiliser les chefs d'entreprise au soutien de leurs salariés qui sont par ailleurs aidants (cela concerne 48% des actifs).

- financement d'une expérimentation d'une intervention-formation itinérante pour l'accès des messages aux aidants (conduite par France Alzheimer)

- lancement d'un appel à projets régional pour les plateformes de répit « autisme »

- ouverture d'une plateforme d'information, de formation et de soutien des aidants dans le territoire des Monts du Lyonnais (SIPAG)

- test d'un dispositif sur les Accueils de Jour dans la Loire.

Les trois filières objet des études de cas ont développé des actions spécifiques qui ont apporté des solutions de répit aux aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer et apparentées.

Exemples d'actions :

- **Montélimar** : rédaction d'un « Guide des aidants » qui va sortir prochainement, groupe de parole dans le cadre d'un Accueil de Jour Alzheimer, ateliers d'aide aux aidants se réunissant mensuellement, mise en place d'un « Relais d'aide aux aidants » au sein d'un EHPAD à Donzère, « lieu d'accueil, d'écoute, d'information et de conseil (…) espace de rencontres et d'échanges inter-aidants (…) dédié à toute personne qui aide, de façon ponctuelle ou quotidienne, un conjoint, un parent, ou un proche en situation de dépendance, de maladie ou de handicap ».

- **Rhône-centre** : élaboration de plaquettes explicatives pour les aidants (et des professionnels en contact avec les aidants) : liens avec des structures de répit, accueil de jours …

LIEES AU TRAVAIL DES FILIERES

A - La mise en place de multiples groupes de travail au sein des filières, ayant abouti à la construction de nombreux outils, en déconnexion, mais pas en opposition, au PRS

Groupes de travail mis en place dans le cadre des trois filières étudiées

Rhône-Centre	Forez	Montélimar
• Annuaire / Outils de liaison • Fluidité du parcours de Santé • Aides sociales en établissement • Aide aux aidants • Equipes Mobiles de Gériatrie / Hot Line • Prévention et repérage des vulnérabilités • Valorisation des métiers du domicile avec la mise en place d'un parcours d'évolution professionnelle en formation initiale. • Communication • Table tactique MAIA • Groupes de travail en création : la nuit en EHPAD et à domicile, les	**Objectifs fixés pour l'année 2016 :** • Sensibiliser les acteurs à la notion de parcours de soins • Travailler à la prévention de la perte d'autonomie • Echanges interprofessionnel et développement des compétences • Projet de garde itinérante de nuit **Fiches actions élaborées en début de parcours (toutes n'ont pas pu voir le jour) :** • Offrir à la PA une prise en charge graduée sur le territoire par une coordination de la filière en : développant la communication, développant l'évaluation	**GT terminés :** • GT Entrées et sorties d'hospitalisation : Objectifs : améliorer la coordination entre les secteurs sanitaire, médico-social et libéral (pilotage : Dr Français-Hofmann) • GT : Fiches d'identification des structures : Objectifs : identifier les ressources sur les départements de la Drôme et de l'Ardèche (pilotage Mme Rautenberg - Pilote MAIA DPASE) • GT : Fiches d'orientation des demandes : Objectifs : Analyser les besoins des usagers (pilotage Mme Rautenberg - Pilote MAIA DPASE)

mesures de protection juridique, les personnes handicapées vieillissantes, la prévention, la fin de vie	gériatrique à domicile, communiquant entre acteurs de la prise en charge à domicile, fluidifiant le fonctionnement du court séjour gériatrique, • Favoriser le maintien à domicile en : identifiant l'offre de services de maintien à domicile ainsi que les zones de fragilités du territoire de la filière gérontologique, identifiant et communiquant le contenu des prestations proposées par les services de maintien à domicile, promouvant des dispositifs de concertation efficaces et reproductibles sur le territoire. • Développer la prise en charge psychiatrique des PA en institution en collaborant avec les CMP et réajustant le dossier d'admission en EHPAD • Développer le système d'information de la filière en améliorant l'information autour du patient tout au long de sa prise en charge médico-social, améliorant la communication entre les professionnels (à ce titre une permanence téléphonique gériatrique a été mise en place)	**Nouveaux GT :** • GT à destination des médecins coordonnateurs d'EHPAD Objectifs : travailler plusieurs thématiques : traitements, recommandations en antibiothérapie … Acteurs concernés : tous les médecins coordonnateurs des EHPAD du territoire montilien + un médecin urgentiste du CH de Montélimar + un médecin du Département de la Drôme, sont invités. • GT sur les retours à domicile (création mars 2016)

Les filières ont mis en place des groupes de travail plus ou moins formalisés ayant développé des réflexions et des outils de différentes natures. Les membres de filières rencontrés revendiquent la nécessité que chaque filière conduise ses propres travaux et réflexions, pour que les outils qui en résultent soient vraiment appropriés, car travaillés depuis le début, et pour éviter que les membres n'aient le sentiment de se voir imposer des outils non adaptés aux besoins. Mais cette volonté de développer ses propres outils conduit à ce que certains d'entre eux soient redondants entre filières. De plus, le suivi des travaux et la consolidation des avancées est difficile à suivre.

Exemples :

- la filière de Montélimar a créé une fiche navette pour le retour à domicile, que le patient est censé conserver avec sa carte vitale. Une fiche approchante a été réalisée au sein des filières d'Aubenas et de St Chamond.
- plusieurs modèles de fiches de motif médical d'admission ont été créées, idem pour des modèles de dossiers de liaison d'urgence
- la plupart des filières ont mis en place des annuaires des intervenants, selon des formats différents.

Fiche de motif médical d'admission (Montélimar)

RECOURS AUX URGENCES EN GERIATRIE
cocher la case à gauche du libellé

	SFMU motif de recours	CIM10
	CARDIO-VASCULAIRE	
	Arrêt cardiaque / Personne inconsciente, ne répondant plus	I46.9
	Douleur thoracique	R07.4
	Palpitations	R00.2
	Malaise sans perte de connaissance	R53.+1
	Malaise avec perte de connaissance	R55
	Oedeme des membres inférieurs	R60.0
	Membre inférieur froid et douloureux	I74.3
	Membre inférieur chaud rouge	I80.2
	ENVIRONNEMENTAL	
	Hypothermie	T68
	Coup de chaleur / insolation	T67.0
	GASTRO-ENTEROLOGIE	
	Douleur abdominale	R10.4
	Corps étranger voies digestives	T18.9
	Perte d'appétit	R63.0
	Constipation	K59.0
	Diarrhée	K52.9
	Nausées et/ou vomissement	R11
	Vomissement de sang	K92.0
	Sang dans les selles	K92.1
	Jaunisse	R17
	Hoquet	R06.6
	GENITO-URINAIRE	
	Sang dans les urines	R31.8
	Retention d'urine ou anurie	R33
	Signe d'infection urinaire/ dysurie/ brûlure mictionnelle	R39.8
	INTOXICATION	
	Ébriété, ivresse	F10
	NEUROLOGIE	
	Somnolence	F54
	Confusion / Désorientation temporo spatiale	R41.0
	Etourdissement / vertiges	R42
	Céphalée	R51
	Convulsions	R56.8
	Anomalie de la marche trouble de l'équilibre	R26.8
	Tremblement	R25.1
	Faiblesse de membre/ deficit / symptomes pouvant évoquer un AVC	I64
	OPHTHALMOLOGIE	
	Corps étranger, brûlure oculaire	T15.9
	Trouble visuel baisse de l'acuité	H53.9
	Douleur oculaire	H57.1
	Demangeaison, oeil rouge	H57.9
	ORL	

Dossier de liaison d'urgence (Montélimar)

DOSSIER DE LIAISON D'URGENCE

(= informations minimales extraites du dossier, devant être accessibles et à jour, afin de pouvoir délivrer les soins plus adaptés en situation d'urgence)

1. ÉLEMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Établissement d'hébergement :
Adresse : Tél :
Médecin coordonnateur :
Infirmière coordinatrice :

Personne de confiance désignée par écrit :
Nom : Tél :

Coordonnées d'un référent de l'entourage : Lien (de parenté) :
Nom : Tél :

Médecin traitant :
Nom : Tél :
Adresse :

Protection juridique : ❑ NON ❑ EN COURS
❑ OUI et coordonnées du Tuteur/Curateur/Mandataire :

2. EVALUATION MEDICALE

Pathologies en cours :

Antécédents personnels :

Médicaux :

Psychiatriques :

Chirurgicaux :

1/6

Allergie : OUI ❑ préciser laquelle : NON ❑

Régime :

Addictions : Alcool : ❑ OUI ❑ NON
Tabac : ❑ OUI ❑ NON
Autre :

Poids : *Taille* :

Cela pose la question de comment les efforts des membres des filières pourraient être mobilisés différemment à l'avenir, afin de gagner du temps pour aboutir à des outils communs aux filières et répondant aux besoins de chacune. Ainsi, l'ARS a proposé une trame de rapport d'activité, qui devait répondre à la fois au besoin des filières et de l'ARS. Des propositions d'outils, non obligatoires, pourraient être faites par l'ARS sur la base de réflexions conduites par les assistants de filière.

Résultats

Liés aux interventions prévues au PRS

Extrait de l'enquête auprès des assistant(e)s de filière

- **Le PRS a permis d'asseoir la visibilité et la légitimité des filières**

C'est la reconnaissance de la qualité et de l'utilité des filières à la fois par leurs membres et par les usagers finaux, qui soutient leur légitimité, et non le fait d'avoir été promues par le PRS. Mais le PRS a permis de soutenir institutionnellement leur légitimité.

Le PRS a soutenu la visibilité des filières comme maillon de la chaîne de l'accompagnement. Il a fait des filières les porteuses premières d'une politique d'amélioration du parcours de l'usager, et les a outillées en ce sens.

Des actions au profit de filières-pilotes de la prise en charge des personnes âgées

Dans le Programme relatif aux systèmes d'information et à la Télémédecine, plusieurs actions concernent directement les filières. Une première vise à « mettre à disposition des acteurs de la filière gérontologique et des MAIA un dossier permettant le suivi des patients et la coordination des acteurs ». Pour ce faire, un dossier validé par un groupe d'experts a été validé et étendu au réseau gérontologique. En juillet 2016, il était en phase d'être généralisé.

Une deuxième a vocation à mettre à disposition des acteurs de la filière gérontologique un applicatif (Trajectoire) permettant le placement adapté de la personne âgée à son contexte social, familial et médical. De 2013 à 2014, un test de déploiement d'un prototype a été réalisé sur un territoire de filière, puis sur trois départements du projet national. En 2015, le projet a été ouvert aux professionnels libéraux et aux usagers.

- **Le PRS, via la mise en place du COSTRAT, a facilité l'échange d'informations entre filières et l'identification de priorités communes**

Si le COSTRAT a plus souvent été une instance d'information en inter-filière que de pilotage, il a généralement permis aux partenaires membres de mieux connaître leurs interventions respectives et a permis d'une part, de limiter les actions redondantes, et d'autre part, de générer des idées d'actions communes.

Certaines filières appellent à la redynamisation des COSTRAT en imposant une cadence plus régulière, mais également en les rendant plus participatifs pour les que les filières puissent s'exprimer, et surtout obtenir des réponses à leurs questions de la part des instances institutionnelles représentées.

« On a fait remonter nos questionnements, notamment sur l'absence d'appels à projets transversaux … mais on n'a eu aucune suite de donnée …aucun compte-rendu de réunion, aucune réponse à nos questions. On a besoin de transparence. »

Extrait d'un entretien avec un membre d'une filière

Par ailleurs, l'accompagnement à domicile, l'évitement des hospitalisations inappropriées, la création/consolidation d'une culture commune de l'accompagnement des personnes âgées par le levier de la formation … sont apparues comme les enjeux majeurs et partagés par l'ensemble des filières.

En lien avec l'instauration de ces nouvelles habitudes de collaboration, les Directeurs de l'Autonomie des Conseils départementaux ont développé des contacts informels pour s'informer des bonnes pratiques dans les autres départements.

- **Le PRS s'est appuyé sur les filières pour disposer d'une entrée pour développer des actions spécifiques**

La filière gérontologique constitue aujourd'hui à la fois une « porte d'entrée » dans un parcours d'accompagnement, un pilote, une Charte, un réseau d'acteurs. C'est la raison pour laquelle le fait de s'appuyer sur les filières permet de déployer des actions permettant de toucher rapidement un grand nombre d'acteurs.

« On avait déjà travaillé avec certains établissements des filières, mais on ne connaissait pas les filières. Ni leur existence, ni leur fonctionnement. On a reconnu l'existence des filières avec l'appel à projet. Ça nous a permis d'avoir un interlocuteur commun (les assistants de filières) tout en travaillant avec une myriade d'établissements ».

Directrice d'une association ayant porté la formation du personnel à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées pour plusieurs filières

La formation à l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD a permis de former des référents ayant en charge la sensibilisation des équipes des établissements et de diffuser des outils (fiche de bilan dentaire…) (voir question évaluative 1.1). La formation sur l'activité physique adaptée a permis de disposer d'intervenants performants pour conduire des ateliers de maintien d'une bonne forme physique et prévenir les chutes. Si les résultats sur l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires ne peuvent être documentés aujourd'hui, il s'agit toutefois d'exemples d'actions permettant d'améliorer la connaissance mutuelle.

« Dans le cadre de la filière elle-même, les partenariats sont balbutiants. Il faut susciter, créer et entretenir une "culture filière". Des projets tels que l'hygiène bucco-dentaire ou l'activité physique sont vecteurs de lien et de meilleure connaissance mutuelle.

Enquête auprès des assistant(e)s de filière

- **Le PRS a apporté des moyens de formation spécifiques et a permis de professionnaliser les acteurs de la perte d'autonomie**

Le chapeau « Ressources humaines » du PRS prévoyait de « Mener des actions pour améliorer l'attractivité des métiers de la santé ». Outre le « plan d'action Ressources humaines », qui a permis d'anticiper et de s'adapter aux besoins en RH à l'échelle des différents plans et programmes constitutifs du PRS, trois documents ont été produits :

- le « référentiel d'activité et de compétences pour les encadrants de proximité dans le médico-social », en 2013, le document le plus téléchargé du site de l'ARS (22 000), comportant une étude sur les besoins réels dans les EHPAD et les SSIAD en diplômes de niveau V. Ce référentiel permet de valoriser les postes et d'éviter les frontières entre les métiers, et a été repris par la DGCS pour travailler sur l'ingénierie des métiers et servi à certains OPCA pour élaborer des grilles de compétences et d'entretien,
- le « rapport sur l'attractivité des emplois de l'accompagnement de la perte d'autonomie », rédigé en partenariat avec le Conseil régional Rhône-Alpes, la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation du travail et de l'emploi. Il vise à formuler des pistes pour

améliorer l'adéquation entre les profils des postulants et les postes à occuper, en priorité sur l'Arc alpin et sur les postes requérant un diplôme de niveau V (aide-soignant(e)s, AMP, AVS). Ce travail a mis en évidence que le problème n'était pas le recrutement sur postes vacants, mais l'attractivité et le recrutement sur des remplacements, pour faire face à l'absentéisme. Ce travail a abouti à un « temps fort sur les stratégies managériales » en juillet 2015, organisé par l'ARS, consistant en une journée-colloque auprès des Directeurs d'établissements et services médico-sociaux, ayant réuni 450 personnes pour 180 prévues. Ce type de manifestations a permis de créer des liens entre les directeurs du médico-social, les cadres intermédiaires, les acteurs de l'emploi, de la formation …

- Le socle de compétences partagé pluriprofessionnel autour du parcours de l'usager.

En outre, l'ARS a produit avec l'INSEE un 4-pages à visée prospective sur les « nouveaux » emplois à pourvoir (notamment au domicile, là où les besoins s'avèrent aujourd'hui les plus importants), avec les partenaires OPCA-UNIFAF-CNAM. Il présente un référentiel « d'encadrement de proximité » qui doit garantir la qualité de l'encadrement des parcours professionnels et la qualité de vie au travail dans des métiers souvent perçus comme difficiles. Un groupe de travail avec 40 Directeurs d'établissement a également conduit une réflexion pour une démarche d'analyse de la barométrie RH en établissement, sur laquelle les établissements pourront s'appuyer pour servir de base au dialogue de gestion sur les RH dans le cadre de la signature des CPOM généralisés dans le médico social.

L'ensemble de ces travaux ont notamment permis d'assouplir le regard (notamment des Délégations départementales et des services d'Inspection) sur les professionnels et les « faisant fonction » tout aussi compétents, de travailler autour de la valorisation des acquis de l'expérience (VAE) et de la notion de « vivier de compétences », de contextualiser la gestion des RH pour prendre en compte la motivation et le savoir-être autant que les compétences techniques. Cela a également permis à l'ARS de lutter contre les pratiques des établissements consistant à équilibrer leur budget par la déqualification. En outre, le regard de la DIRECCTE sur le « salarié », celui de l'Inspection du Travail sur le « réglementaire » et celui de l'ARS sur « l'usager » tentent ainsi de se rejoindre, afin de passer d'une approche strictement réglementaire à une approche davantage orientée sur la compétence et la réponse aux besoins de l'usager.

Ces démarches à l'échelle du PRS ont ensuite été déployées, notamment en Isère, Savoie et Haute-Savoie, via notamment des actions d'accompagnement des dirigeants d'établissements sociaux et médico-sociaux, acteurs des filières gérontologiques, au recrutement pour assurer que les personnes en poste sachent, par exemple, questionner un usager pour obtenir les bons renseignements cliniques, l'aider à avancer en lui donnant des repères temporo-spatiaux, etc.

Les filières ont apprécié pouvoir travailler sur de tels projets communs, mais peuvent regretter que les appels à projets soient encore trop centrés sur les acteurs sanitaires. Elles souhaiteraient, à terme, disposer d'occasions rassemblant le secteur sanitaire et l'ensemble des acteurs médico-sociaux (dont notamment le secteur du maintien à domicile, organe-clé du parcours des personnes âgées).

« Les équipes mobiles d'hygiène, les formations buccodentaires … c'est un véritable plus. Mais c'est trop sanitarisé, on manque d'appel à projets qui concernent l'ensemble des structures de la filière. »

Extrait d'un entretien avec un membre d'une filière

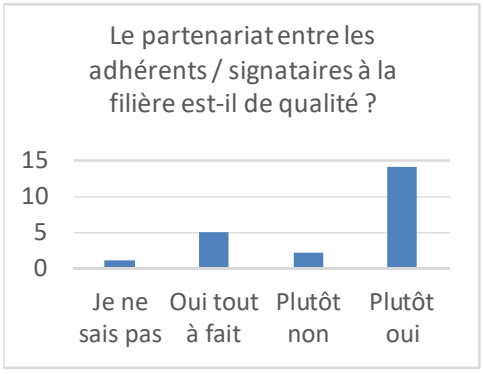
Ainsi, les filières gérontologiques sont aujourd'hui des lieux de travail et d'organisation des formations, avec l'objectif de faire se rencontrer les professionnels de terrain sur des séquences de formation (exemple des formations de prévention à l'hygiène bucco-dentaire entre SSIAD et EHPAD).

Liés aux filières / Sur l'amélioration de la qualité de l'accompagnement

- **Le renforcement du partenariat entre les membres des filières comme facteur d'amélioration de l'accompagnement des usagers**

Les filières ont constitué un cadre de développement d'habitudes de travail nouvelles, davantage basées sur des contacts entre acteurs du territoire et sur une approche plus globale du parcours de la personne âgée, dépassant le simple temps d'accueil ou d'accompagnement dans les services propres des acteurs-membres.

Extrait de l'enquête auprès des assistants de filière



« Grâce à la filière, et ses groupes de travail, les professionnels CH, EHPAD, SSIAD, SAAD, Conseil départemental, ont appris à se connaître, un réseau s'est créé. Les nombreuses concrétisations des travaux issus des groupes de travail […]. »

Extrait de l'enquête auprès des assistants de filière

« La filière est facilitatrice des projets. Les projets se seraient fait sans la filière, mais ça va plus vite, c'est plus facile. On a travaillé sur des cas complexes sur des temps informels. On se connait donc on peut passer des appels à l'un et à l'autre, on a appris à être confiants, à être gagnants-gagnants. C'est des valeurs communes qu'on se trouve, qui facilitent le travail collectif. »

Extrait d'un entretien avec un membre d'une filière

Dans certaines filières, le changement de co-animateurs est toutefois source d'instabilité et peut limiter la pérennisation des projets initiés par les filières.

« 2 animateurs sur 4 ont quitté leur poste et ne sont pas encore remplacés. »

Extrait de l'enquête auprès des assistants de filière

Dans certaines filières, des temps de rencontres des membres des filières (qui sont d'ailleurs parfois ouverts à des non-signataires de la Charte) sont organisés chaque année.

Exemple : dans la filière Loire-Forez, un comité constitué de 15 à 20 personnes est en charge d'organiser chaque année une journée de la filière. En plus d'un temps de bilan de la filière à proprement parler, la journée s'orchestre autour d'une thématique préalablement choisie et autour de laquelle des débats et / ou avis d'experts sont organisés. Par ailleurs, les réunions du Bureau se déroulent à chaque fois dans un lieu différent, afin d'alterner les membres-hôtes, mais également de mieux se connaître entre acteurs, non pas qu'individuellement, mais aussi en terme d'équipements et d'équipes présentes dans chacune des structures.

- **Le travail entre filières a permis d'échanger sur les pratiques, mais de manière limitée**

Quelques exemples d'échanges inter-filières ont été mis en évidence par les entretiens :

Les assistants de filière du Rhône se voient plusieurs fois dans l'année pour faire le point sur les thématiques travaillées par chacun de leurs groupes, ont des contacts téléphoniques réguliers … A titre d'exemple, la filière Rhône-Nord a lancé un groupe de travail sur la valorisation des métiers du domicile directement inspiré des travaux de la filière de Rhône-centre.

Cette dynamique est moins évidente sur d'autres territoires :

Montélimar : les échanges sont assurés uniquement par le COSTRAT et des contacts entre les assistants de filière, sans véritable dynamique de collaboration.

Rhône-Centre : l'assistante de filière est allée intervenir dans le cadre d'autres filières sur la problématique, importante en Rhône-centre, de la valorisation des métiers du domicile, mais certaines filières bénéficiaires ont indiqué ne pas rencontrer de difficulté en la matière.

Forez : le travail en inter-filière rencontre des difficultés. Seulement trois rencontres ont eu lieu depuis la mise en place de la filière, et des acteurs regrettent que ces temps n'aient pas été des temps de partage inter-filière, mais plutôt des temps de bilans magistraux.

Et les exemples d'assistants de filière allant présenter les résultats de travaux dans d'autres filières sont rares. Cela est dommageable, car il est probable que les difficultés rencontrées par certaines filières pourraient être solutionnées par des outils développés dans d'autres filières. Le manque de temps est un facteur de frein important.

« Nous avons créé un outil pour le repérage de la fragilité, et nous nous sommes aperçu qu'un outil du même genre avait déjà été élaboré par une autre filière. »

Extrait de l'enquête auprès des assistants de filière

Certaines filières rencontrées espèrent que le sharepoint va permettre d'avoir une meilleure visibilité sur les travaux engagés dans les autres filières, et permettre de passer au stade suivant, la production d'outils en commun.

- **Une amélioration de la préparation du retour au domicile après hospitalisation**

La bonne gestion de ce temps est essentielle pour éviter la rupture de la continuité du parcours de la personne âgée. La fiche de motif médical d'admission créée par la filière de Montélimar montre qu'en 2015, 30% des motifs d'admission étaient du court séjour gériatrique, et 70% des Urgences, mettant

en évidence une surreprésentation de l'admission en urgence, illustrant un dysfonctionnement du parcours.

Les filières travaillent toutes sur des outils de partage d'information en ce sens.

Exemples d'outils :

- **Montélimar** : fiche de repérage des vulnérabilités au domicile, travaillée dans le cadre des admissions aux Urgences et utilisée par l'infirmière d'orientation des Urgences, afin de choisir les actions à mettre en place en fonction du score obtenu.

- **Montélimar** : « Numéro unique : Le numéro unique 22 50 est à destination des professionnels (médecins généralistes ou médecins coordinateurs d'EHPAD), du lundi au vendredi de 10h à 17h30. Il permet d'apporter une aide à l'orientation et d'éviter le passage par les urgences en facilitant les admissions directes. En moyenne, en 2013, l'astreinte téléphonique recevait 5 appels par jour ; depuis début 2014, on dénombre entre 10 et 15 appels par jour. Un bilan des appels concernant une demande d'hospitalisation met en évidence 173 demandes d'hospitalisation d'avril 2013 à mai 2014. Depuis janvier 2014, en moyenne 34.6 appels par mois ont été recensé pour une demande d'hospitalisation ». (CR AG filière montilienne 2014).

- **Loire-Forez** : permanence téléphonique gériatriques (à destination des libéraux et des coordinateurs)

- **Rhône-centre** : hotline / mise en place d'un document de repérage des difficultés à destination des bailleurs pour identifier les personnes âgées en danger.

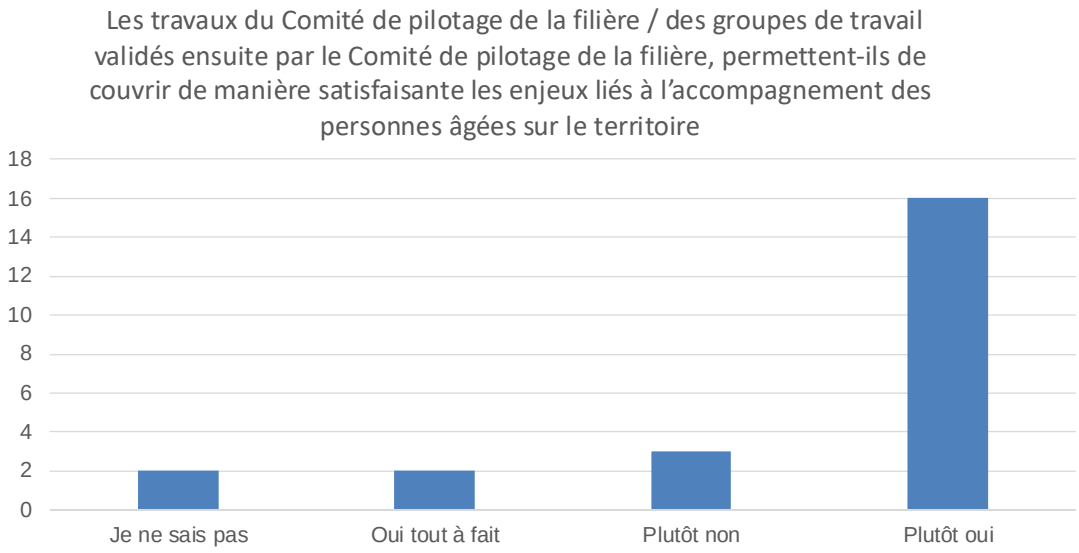
Certains indicateurs mettent en évidence que la filière peut jouer un rôle dans l'évitement de l'hospitalisation en urgence.

« Le fonctionnement de la filière a permis que le nombre d'admissions en court séjour gériatrique en provenance du service des urgences soit divisé par 3 en 4 ans. »

Extrait de l'enquête auprès des assistants de filière

Toutefois, il n'est pas possible d'établir un lien de cause à effet direct entre l'existence de la filière et l'évolution, dans un sens ou un autre, des données d'hospitalisation.

L'enquête auprès des assistant(e)s de filière montre que ces derniers pensent que les travaux de la filière couvrent globalement bien les besoins des publics cibles :



Ainsi, la plupart des assistants de filières interrogés considère que la filière joue un rôle actif en faveur de l'accompagnement des personnes âgées. Trois d'entre eux mettent en avant cependant des limites estimant qu'il faudrait développer encore plus de groupes de travail pour couvrir l'intégralité des enjeux liés au parcours de la personne âgée, ou que le manque de diagnostic établi du territoire empêche de répondre à cette question.

Facteurs facilitateurs

- **Les nouveaux moyens financiers et de coordination apportés par les Conférences des financeurs**

« La Conférence des financeurs est une instance de coordination des financements visant à développer les politiques de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de manière structurée. Le rôle de la Conférence est d'assurer un effet de levier sur les financements que les membres consacrent à la prévention de la perte d'autonomie. Il s'agit de s'appuyer sur les actions et les circuits financiers existants et propres à chaque acteur sans créer de fonds dédié.

La Conférence des financeurs s'inscrit dans le cadre général de la politique de prévention de la perte d'autonomie qui se structure autour de 3 missions principales :

1. établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental,

2. recenser chaque année les initiatives de prévention,

3. définir un programme coordonné de financement des actions de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires. »

(Programme de financement et de développement des actions de prévention de la Conférence des financeurs de l'Ardèche)

L'Ardèche a été département pilote de la mise en place de ces instances. La Conférence dispose d'un cadre juridique clair et de financements dédiés, elle est ainsi un outil adapté pour mettre en place

rapidement des actions opérationnelles de prévention pour les personnes âgées, avec des financements dédiés, et un reporting annuel à la CNSA.

- **L'image globalement positive des filières auprès de leurs membres**

Les entretiens conduits mettent en évidence un degré global de satisfaction élevé au sein des membres des filières quant à l'intérêt intrinsèque de celles-ci pour faire en sorte que les acteurs travaillent davantage ensemble. Les filières répondent globalement au fort besoin de mieux se connaître et sont perçues comme alant dans le sens d'une rationnalisation des efforts, d'une limitation de la dispersion d'énergie, en faveur des usagers.

- **Les volontés personnelles**

Une filière fonctionne si elle est portée par des personnalités individuelles convaincues et capables de convaincre. Après seulement vient le temps de la mise en place d'instances et de mécanismes permettant de maintenir cette dynamique au-delà de ses seuls porteurs individuels initiaux. Un certain nombre de filières disposent assurément de ces fortes personnalités, qui sont un avantage mais aussi un facteur de fragilité si la dynamique ne parvient pas à s'institutionnaliser quelque peu.

Difficultés rencontrées

Difficultés institutionnelles

- **La mobilisation de l'ensemble des acteurs dans les instances**

Une faible représentation institutionnelle des libéraux

Les libéraux sont peu représentés dans les instances des filières, car peu présents aux réunions, pour plusieurs raisons allant de l'inadaptation des horaires de réunion, leur surcharge de travail (ils relèvent en théorie de plusieurs filières hors gérontologie) à leur absence de conviction de l'intérêt pour les aspects les plus formels de la filière.

« Une présence et une implication des professionnels de santé libéraux permettrait de pouvoir travailler davantage sur l'accompagnement et le parcours de la personne âgée. Leur participation au bureau n'est pas aujourd'hui possible. »

« La principale difficulté demeure la participation sporadique des professionnels du domicile et la quasi-absence des médecins généralistes, malgré les nombreuses sollicitations. »

Enquête auprès des assistant(e)s de filière

Ils sont présents dans le dispositif de terrain, notamment pour éviter les ruptures de continuité, lors du retour au domicile. Mais malgré la diffusion d'information des filières auprès des professionnels libéraux, les membres des filières peinent à obtenir des retours quant à l'intérêt qu'ils attribuent au dispositif.

Ainsi, dans la filière de Montélimar, un infirmier libéral a participé à quelques réunions sur la préparation du retour à domicile, puis un pharmacien l'année suivante, mais sans implication sur le long terme. Les actions comme l'organisation annuelle d'une soirée médicale avec les libéraux avec plus de 300 courriers envoyés, n'ont recueilli qu'une faible participation.

Dans la filière Rhône-centre, des rencontres avec des acteurs libéraux ont été organisées (par le biais d'associations). Ils sont intéressés par la démarche de la filière, mais davantage pour les outils produits que pour participer aux temps de rencontres. Cependant, la filière s'appuie sur une expérimentation mise en place à Dardilly avec des professionnels libéraux. Dans cette commune, l'adjointe au maire a mis en place des rencontres avec des pharmaciens et infirmiers libéraux pour faire naître des projets de coopération. La filière s'appuie sur ce relais-local pour avoir des remontées de terrain des professionnels libéraux.

L'absence de représentations de certains types d'acteurs

En fonction des projets ou des dynamiques enclenchés sur les différentes filières, il peut parfois être intéressant de mobiliser un cercle plus large d'acteurs.

« Nous travaillons actuellement au sein de la filière pour revoir la composition du COPIL de la filière gérontologique, afin qu'il soit plus représentatif de l'ensemble des acteurs présents dans le parcours de la personne âgées (acteurs du sanitaire, médico-social, dont ceux du domicile) »

Enquête auprès des assistant(e)s de filière

La filière Loire-Forez, pour laquelle la question de la vulnérabilité des séniors est un enjeu-phare, cherche depuis plusieurs années à convier à ses échanges les organismes de tutelle, en vain. En revanche, la filière a reçu des sollicitations de la part de résidences privées d'accueil de personnes âgées pour intégrer le dispositif, mais la filière n'a pas donné suite à cette sollicitation, ne sachant pas s'ils pouvaient être intégrés.

- **Une participation directe des usagers promue par certaines filières, mais encore limitée**

La notion de participation des usagers aux filières n'est pas aisée à mettre en place, dans le cadre d'un système français de conception des politiques publiques qui n'est pas encore résolument tourné vers la co-construction.

<u>Une participation fréquemment limitée à la présence des CODERPA</u>

Lorsque ceux-ci participent aux instances du type AG de la filière, ils assurent globalement un rôle de porte-parole des usagers. Ils peuvent également se saisir des thèmes abordés en filière pour alimenter leurs propres travaux (exemple, à Montélimar : le thème de l'identification de la personne de confiance abordé en réunion de filière a été retenu comme thème pour une journée de travail du CODERPA).

Si l'apport de la participation du CODERPA est riche, certaines filières souhaiteraient ouvrir la participation à des représentants des usagers à un échelon plus local que le CODERPA, afin de les mobiliser sur des questions et enjeux spécifiques au territoire d'implantation de la filière.

« On a besoin d'être plus en proximité, au travers d'enquêtes, de témoignages, d'échanges avec des interlocuteurs plus légitimes que le CODERPA. Les CCAS, les organismes à vocation culturelle, les clubs du 3e âge … ça pourrait être des idées ! La représentation des usagers diversifiée peut être intéressante.

On a travaillé notamment la prévention avec les clubs sportifs : des jeunes séniors qui restent actifs et essaient d'être tutelle sur les champs de l'emploi. C'est intéressant et c'est par ces séniors qu'on peut faire bouger les choses. Avec le CODERPA on manque de véritables retours de terrain. »

Extrait d'un entretien avec un membre d'une filière

- **Le caractère encore « personne-dépendante » de la dynamique des filières**

La réussite des filières a souvent été citée par les acteurs rencontrés comme « personne-dépendante », c'est-à-dire dépendant directement du fait d'avoir « les bonnes personnes au bon endroit ». Or, ceci est un facteur de fragilité de la filière, en cas de turn –over, mais aussi plus généralement en termes d'égalité de traitement des usagers en tout point du territoire. Les instances de gouvernance des filières doivent être renforcées pour éviter ce biais lié aux personnes.

- **Un fort refus de l'institutionnalisation, facteur de souplesse mais aussi de fragilité**

Cette informalité revendiquée induit une difficulté pour l'ARS de se positionner comme force de proposition en matière d'outils, de formats de documents. Mais le caractère limité du temps que peuvent dédier les membres de la filière à son fonctionnement (car l'investissement dans la filière s'ajoute aux tâches quotidiennes de chacun) justifie que l'ARS et ses partenaires facilitent les travaux des filières.

« On est dans la liberté d'adhésion des acteurs aux filières, c'est important. C'est ce qui fait l'efficacité de ce système, il ne faut pas rendre les choses trop normatives. L'adhésion ne doit par exemple devenir obligatoire. Une tentative normative existe dans les filières, mais le projet final est bien de rendre service à une population. »

Extrait d'un entretien avec un membre d'une filière

De plus, si les filières craignent une trop forte homogénéisation inter-filières, voire un risque d' « injonction » de la part de l'ARS, elles peuvent être pour autant demandeuses d'accompagnement quant à l'ingénierie de projet ou d'évaluation d'impact.

« L'ARS a les moyens de nous aider. Sur quoi on évalue notre action ? Comment on calcule le taux d'hospitalisation évitable ? Quel est l'impact de l'UMG ?… Autant de critères qu'on ne sait pas calculer actuellement. »

Extrait d'un entretien avec un membre d'une filière

- **Une distance entre le fonctionnement des filières et le processus politique et réglementaire**

A titre d'illustration, l'élaboration des Schémas gérontologiques des Conseils départementaux ne fait pas intervenir une consultation formelle » des filières. Les filières ne souhaitent globalement pas entrer dans ce jeu institutionnel qui risquerait, selon certaines, de brouiller leur image, mais cela permettrait pourtant d'améliorer la reconnaissance institutionnelle des filières.

Difficultés « conceptuelles »

- **Des acteurs qui cherchent encore parfois leur place au sein des filières**

Certaines filières soulignent avoir des efforts à faire pour offrir une place à tous les acteurs partie-prenantes des filières. Les petites structures –les foyers-logements par exemple- peuvent être parfois « impressionnées » par des acteurs de grande envergure comme les structures hospitalières, et ne pas parvenir à trouver leur place dans les différents échanges. Cela dit, les projets communs tels que les actions de formation ou de prévention peuvent faciliter l'intégration de tous les acteurs dans le projet filière.

- **Une identité qui pose parfois question**

« Les objectifs des filières gérontologiques ne sont pas clairs et lisibles pour le groupe de travail, notamment pour les professionnels de terrain. Les missions et limites du champ d'action sont à définir ».

Compte-rendu de la réunion du Comité stratégique de la filière Loire-Forez - janvier 2016

« Les acteurs identifient mal ce qu'est la filière, les choses ne sont pas claires, les co-animateurs mal identifiés. Les acteurs craignent qu'il s'agisse d'un dispositif de plus. Ils se perçoivent distincts de cette filière. »

Extrait de l'enquête auprès des assistant(e)s de filière

En marge des projets et évènements communs, certaines filières s'interrogent sur leur identité commune. En plus de leur dimension de réseaux d'acteurs, certaines filières soulignent pouvoir jouer un rôle d'observatoire local également, mais ne sont pas toujours en capacité d'exploiter ou de transmettre toute la masse d'information dont elles peuvent disposer. Cet enjeu de trouver une identité commune renvoie également à la disponibilité des acteurs pour œuvrer pour la filière. Hormis les postes d'assistants de filière, le temps que passent les membres au sein de la filière est un temps qu'ils ne passent pas dans leurs structures respectives. Jusqu'à présent, les directeurs de structures n'ont jamais mis de frein à cette participation, et l'ont au contraire encouragée (certains directeurs de structures participent d'ailleurs directement aux instances des filières). Cependant, les professionnels ont parfois besoin d'expliciter davantage le principe même de la filière et ses objectifs. Elaborer des documents plus détaillés que les chartres permettrait de rassurer l'ensemble des membres dans l'utilité et la légitimité de leur participation au sein des filières.

Difficultés opérationnelles

- **Le retour d'information vers le terrain**

Les filières n'ont pas de statut juridique, donc pas de logo ni d'information propre (seule la filière Rhône-Centre a créé un logo), ce qui complique leur capacité à communiquer efficacement. Certaines filières travaillent sur des outils spécifiques, comme des sites internet avec intranet.

Drôme-Ardèche : expérimentation GEDOO (sharepoint) accessible à tous les professionnels qui en font la demande.

Loire-Forez : diffusion d'une lettre d'information (comprenant notamment des dossiers thématiques complets) aux 45 structures adhérentes à la filière, mais également à l'ensemble des médecins-libéraux présents sur le territoire et mise en place d'un site internet.

Rhône-Centre : élaboration de flyers pour les usagers, de plaquettes de présentation (livret à destination des professionnels de la gérontologie), d'une affiche « aide aux aidants », et parution une fois par an d'une Infolettre.

L'enjeu en matière d'information est notamment de pouvoir informer les personnels des établissements et services médico-sociaux sur ce qui est travaillé dans les instances de la filière, et pas seulement la Direction.

- **L'absence de statut juridique**

« L'absence de budget de fonctionnement est un problème. Actuellement c'est le CHG qui prend en charge les déplacements, le repas pris en commun lors des COPIL, les frais de communication et d'installation. »

« La filière n'a pas de statut, ce qui peut constituer un frein dans la mise en place de certains projets, la communication, la recherche de financement… »

« La plus grosse difficulté réside dans le fait que la filière n'a pas la personnalité morale. Il faut donc, à chaque appel à projet, trouver un établissement porteur »

Extrait de l'enquête auprès des assistant(e)s de filière

L'absence de statut juridique des filières questionne parfois l'attribution des financements. Aujourd'hui, les filières fonctionnent par une répartition des financements en fonction des besoins des établissements, mais le manque de cadre sur cette question pourrait un jour fragiliser la cohésion au sein des filières.

- **Le manque de connaissance mutuelle des acteurs**

La question de la limite des acteurs-membres d'une filière a été posée à plusieurs reprises pendant l'évaluation. Certaines filières ont opté pour un fonctionnement très ouvert, intégrant dans leur démarche tout acteur qu'elles jugent utiles (la filière Rhône-centre par exemple a rapidement convié les CCAS à ses rencontres, et juge d'ailleurs ce nouveau partenariat comme étant une ressource rare et très importante dans leur dynamique). D'autres filières, au contraire, n'osent pour l'instant pas trop ouvrir leurs portes à des acteurs qu'elles connaissent peu ou pas (la filière Loire-Forez dans ce sens souhaiterait à terme inviter les CCAS mais n'ose pas le faire pour l'instant, se questionnant sur la place d'un tel acteur dans leurs rencontres).

- **L'absence de moyens et / ou de pilotage pour investir certaines thématiques**

Des filières auraient souhaité pouvoir aller plus en profondeur sur certains chantiers, mais soit en raison du manque de temps, soit du fait d'un manque de moyens offerts par l'ARS sur ces questions-cibles, les filières n'ont pu investir ces champs.

Exemple : la question des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ou de troubles du comportement a été un souci majeur de la filière Loire-Forez. Un projet a été proposé à l'ARS pour travailler cette question-là, notamment par le biais de garde itinérante de nuit, mais n'a pas obtenu de réponse quant à sa faisabilité et validation. (Le schéma de santé mentale ne prend pas en compte la gériatrie).

- **La lecture des résultats de la filière sur le terrain (pour les professionnels et les usagers)**

Point indicateurs :

Quelques données régionales[1]

	2014	2015
Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète des plus de 75 ans par Zone Géographique de Domicile – Rhône-Alpes	8,1 jours	8 jours
Part des hospitalisations non programmées des plus de 75 ans – Rhône-Alpes	46%	47%
Taux d'hospitalisations non programmées des plus de 75 ans pour 1000 habitants – Rhône-Alpes	217	224
Taux de recours standardisés à la médecine-chirurgie des plus de 75 ans (en référence à la population régionale) – Rhône-Alpes	469,8	474,6
Taux de ré-hospitalisation à moins de 30 jours en médecine et chirurgie (hors ambulatoire, séances et transferts) – Rhône-Alpes	15,1%	15,4%

Certaines filières soulignent avoir des difficultés à mesurer l'impact de leurs actions sur leurs territoires.

L'enquête auprès des assistant(e)s de filière montre que 15 filières n'utilisent pas d'indicateurs quantitatifs ou qualitatifs pour suivre l'avancement de la réalisation du plan d'action. Seules deux filières semblent présenter des indicateurs d'impacts (nombre d'admission en court séjour gériatrique en provenance du service des urgences et nombre de passages aux urgences par an et par individu). Les autres filières ont mis en place des indicateurs de suivi, et non d'évaluation (nombre de réunions, nombre de participants …).

« On manque de retour sur les actions menées, on n'a pas d'accès aux statistiques et aux indicateurs pour évaluer les améliorations apportées par le travail des groupes. »

« On a des difficultés à évaluer l'efficience de la filière en l'absence d'indicateurs donnés par l'ARS »

Extrait de l'enquête

L'intérêt du travail collaboratif amené par la filière n'est pas remis en question, mais les membres des filières souhaiteraient développer une ingénierie d'évaluation pour avoir une lecture statistique des évolutions apportées par la coordination d'acteurs sur le parcours de l'usager. Si la finalité des filières repose sur l'amélioration du parcours de l'usager, les filières ne disposent pas toujours d'indicateurs leur permettant d'avoir une visibilité sur l'amélioration ou pas de ce parcours. A titre d'exemple, le nombre de passage aux Urgences n'est pas connu par les filières, alors que cette donnée pourrait représenter un indicateur important pour les filières.

« Pour les usagers, quelles sont les améliorations ? On ne sait pas ? Est-ce qu'il y a moins de passage aux urgences par exemple ? On ne sait pas. On n'a pas les moyens de nos ambitions pour cela. On n'a pas les moyens de mesurer le passage aux urgences … »

Extrait d'un entretien avec un membre d'une filière

« On sait combien de gens on a formé, quelles structures ont répondu à nos évènements, combien de professionnels y participent … Mais on ne sait rien en termes de résultats sur le parcours de la personne âgée. Il y a tellement de facteurs à prendre en compte : est-ce qu'on a évité le passage aux urgences ? Avec la MAIA on souhaite repérer l'impact de la filière sur le parcours de l'accompagné, il y aura des cas qui seront suivis ».

Extrait d'un entretien avec un membre d'une filière

Analyse de la performance des instances et modes de coordination partenariaux

Critères de qualité liés aux instances et modes de coordination partenariaux	**Eléments d'illustration de ce point issus de la question évaluative 3.2**
Effectivité de la prise de décision stratégique au sein des instances à visée stratégique	Le Comité stratégique départemental n'a pas toujours fonctionné comme une instance véritablement stratégique, au sens de lieu de prise de décision, mais a davantage fonctionné comme une instance d'information. Cela a toutefois permis de respecter la liberté d'action des membres des filières et de ne pas leur faire ressentir un cadrage trop contraignant.
Effectivité de la discussion technique au sein des instances à visée technique	Les Comités de filière mis en place ont fonctionné de manière hétérogène, mais ont globalement constitué des lieux d'échanges techniques productifs sur les outils et les groupes de travail à développer au sein de chaque filière.
Niveau de mobilisation des principaux acteurs parties prenantes de la santé en région Rhône-Alpes sur le PRS	Au sein de chaque filière, les acteurs les plus difficiles à mobiliser ont globalement été les professionnels libéraux. Dans certaines filières, les acteurs du médico-social ont plus difficilement que d'autres trouvé leur place. Les acteurs hospitaliers ont globalement été très présents sur l'ensemble des filières. Certains acteurs non directement considérés comme des acteurs de la santé stricto sensu (comme les urbanistes ou les élus locaux) pourraient utilement être inclus dans les travaux des filières à l'avenir.

Analyse de l'ancrage de la démocratie sanitaire

Critères de qualité liés à l'ancrage de la démocratie sanitaire	**Eléments d'illustration de ce point issus de la question évaluative 3.2**
Prise en compte des besoins des usagers dans l'élaboration du PRS	La stratégie d'élaboration du PRS a bien comporté des initiatives de recueil par l'ARS des besoins des usagers, via l'exploitation de données statistiques existantes « en routine », des rencontres avec des représentants d'usagers (CODERPA) et des acteurs connaissant bien les problématiques des usagers (acteurs du domicile ou de l'hôpital). Il n'y a toutefois pas eu beaucoup d'exemples d'actions qui ont été définies sur la base d'une expression des besoins et attentes des usagers exprimés directement par eux-mêmes. Une exception : l'étude menée par l'Association des Paralysés de France sur les difficultés d'accès aux soins dans le Rhône qui comporte un recueil multiforme de la parole des usagers, conduite en cours de mise en œuvre du PRS.
Mobilisation des usagers et/ou associations d'usagers comme parties prenantes des actions du PRS dans leur mise en œuvre	D'une manière générale, les usagers n'ont pas été intégrés directement dans les travaux des instances des filières. Le PRS 2012-2017 prévoyait la mise en place du COSTRAT et de sa co-animation par les Conseils départementaux et les DD ARS, ainsi que la systématisation des plans d'action, mais n'est pas allé jusqu'à comporter des préconisations en matière d'intégration du recueil des besoins des usagers par l'interrogation des usagers eux-mêmes ou leurs représentants sur la mise en œuvre des actions. Le PRS a été

	conçu autour d'actions majoritairement orientées vers des acteurs intermédiaires. Il n'a donc pas été conçu sur un modèle de recueil systématique direct de l'expression des besoins par les usagers, et cela s'est traduit dans sa mise en œuvre opérationnelle. Toutefois, des associations d'usagers ont pu faire entendre leur voix dans le cadre des Commissions de la CRSA.
Implication des représentants des usagers dans la mise en œuvre et le pilotage du PRS	Le COSTRAT a été composé, dans certains départements, en intégrant le Collectif Inter-associatif Santé Rhône-Alpes (CISSRA), et l'instance départementale consultative qu'est le CODERPA (Comité départemental des retraités et personnes âgées) qui comporte des représentants d'usagers. Certains CODERPA ont fonctionné de manière très régulière et productive en matière de représentation des intérêts des usagers, mais cela a dépendu de la volonté des acteurs locaux de leur accorder une place réelle, de la volonté individuelle et de la disponibilité des membres des CODERPA. Certains membres de CODERPA ont siégé au titre de représentant des usagers au Bureau de filières, dans la commission plénière de filières, et au niveau de comité technique inter filières (ex : Drôme et Ardèche), illustrant une véritable intégration des représentants des usagers perçue positivement.

Conclusions

1 / Bien que certaines filières gérontologiques fonctionnent depuis bien avant la mise en place du PRS actuel, ce dernier a clairement contribué à assoir leur légitimité et leur solidité. De par le cadre stratégique qu'il leur a proposé, les financements octroyés pour les postes d'assistants de filière, les outils de partage d'information (sharepoint) qu'il a inscrit au programme de travail de ses agents, il a été clairement facilitateur pour le développement ou le renforcement, selon les territoires, d'une dynamique de filière.

2 / A noter que cette notion de dynamique revêt des caractéristiques très différentes à ce jour selon les filières. Chacune des 30 filières rhônalpines a sa propre logique de fonctionnement, assumée, revendiquée, ce qui est parfois difficile pour l'ARS de se positionner en force de proposition pour des outils à leur attention. Ils sont parfois perçus comme descendants, et par principe difficiles à s'approprier pour les acteurs locaux considérant que ces derniers doivent être au centre de leur élaboration pour qu'ils soient véritablement adaptés à leurs besoins.

3 / Le PRS a mis en place le principe du Comité Stratégique Départemental. Si celui-ci fonctionne davantage comme une instance d'information que de prise de décision stratégique, comme son nom le laisserait supposer, la faculté de ce Comité à permettre, dans un premier temps, aux acteurs de se rencontrer et de se connaître, est un acquis lié à la coordination dont l'importance ne doit pas être sous-estimée dans un contexte où la qualité des relations interpersonnelles est déterminante.

4 / De manière plus directe, le PRS a permis de financer les postes d'assistants de filière, qui ont contribué à amplifier et consolider les actions des filières. La moitié des assistants souhaitent aujourd'hui bénéficier d'un accompagnement complémentaire sur les méthodes d'animation et de communication, signe de leur volonté de continuer à s'impliquer dans le poste. Le PRS a également permis de financer quelques Equipes Mobiles.

5 / Grâce à cette facilitation de déploiement, le PRS, via les filières soutenues, a contribué à la mise en œuvre d'actions visant à réduire les ruptures de continuité de parcours des personnes âgées. Ces actions ont souvent pris la forme du développement d'outils de liaison. Sur le plan de la qualité de la coordination entre les acteurs, le nombre de structures adhérentes impliquées dans les filières a globalement augmenté dans le temps, démultipliant ainsi les projets, les groupes de travail, les actions d'information, de prévention, les formations. Les partenariats, notamment avec les collectivités locales, via la participation aux ASV (ateliers santé ville), aux Contrats Locaux de Santé, se sont développés.

6 / D'un point de vue prospectif, on constate une grande cohérence entre le modèle de structuration des filières en Rhône-Alpes et les objectifs en matière de coordination et de parcours matérialisés par les plateformes territoriales d'appui, les communautés professionnelles territoriales de territoire, qui sont les fondements de la transcription territoriale de la nouvelle politique nationale de santé publique. Il s'agit en effet de s'engager pour analyser collectivement les besoins et organiser collectivement l'offre pour agir localement au plus près des besoins des usagers. Les filières sont également en adéquation avec les principes posés par la Loi ASV, qui repose notamment sur la reconnaissance et l'aide aux aidants (pratiquée par les filières), l'amélioration de l'information des personnes âgées et de leur famille (travaillée par les filières dans le cadre de leurs outils de liaison) et la consolidation des services à domicile, qui est au centre du maintien à domicile, objectif principal des filières.

7 / Malgré leur revendication d'identité, plusieurs filières sont aujourd'hui demandeuses d'avoir une lecture plus fine du PRS et un pilotage plus actif de l'ARS vis-à-vis des filières, afin de s'assurer d'aller dans le sens des objectifs régionaux, perçus comme aidants, en matière d'aide à la réflexion stratégique, plus que bloquants. L'objectif du PRS étant de parvenir à une structuration optimale de l'offre sur le territoire, cet objectif ne peut être atteint en l'absence de concertation stratégique et d'un minimum d'impulsion par les autorités de tutelle, tout en respectant l'identité et l'autonomie des filières. Il s'agit d'un équilibre encore délicat à trouver. Les filières sont également demandeuses auprès du niveau régional d'outils de suivi et d'évaluation de leurs travaux, notamment sous l'angle des résultats sur la qualité de l'accompagnement et l'amélioration des parcours, au-delà du simple indicateur quantitatif portant sur les hospitalisations non programmées.

8 / L'existence d'outils de liaison similaires développés séparément par les filières témoigne de l'existence d'efforts dispersés pour aboutir aux mêmes résultats, alors que des trames d'outils proposés par le niveau régional et présentés de manière souple et non intrusive auraient pu faire gagner un temps considérable d'élaboration. La position de principe de certains pilotes de filières, selon laquelle un outil descendant ne sera forcément pas approprié par les acteurs si ceux-ci n'en sont pas à l'origine, doit être questionnée, car cela freine considérablement l'efficience du travail des acteurs des filières.

Recommandations

NB : la fusion des régions ex-Rhône-Alpes et Auvergne rend difficile la rédaction de recommandations spécifiques aux filières, dans la mesure où l'objet « filière gérontologique » telle qu'existant en Rhône-Alpes n'existe pas en Auvergne. Il n'est donc pas certain que le fonctionnement en filière gérontologique soit étendu à l'ensemble du territoire de la nouvelle région. C'est pourquoi les recommandations ci-dessous concernent non pas les filières, mais le futur dispositif d'organisation du parcours des personnes âgées en Auvergne-Rhône-Alpes.

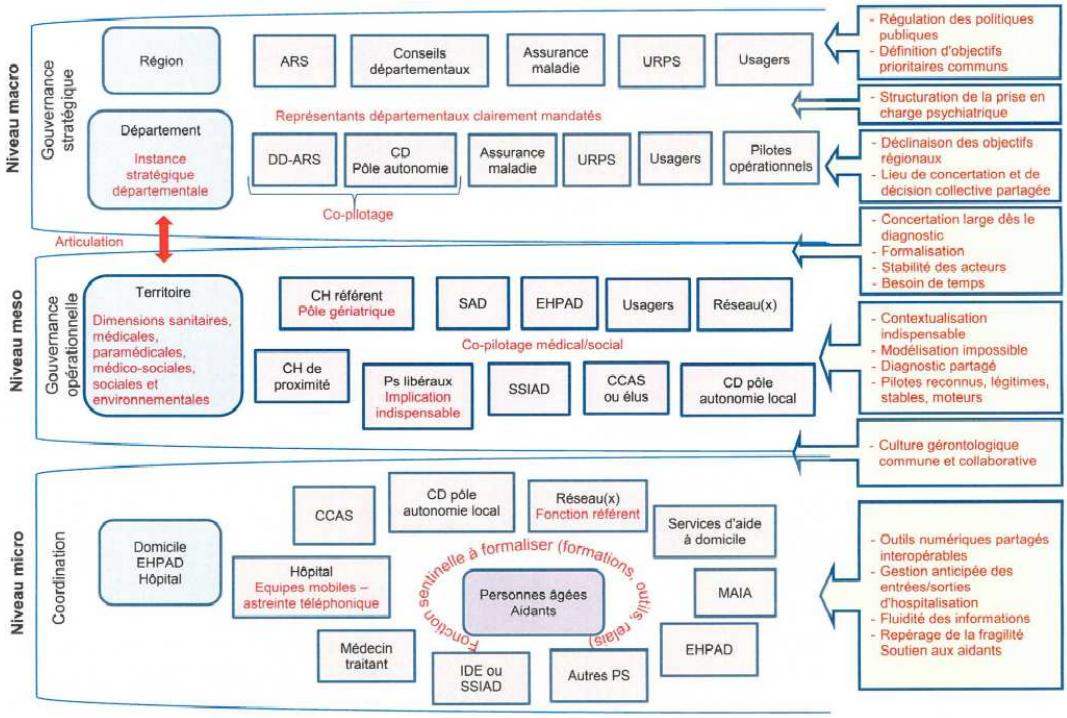
1. **Articuler la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et les filières**

La Conférence des financeurs est l'un des dispositifs phares de la loi ASV. Elle a pour objectif de coordonner dans chaque département les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune. Elle a pour mission de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires. Il semble donc important de :

- faire remonter les enseignements issus des travaux des filières à la Conférence,
- prévoir des auditions des filières pour qu'elles présentent leurs travaux, ou trouver une articulation entre le Comité stratégique départemental (COSTRAT) et la Conférence des financeurs.

2. **Poursuivre les travaux de réflexion autour d'un dispositif de coordination du parcours « personnes âgées » à l'échelle de la nouvelle région**

La figure ci-dessous, extraite du rapport de l'« analyse de 3 réponses territoriales pour faire face aux enjeux de la perte d'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus », établi par la DUEQ de l'ARS, propose une représentation schématique du parcours des personnes âgées en 3 niveaux. Cette analyse indique que « des conditions favorables à la coordination des acteurs, pour faire face à la perte d'autonomie des personnes âgées » existent et doivent être soutenues (fonctionsentinelle des intervenants du domicile, analyse de la pratique, formation, outils de répérage, etc.), et « qu'il est inopportun de s'engager dans une logique de modélisation, reproduisant de manière mécanique des dispositifs qui fonctionnent dans un contexte situé (histoire, acteurs, équipements..). Les prochains travaux de l'ARS pourraient s'attacher à voir comment ces conditions pourraient être soutenues dans le cadre du futur PRS, via une consultation des partenaires concernés sur la base des résultats de cette démarche d'analyse.



3. Articuler les filières avec les Plateformes territoriales d'appui (à la coordination des parcours de santé complexes)

La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) intervient à la demande d'un professionnel de santé, lorsqu'il se retrouve en difficulté face à une situation complexe, qui dépasse son champ d'intervention ou de compétences. L'équipe pluridisciplinaire de la PTA vient en appui pour proposer à l'usager et aux professionnels qui l'entourent, un parcours de prise en charge coordonné, qui repose sur les acteurs et les dispositifs du territoire. L'équipe pluridisciplinaire de la PTA Nord-Isère autour de Bourgoin-Jallieu a pris en charge les premières situations en juin 2016, celle de Lyon Est en septembre 2016. Un premier bilan pourra être établi après une année de fonctionnement. Les filières auraient vocation à intégrer la gouvernance rattachée aux PTA, sous réserve que les acteurs de la filière soient convaincus de l'intérêt de ce dispositif et trouvent un sens à s'y impliquer. Le principe de la PTA et les premiers éléments de bilan des expérimentations locales devront pouvoir être présentés aux acteurs des filières, mis en perspective avec leurs points forts et points à améliorer, afin que les acteurs des filières s'y reconnaissent et s'en saisissent.

4. Proposer aux filières des trames d'outils de liaison, restant adaptables aux spécificités locales :

- outils de recueil d'information auprès des membres (par exemple, sur le degré d'appropriation des outils par les professionnels)
- outils de communication (site internet)
- trame de plan d'action (via la prolongation des travaux actuels du sharepoint)

5. Fournir aux filières des outils d'évaluation de l'efficacité de leurs travaux

Les filières devraient être destinataires des réflexions en cours (ou d'une synthèse) sur :

- Les outils d'évaluation et de suivi de l'impact des filières (par exemple des outils permettant de comptabiliser et / ou de suivre le nombre de passages aux urgences des personnes âgées)
- l'évaluation médico-économique des parcours (travaux d'Etienne Minvielle notamment, Directeur de la Qualité à l'Institut Gustave Roussy, ou de Denis Piveteau sur le secteur du handicap),
- la place des hospitalisations non programmées dans l'analyse de la qualité des travaux des filières, sur la base de l'analyse des informations des bases de données permettant de comptabiliser et / ou de suivre le nombre de passages aux urgences des personnes âgées et le motif associé,
- les travaux expérimentaux soutenus par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté sur l'implication des acteurs du territoire de proximité du Grand Besançon dans une démarche "parcours" (travaux d'extraction et de combinaison de données des différentes bases existantes pour illustrer quantitativement la notion de "continuité du parcours" (PMSI, Urgences, Pathos, etc).

6. Surveiller les recompositions orchestrées par la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire et des communautés professionnelles territoriales de santé

Il s'agira de vérifier la cohérence entre les projets médico-soignants des GHT (sur le volet hospitalier) et les objectifs des filières de leur territoire d'une part ; et la manière dont les travaux des filières pourront utilement être pris en compte dans les travaux des acteurs libéraux constitutifs des CPTS, d'autre part.

7. Améliorer la proximité entre les Délégations départementales de l'ARS et les pilotes des filières

A ce jour, à part dans le cadre du Costrat, les occasions formelles de rencontre sont limitées. Or, les Délégations départementales sont le maillon territorial essentiel pour assurer la jonction entre les directives régionales et la réalité des travaux de terrain des filières.

4 Conclusions et recommandations transversales

4.1 Eléments de contexte pour l'élaboration du PRS ARA

4.1.1 Les nouveaux territoires de mise en œuvre de la santé publique

Les « territoires de santé », créés par la loi HPST, évoluent vers :

- des « territoires de démocratie sanitaire » d'une part *(les « territoires de concertation dans le schéma ci-dessous »)*, sur lesquels seront installés les Conseils territoriaux de santé[18],
- des territoires d'activités et d'équipements, arrêtés après avis du Préfet de région et de la Commission Spécialisée « Offre de Soin », d'autre part.

Implicitement, la Loi de Modernisation de notre Système de Santé de janvier 2016 crée un troisième type de territoires. Il s'agit de territoires dans lesquels les acteurs se fédèrent autour de projets communs et pour lesquels ils peuvent contractualiser avec l'ARS *(les « territoires projets/parcours » dans le schéma ci-dessous)*.

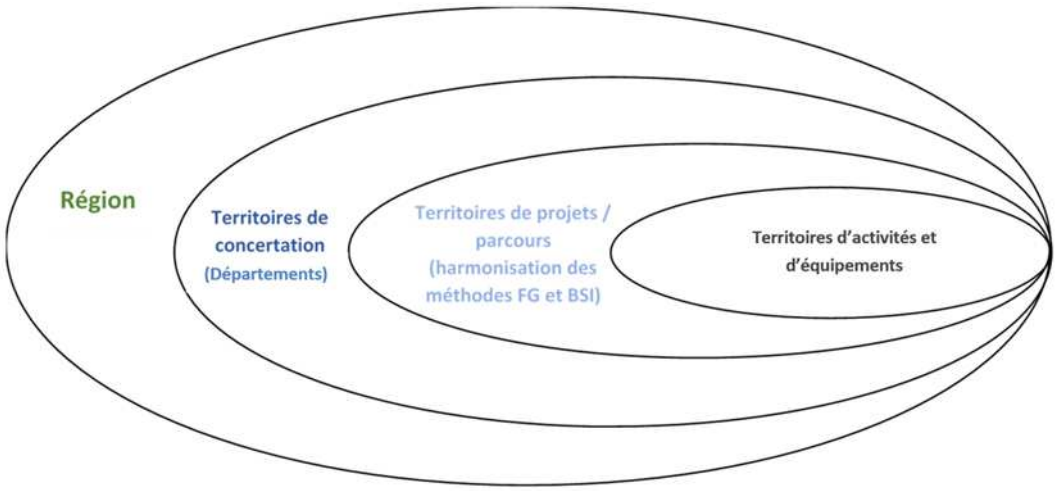


FIGURE 3 – ILLUSTRATION DE LA REFLEXION SUR LES FUTURS TYPES TERRITOIRES SUR LE PERIMETRE AUVERGNE-RHONE-ALPES

4.1.1.1 Territoires de démocratie sanitaire

Il s'agit d'espaces de consultation et de concertation devant permettre :

1°) la mise en cohérence des projets de l'ARS, des professionnels et des collectivités territoriales,

2°) la prise en compte de l'expression des élus, des professionnels de santé et des usagers.

[18] Excepté en Ardèche, dans la Drôme et dans le Rhône avec la constitution des territoires Drôme / Ardèche et Rhône / Métropole de Lyon

Le département a été retenu comme le niveau géographique adapté pour la mise en place de ces territoires de démocratie sanitaire, avec deux exceptions du fait de la constitution des territoires Drôme / Ardèche et Rhône / Métropole de Lyon.

Ils sont devenus, au 1er janvier 2017, les supports des **conseils territoriaux de santé** (au moins 34 membres et au plus 50, répartis en quatre collèges, et de 2 personnalités qualifiées). Le CTS :

- participe à l'élaboration du PRS, notamment au moment du diagnostic territorial,
- participe au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre du PRS,
- suit les projets de Plate-formes Territoriales d'Appui, ainsi que les contrats territoriaux et locaux de santé,
- donne un avis sur le diagnostic territorial et le projet de santé mental,
- expérimente la possibilité d'un point d'entrée unique pour les usagers, pour la médiation, les plaintes et les réclamations.

Avec ces CTS, on passe d'une Conférence qui « contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le PRS et les programmes nationaux de santé publique » et « peut faire toute proposition au DG ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du PRS » à un Conseil qui conserve ces prérogatives, et qui est chargé, en plus, de tisser un lien organique entre le PRS (la stratégie régionale), les projets des professionnels et établissements de santé (le niveau opérationnel), et les « habitants » et « usagers » du territoire.

Les CTS se voient confier dans ce cadre un double rôle, celui de garant de l'exercice de la démocratie en santé sur le territoire, et celui d'intégrateur des initiatives des professionnels et des politiques des pouvoirs publics.

4.1.1.2 Zones d'activités et d'équipements

Elles sont les zones pertinentes pour organiser et répartir les activités de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-socialIls doivent permettre la gradation des soins et la continuité des prises en charge sur le territoire concerné, ainsi que l'accessibilité géographique et financière pour la population desservie. Elles visent à assurer la qualité et la sécurité des prises en charge et plus généralement à garantir l'efficience de l'offre de soins.

4.1.1.3 Les territoires de projets

Les maillages de ces territoires sont à géométrie variable selon les projets menés et s'affranchissent des limites administratives. Il s'agit de territoires de coordination, d'organisation ou de réponses propres à une problématique particulière. Dans ce cadre, le rôle de l'ARS est de veiller à la cohérence, y compris territoriale, entre les différents projets menés et de garantir que ces dynamiques de projet ne vont pas creuser les inégalités de santé mais les réduire. La contractualisation avec les acteurs s'intègre dans ce cadre de principe.

Il s'agit par exemple de la coordination territoriale d'appui (CTA) telle que mise en œuvre dans le cadre de l'expérimentation de parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa), imaginée comme une porte d'entrée unique pour répondre aux demandes des professionnels et des personnes âgées.

Les pilotes des coordinations sur les 9 territoires concernés par la première vague de l'expérimentation PAERPA décrivent, pour ces dispositifs, trois principaux apports. D'après eux, les CTA permettent tout d'abord de décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et social. Ils constatent également l'amélioration de la lisibilité et la mise en cohérence des dispositifs ainsi que les changements dans les pratiques professionnelles. Sur ce dernier point, il apparaît que la mise en place des CTA a principalement conduit à la réalisation de deux missions : une porte d'entrée unique matérialisée par un numéro de téléphone dédié et l'articulation avec les professionnels de coordinations cliniques de proximité (CCP) par la gestion administrative des plans personnalisés de santé (PPS).

En Auvergne-Rhône-Alpes, le territoire roannais (20 650 personnes âgées de 75 ans et plus) a été sélectionné pour faire l'objet de l'élargissement de l'expérimentation initiale.

4.1.2 Les nouvelles formes de contractualisation locale

Les contrats territoriaux de santé sont conclus entre des professionnels organisés en **communautés professionnelles territoriales de santé** et l'ARS pour la réalisation d'un projet. L'ambition des communautés professionnelles territoriales de santé, qui réunissent les maisons de santé, les professionnels de santé de premier et second recours, les acteurs sociaux et médico-sociaux, est d'assurer une meilleure coordination de leur action respective, de structurer des parcours de santé et de réaliser les objectifs du projet régional de santé.

Les **contrats locaux de santé** sont de leur côté conclus entre des collectivités territoriales et l'ARS pour articuler les politiques ayant un impact sur la santé.

Les finalités de ces contrats sont donc différentes mais elles peuvent être complémentaires et synergiques. Les CTS sont dotés des moyens de favoriser ces complémentarités et ces rapprochements. Là encore, ils peuvent jouer un rôle pivot dans l'articulation des projets professionnels et des politiques publiques locales ayant un impact sur la santé des habitants.

4.1.3 Le Pacte Territoire Santé 2

A travers 10 nouveaux engagements, le Pacte territoire santé 2 a pour objectif d'amplifier les actions menées depuis 2012 et propose de nouvelles initiatives pour soutenir et accompagner les médecins au service des patients.

Le Pacte territoire santé avait proposé des mesures innovantes pour s'adapter aux besoins des médecins et des territoires :

- Une augmentation du nombre de médecins (hausse de 6.4%, de manière ciblée, du numerus clausus dans 10 régions manquant de médecins) ;
- Une augmentation du nombre de médecins libéraux enseignants (doublement du nombre de médecins généralistes « chefs de clinique » d'ici 2017) ;
- L'ouverture, dès aujourd'hui, d'un portail d'accompagnement des professionnels de santé (www.paps.sante.fr), pour les aider de leur installation à leur exercice quotidien, avec une déclinaison dans chaque région ;

- Un investissement de plus de 40 millions d'euros pour développer la télémédecine en ville, en particulier pour les patients chroniques et les soins urgents ;
- Un accompagnement financier spécifique des cabinets médicaux pour accueillir des patients sans rendez-vous, pour éviter le recours aux services d'urgence lorsque ce n'est pas nécessaire.

Le Pacte Territoire Santé 2, présenté en 2015, prévoit d'amplifier les actions qui ont fait le succès du Pacte territoire santé 1, notamment :

- le développement des stages en cabinets de ville : jusqu'alors réservés aux étudiants en médecine générale, les stages en ville seront ouverts aux étudiants d'autres spécialités comme l'ophtalmologie ou la pédiatrie ;
- le renforcement des aides à l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles (objectif de 1 000 généralistes ou autres spécialités installés d'ici 2017, grâce à des garanties de revenus ouvertes aux généralistes depuis 2012, mais désormais aux spécialistes également) ;
- le soutien financier apporté au travail en équipe (1000 maisons de santé en fonctionnement d'ici 2017) et la création ou rénovation de maisons ou centres de santé dans les quartiers prioritaires de la ville, grâce à un partenariat avec la Caisse des dépôts et consignations ;
- l'augmentation du nombre de médecins correspondants du SAMU (700 d'ici 2017) pour garantir l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes partout sur le territoire.

4.1.4 Les « nouveaux » modes de coopération

4.1.4.1 Les Groupements hospitaliers de territoires

La loi de modernisation de notre système de santé prévoit un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire, les « Groupements hospitaliers de territoires » (GHT). Leur objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un **projet médical**. Cette nouveauté permettra, en inscrivant les hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant aux besoins de la population.

Suite à la remise du rapport à la ministre, le 16 mars 2016, de Jacqueline Hubert, directrice générale du CHU de Grenoble, et Frédéric Martineau, président de la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement de centres hospitaliers, Marisol Touraine a installé un comité de suivi des GHT, chargé de mettre en œuvre la réforme.

La ministre a annoncé à cette occasion la mobilisation exceptionnelle de 10 millions d'euros de crédits supplémentaires en 2016 pour accompagner la mise en place des GHT, ainsi qu'un plan de formation à destination des hospitaliers.

4.1.4.2 La coopération entre professionnels dans le cadre des parcours

Les parcours sont l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie. Cet objectif est imposé essentiellement par la progression des maladies chroniques. Il nécessite une évolution de notre système de santé historiquement centré sur le soin vers une prise en charge plus complète des individus.

Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social.

La notion de parcours oriente aujourd'hui la manière dont sont conçues et mises en œuvre les politiques de santé publique, pour les maladies chroniques mais aussi pour les personnes âgées, les personnes porteuses de handicaps, les personnes porteuses de problématiques de santé mentale … Elle fait l'objet de réflexions et d'accompagnements méthodologiques par l'ANAP.

4.1.5 Innovation numérique au service des parcours de santé

L'ARS Rhône-Alpes a été sélectionnée en septembre 2014 pour l'appel à projets national « Territoire de Soins Numérique » (TSN) avec son programme PASCALINE. Déployé d'ici 2017 sur un territoire situé entre l'Est de Lyon et Bourgoin-Jallieu (Isère), le programme PASCALINE vise à développer progressivement un ensemble de services innovants en santé pour améliorer le parcours des usagers et faciliter les échanges entre les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social. De nouveaux outils numériques permettront à chacun d'avoir un accès simple à l'information qui le concerne, dans des conditions de sécurité et de confidentialité optimales.

4.2 Recommandations transversales

4.2.1 Sur l'élaboration et la mise en œuvre du PRS

Recommandation 1 – Définir collectivement la notion de « parcours »	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	• La SNS et la LMSS ont placé le parcours au cœur des futurs PRS, mais de nombreuses définitions de ce terme existent au sein des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui seront en charge de donner une réalité à cette notion. Une définition partagée de ce qu'est un parcours est donc essentielle au moment de l'élaboration du PRS.

Pistes de mise en œuvre	• Dans la lignée de la présentation aux équipes de l'ARS des résultats des évaluations des PRS Rhône-Alpes et Auvergne sur la question des parcours, une séance de travail spécifique autour de la manière dont cette notion devra être déployée dans le cadre du futur PRS devrait être organisée, avec un focus particulier sur les enseignements du PRS Auvergne en la matière sous les aspects de :
	  • territorialisation,
	  • animation.

<u>Recommandation 2</u> - Accompagner les Conseils Territoriaux de Santé et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé dans les travaux d'élaboration des diagnostics territoriaux et du futur PRS	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	• Les CTS vont avoir un véritable rôle à jouer en matière d'orientation de la gouvernance du futur PRS, de mise en cohérence des projets. Ils auront également un rôle de suivi et d'évaluation. Ses membres doivent disposer des compétences et postures adéquates pour assurer ces rôles. • Le CTS peut adresser au Directeur de l'ARS « des propositions pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire, notamment sur l'organisation des parcours de santé » (cf. Décret).

Pistes de mise en œuvre	• Former les membres des CTS sur la logique de structuration du futur PRS, la méthodologie d'élaboration d'un diagnostic territorial, le suivi-évaluation appliqué à un PRS.
	• Utiliser l'expérience des acteurs de l'ex-région Auvergne sur les Contrats locaux de santé pour organiser un transfert de compétences
	• Accompagner les membres des CTS vers la compréhension et l'appropriation des formes de penser la santé publique que constituent les parcours, sur la base notamment :
	  • des travaux de l'ANAP pour les personnes âgées et la santé mentale,
	  • d'un bilan de l'intervention des Référents Parcours de Santé (RPS) dans le cadre de l'expérimentation Pascaline, qui ont accompagné une cinquantaine de personnes dans leur parcours de santé, dans leurs démarches auprès des différents interlocuteurs (professionnels, associations, etc.).

<u>Recommandation 3</u> - Accompagner les collectivités locales dans l'appropriation des enjeux de santé publique	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	La représentation des collectivités au sein des Conseils Territoriaux de Santé est limitée à deux représentants des intercommunalités et deux représentants des communes. En parallèle, les Contrats Locaux de Santé vont perdurer, et demandent de la part de l'ensemble des collectivités locales (élus comme techniciens) de connaître a minima, voire de maîtriser, des notions comme les parcours, les cas complexes, la coordination. Aussi, les collectivités locales, en-dehors de la stricte notion de « représentation » au sein des CTS, doivent avoir davantage conscience et une meilleure compréhension de leur rôle en matière de santé, de coordination, de parcours. Il s'agira donc ici d'amener les représentants des collectivités à acquérir un socle commun de connaissances en la matière.
Pistes de mise en œuvre	• L'ARS devra assurer un rôle de vulgarisation et de formation sur ces notions en s'appuyant sur les différents réseaux constitués (Assemblée des Communautés de France, réseau des Villes-santé de l'OMS …)

<u>Recommandation 4</u> - Capitaliser les travaux des Conférences de territoire pour faciliter le passage de témoin aux Conseils Territoriaux de Santé et maintenir les dynamiques déjà créées	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	• Certaines Conférences de territoire ont produit des travaux sur les 5 ans du PRS, qui ont permis à une dynamique d'acteurs de voir le jour. Ces travaux n'ont pas fait l'objet d'une consolidation et il existe de ce fait le risque que ces travaux et cette dynamique soient insuffisamment valorisés et utilisés au moment où les futurs CTS se mettront en place.
Pistes de mise en œuvre	• Consolider signifie faire remonter au niveau des Délégations départementales les comptes-rendus des réunions, consulter les Président(e)s des Conférences de territoire les plus actives, en tirer des enseignements sur les avancées et les difficultés, et traduire ces éléments en recommandations pour la mise en place des Conseils Territoriaux de Santé.

<u>Recommandation 5</u> – Réfléchir et clarifier la place du PRS dans le projet d'établissement de l'ARS et plus largement pour l'intervention de tous les acteurs en santé publique en région	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	L'ambition initiale de l'actuel PRS était d'être un document-cadre pour l'ensemble des acteurs en charge de la santé publique en Rhône-Alpes, comme le prévoyait la Loi HPST ; et non le document de mise en œuvre de la politique de l'ARS. Au final, il a été globalement perçu par les partenaires comme un objet de l'ARS plutôt que comme un projet régional animé par l'ARS, la Loi HPST n'ayant pas fixé suffisamment cette orientation. Des difficultés ont été ressenties par les partenaires extérieurs pour inscrire parfois leur action dans celle promue par le PRS.
Pistes de mise en œuvre	Le PRS définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences. Cela implique de : • Réfléchir au fonctionnement et à la structuration des services de la nouvelle ARS Auvergne- Rhône-Alpes autour des orientations stratégiques du PRS • Répartir le suivi, le pilotage et l'animation entre les partenaires en fonction des compétences et moyens dont ils disposent • Assurer une communication claire et impliquante auprès des partenaires de l'ARS sur les missions de suivi, de pilotage et d'animation qui sont les leurs, tout en leur fournissant des outils de suivi et d'animation partagés.

4.2.2 Sur l'animation du futur PRS

Recommandation 6 - Identifier les « ressources » d'animation internes à l'ARS dédiées (formation des agents, axe prioritaire fiche de poste…)	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	Les tâches relatives à la mise en œuvre du PRS ont parfois pâti d'un manque de temps en raison de la difficulté pour les personnels qui en avaient la charge de les intégrer à leur planning, par manque de reconnaissance de leur intérêt stratégique par ces personnels eux-mêmes ou leur encadrement. Cela a nui à l'efficacité de l'intervention.
Pistes de mise en œuvre	• Intégrer un module de formation au PRS pour les nouveaux agents • Inscrire les tâches liées à la mise en œuvre du PRS dans les fiches de poste

Recommandation 7 - Intégrer la question de la capacité de l'ARS et ses partenaires à pérenniser les actions conduites, quitte à en limiter le champ	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	Les moyens humains mobilisables au sein de l'ARS en termes d'animation pour faire vivre les diverses dynamiques impulsées dans le cadre des nombreux groupes de travail qu'a généré le PRS ont été trop limités pour que tous les plans d'action prévus ne voient le jour. Cela a induit de la frustration et de la déception. Cela doit conduire l'ARS et ses partenaires à être vigilants sur l'ampleur du futur PRS et à dimensionner le PRS au regard des moyens qui seront disponibles pour son animation.
Pistes de mise en œuvre	• Dès leur création, intégrer dans tous les dispositifs et initiatives la question de la périnisation (financement, animation, implication des acteurs…). • Intégrer, de manière systématique, la pérénisation comme un critère de sélection dans les différents appels à projet afin d'anticiper la fin des financements.

4.2.3 Sur le suivi – évaluation du futur PRS

Recommandation 8 - Définir un dispositif de suivi – évaluation plus robuste dès la rédaction du PRS	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	• L'évaluation intermédiaire et surtout celle finale se sont heurtées à la difficulté de rendre compte des résultats obtenus dans le cadre de la mise en œuvre du PRS, par manque d'un dispositif de suivi-évaluation orienté sur les résultats. • Le secrétariat général du Ministère des affaires sociales et de la santé impulse la mise en œuvre d'un système d'information et de pilotage des PRS, qui sera opérationnel au 1/1/2018 • L'ANAP poursuit son activité de réflexion sur la notion de « parcours » et notamment sur la définition d'indicateurs spécifiques (lancement récent d'un marché d'étude sur le sujet)

Pistes de mise en œuvre	• Construire des trames de suivi des plans d'action nationaux comportant des éléments détaillés sur les réalisations et des éléments préfigurateurs de résultats, qui encadreront le déploiement du PRS • Au-delà du système de jalons de suivi, qui a globalement montré son intérêt, il sera nécessaire de définir des indicateurs de résultat, en nombre limité, dès la rédaction du PRS, en lien avec les principaux résultats attendus, dont la formulation devra être soignée pour vérifier leur caractère réaliste, faisable, opérationnel et évaluable. • Suivre l'évolution des travaux de l'ANAP sur les indicateurs en 2017 • Utiliser les productions ministérielles en matière de dispositifs de suivi à partir de 2018 mais réfléchir dès larédaction du PRS en 2017 au dispositif de suivi et d'évaluation à mettre en place

Recommandation 9 - Intégrer davantage les usagers dans le dispositif de suivi-évaluation du PRS	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	• Les usagers n'ont pas pu occuper une véritable place dans le dispositif de suivi et d'évaluation des actions du PRS.
Pistes de mise en œuvre	• S'assurer que les exercices de suivi et d'évaluation prennent davantage en compte l'avis des usagers et représentants des usagers (entretiens, questionnaires sur les besoins / la satisfaction, rencontres, voire parfois la participation au pilotage des démarches de suivi-évaluation…)

4.2.4 Sur la place des usagers dans l'élaboration et la mise en œuvre du futur PRS

Recommandation 10 - Susciter le réflexe de consulter les usagers	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	Le fait d'intégrer la parole des usagers ou de leurs représentants dans le design des actions du PRS n'a pas été un réflexe très répandu. Il est nécessaire de créer un état d'esprit « réflexe » sur la consultation des usagers, pour éviter que l'usager ne soit consulté que très ponctuellement.
Pistes de mise en œuvre	• Travailler avec la CRSA sur l'identification des lieux et temps clés où l'intervention directe d'usagers a du sens • Consulter les représentants des usagers sur des travaux plutôt qu'envisager une association systématique à l'élaboration des travaux (ex. évolution des compétences dans les établissements sociaux et médico-sociaux - ESMS) • Mobiliser des informations présentes dans les lieux de discussion sur les besoins des usagers peu utilisées à ce jour (ex. CVS des ESMS, CDAPH) • Proposer des modalités d'association des représentants d'usagers aux réunions des Conférences de financeurs

Recommandation 11 - Accompagner méthodologiquement l'expression et la prise en compte de la parole des usagers	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	Il est nécessaire de veiller à la présence et la prise en compte des représentants des usagers dans les instances et groupes de travail qui seront définis localement dans le cadre du futur PRS, dans sa définition et dans sa mise en œuvre.
Pistes de mise en œuvre	• Définir et partager ce que recouvrent « usagers » et « représentants d'usagers » dans les différents champs d'intervention de l'Agence (sanitaire / médico-social notamment) • Anticiper et clarifier les niveaux d'association des usagers dans la conception, la mise en œuvre, le pilotage et l'évaluation des actions : o Information o Consultation o Concertation o Co-construction o Codécision • Capitaliser et valoriser les « bonnes pratiques » en matière d'implication des usagers dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions • Accompagner la mise en place de la formation spécifique organisant l'expression des usagers dans le cadre des Conseils Territoriaux de Santé • Utiliser davantage la ressource que constitue le CISSRA. • Porter une attention particulière à la représentation des usagers particulièrement fragiles et/ou plus difficilement mobilisables (personnes en grande précarité, personnes porteuses de troubles psychiques, personnes souffrant de handicap mental notamment), notamment par l'implication des structures travaillant en lien direct avec ces publics.

Recommandation 12 - Prévoir une mobilisation des usagers et de leurs représentants à géométrie variable	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	D'un axe à un autre, d'une priorité à une autre, d'une action à l'autre, il n'est pas opportun de mobiliser la parole des usagers ou de leurs représentants de la même manière. Cette mobilisation doit se faire à géométrie variable, en fonction des thèmes, des contextes mais aussi des moyens en temps disponibles. Ce n'est qu'en échangeant avec la CRSA que l'ARS pourra déterminer la meilleure manière d'intégrer cette parole des usagers à la prise de décision.
Pistes de mise en œuvre	• Travailler avec la CRSA sur l'identification des lieux et temps clés où l'intervention directe d'usagers a du sens • Consulter les représentants des usagers sur des travaux plutôt qu'envisager une association systématique à l'élaboration des travaux (ex. évolution des compétences dans les établissements sociaux et médico-sociaux) • Mobiliser des informations présentes dans les lieux de discussion sur les besoins des usagers peu utilisées à ce jour (ex. CVS des établissements sociaux et médico-sociaux, CDAPH)

4.2.5 Recommandations transversales liées aux parcours

4.2.5.1 Compréhension et construction des parcours

Recommandation 13 – Définir collectivement la notion de « parcours »	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	La SNS et la LMSS ont placé le parcours au cœur des futurs PRS, mais de nombreuses définitions de ce terme existent parmi les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui seront en charge de donner une réalité à cette notion. Le partage et l'appropriation collective de la définition de ce qu'est un parcours, fournie par la LMSS, sera donc essentielle au moment de l'élaboration du prochain PRS.

Pistes de mise en œuvre	• Dans la lignée de la présentation aux équipes de l'ARS des résultats des évaluations des PRS Rhône-Alpes et Auvergne sur la question des parcours, une séance de travail spécifique autour de la manière dont cette notion devra être déployée dans le cadre du futur PRS devrait être organisée, avec un focus particulier sur les enseignements du PRS Auvergne en la matière sous les aspects de :
	  ◦ territorialisation
	  ◦ animation
	• Au-delà, il sera nécessaire d'intégrer en continu cette réflexion, au niveau du Siège comme des territoires, au moment du lancement des travaux portant spécifiquement sur des questions de parcours, mais aussi dans le cadre de toute réflexion sur l'amélioration de la coordination des prises en charge. Cela permettra que la réflexion en parcours devienne un réflexe, sans forcément que le terme en soit prononcé. Cela repose sur les outils suivants :
	  ◦ Un document cadre par exemple, qui expose l'esprit et la lettre de cette appropriation collective du parcours,
	  ◦ Un dispositif d'animation organisé de manière à ce que les agents de l'ARS et partenaires en situation de réflexion et de prise de décision utilisent les éléments constitutifs du parcours dans leurs travaux. Cette animation désigne par exemple : la mention régulière des parcours dans les réunions de service et séminaires internes, l'inscription des parcours dans les fiches de poste, l'inscription des parcours dans les trames de fiches-action ou de documents formalisant les résultats des réflexions et travaux, etc.
	• Veiller à ne pas présenter le parcours comme une couche de coordination supplémentaire pour les agents et cadres de l'ARS, comme pour les coordinateurs de territoires et des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des parcours (collectivités, professionnels de santé).

Recommandation 14 - Travailler sur un Observatoire des parcours	
Motifs de la recommandation	Les parcours de santé sont hétérogènes d'une pathologie à l'autre, d'une population à l'autre, en termes de ruptures de continuité, de nécessités d'animation, de freins liés à la démographie médicale et paramédicale … Il y a une forte nécessité à décrire et comprendre l'enchaînement des différentes étapes qui constituent les parcours.
Pistes de mise en œuvre	• Soutenir des démarches projet de type recherche-action couplées à des travaux d'évaluation et de recherche universitaire (sur l'exemple de l'expérimentation menée sur le Grand Besançon consistant à décrire le flux de patients en utilisant les bases de données disponibles, suivre une file active sur plusieurs années et la modéliser à partir d'une pathologie traceuse) afin de repérer les facteurs de rupture) • Travailler sur la méthode d'observation des parcours avec l'ANAP

Recommandation 15 - Proposer des outils de compréhension et d'observation des parcours aux territoires pour faciliter leurs travaux	
Motifs de la recommandation	Il est nécessaire d'apporter un soutien méthodologique aux initiatives locales d'observation et de modélisation des parcours, mais sans nécessairement imposer une méthode régionale trop cadrée.
Pistes de mise en œuvre	• Travailler ces outils de modélisation des parcours en Conseils Territoriaux de Santé • Accompagner les CTS à l'appropriation de la notion de parcours (enjeux, acteurs, méthode d'analyse des ruptures de parcours)

Recommandation 16 - Articuler parcours et Plateformes territoriales d'appui pour les cas complexes	
Motifs de la recommandation	Les PTA doivent apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction ni d'âge ni de pathologie, via notamment l'appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions en établissement et des sorties. En cela, la plateforme apporte une aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient.
Pistes de mise en œuvre	• Les réflexions sur la modélisation, puis la mise en place concrète des parcours, au sens de cheminement du patient avec « le bon professionnel au bon moment », doivent aller de pair et ne pas être déconnectées des décisions concernant la mise en place des PTA. Les instances de mise en place des PTA au niveau le plus territorial pourraient être labellisées comme les instances de mise en œuvre des parcours, associant les acteurs professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ainsi que des usagers ou représentants d'usagers.

Recommandation 17 - Mieux intégrer la prévention et l'ETP dans tous les parcours	
Motifs de la recommandation	Ces deux dimensions sont souvent peu abordées dans les réflexions sur les parcours, encore souvent centrés sur la prise en charge sanitaire de premier recours et l'hospitalisation. Or, ces deux dimensions sont essentielles dans la réussite d'un parcours complet.
Pistes de mise en œuvre	• Intégrer la prévention et l'ETP dans les modélisations et outils qui seront proposés par le niveau régional • Sensibiliser les agents des DT à l'importance de promouvoir ces dimensions dans les instances lcoales de travail auxquelles ils participeront.

Recommandation 18 - Travailler avec les libéraux, notamment les médecins traitants, leur place dans les parcours	
Motifs de la recommandation	Les médecins traitants ont une place centrale dans les parcours de santé, et les médecins spécialistes doivent être mobilisés pour certains parcours dans le cadre du recours à une expertise ponctuelle. Tout comme les autres intervenants libétaux, leur compréhension de leur place dans les parcours et de comment travailler avec les autres intervenants n'est pas toujours optimale.
Pistes de mise en œuvre	• Mobiliser les URPS médecins et paramédicaux dans les réflexions sur les parcours • Fournir aux médecins les outils de liaison concrets et opérationnels sur lesquels se fondent les parcours

Recommandation 19 - Poursuivre le développement du financement des Equipes mobiles et de la télémédecine	
Motifs de la recommandation	Ces deux outils apparaissent particulièrement pertinents pour soutenir la démarche de parcours et il semble nécessaire de pérenniser leur financement.
Pistes de mise en œuvre	• Poursuivre le déploiement de ces deux outils

Recommandation 20 - Développer la démarche du « patient traceur »	
Motifs de la recommandation	Aujourd'hui se développe la notion de « patient traceur », qui consiste à suivre un patient donné au cours de ses différentes étapes de prise en charge et d'accompagnement. La méthode du patient-traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Elle permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches. Cette méthode est utilisée par plusieurs ARS dans le cadre d'expérimentations visant à mieux connaître les étapes d'un parcours et les ruptures de continuité associées.

Pistes de mise en œuvre	• Analyser l'opportunité de développer une démarche de ce type en Auvergne-Rhône-Alpes sur la base des outils méthodologiques disponibles auprès de la HAS • Se rapprocher de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté qui développe actuellement une expérimentation autour des parcours de santé sur le Grand Besançon utilisant entre autres cet outil

4.2.5.2 Animation des parcours

Recommandation 21 - Construire un dispositif d'animation des parcours proche du terrain	
Motifs de la recommandation	Les parcours de santé fonctionnent et sont appropriés par les acteurs s'ils sont perçus comme construits au plus près des réalités locales, et pas dans le cadre d'une approche descendante depuis le niveau régional. Par ailleurs, des parcours sur des pathologies différentes peuvent partager les mêmes freins, les mêmes acteurs… Ils ne doivent donc pas fonctionner de manière cloisonnée les uns par rapport aux autres.
Pistes de mise en œuvre	• Ne pas nécessairement positionner les agents de l'ARS comme animateurs locaux des parcours, la « neutralité institutionnelle » d'un animateur peut être un gage de liberté de parole des acteurs locaux des parcours • Pérenniser les ressources humaines d'animation des parcours, en incitant par exemple les collectivités territoriales à cofinancer des postes • Placer les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé comme supports de la future territorialisation des parcours

Recommandation 22 – Sensibiliser les élus locaux à leur rôle dans la traduction territoriale des parcours et les accompagner dans cette traduction	
Motifs de la recommandation	Les élus locaux ne perçoivent pas toujours leur rôle et leur marge de manœuvre dans la réussite des parcours au niveau local, et peuvent avoir tendance à considérer la question de la santé locale via le seul prisme de l'offre de soin et médico-sociale, sans aborder les questions d'animation et de coordination, pourtant essentielles à leur échelle.

Pistes de mise en œuvre	• Fournir les éléments de définition et d'appropriation de la notion de parcours aux Communautés professionnelles territoriales de santé qui se mettront en place, via :
	  • la fourniture des supports documentaires associés,
	  • l'animation de temps d'échanges au cours desquels des personnels de l'ARS viendrait présenter ces éléments et échanger avec les acteurs locaux
	• Fournir les éléments de définition et d'appropriation de la notion de parcours aux Groupements hospitaliers de territoire en cours de constitution, sous la même forme qu'indiqué précédemment
	• Fournir les éléments de définition et d'appropriation de la notion de parcours aux associations d'élus locaux existant au niveau métropolitain, départemental … en assurant une présentation de ces items au cours d'un temps d'échanges spécifique

<u>Recommandation 23</u> - Accompagner les Conseils Territoriaux de Santé et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé dans les travaux territoriaux autour des parcours	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	• Les CTS vont avoir un véritable rôle à jouer en matière d'orientation de la gouvernance du futur PRS, de mise en cohérence des projets • Le CTS peut adresser au Directeur de l'ARS « des propositions pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire, notamment sur l'organisation des parcours de santé » (cf. Décret). • Il est primordial, en amont de toute démarche de parcours, d'identifier les acteurs du territoire afin de repérer leurs intérêts à agir et ainsi les mobiliser tout au long de la démarche. Ces acteurs sont à la fois les partenaires institutionnels, les structures et les professionnels qui souhaitent repenser leurs pratiques en amont du projet, ou qui sont prêts à envisager de changer leur façon de faire au fil de la mise en œuvre du projet. À défaut, le pilote du projet risque d'oublier certains acteurs clés ou de ne pas repérer l'ensemble des intérêts à agir des acteurs, et les conséquences seraient problématiques pour les suites du projet.

Pistes de mise en œuvre	• Former les membres des CTS sur la logique de structuration du futur PRS, la méthodologie d'élaboration d'un diagnostic territorial, le suivi-évaluation appliqué à un PRS.
	• Accompagner les membres des CTS et des CPTS vers la compréhension et l'appropriation des parcours, comme forme d'intervention de l'action publique en santé, sur la base notamment :
	  • des travaux de l'ANAP notamment pour les personnes âgées et la santé mentale
	  • d'un bilan de l'intervention des Référents Parcours de Santé (RPS) dans le cadre de l'expérimentation Pascaline, qui ont accompagné une cinquantaine de personnes dans leur parcours de santé, dans leurs démarches auprès des différents interlocuteurs (professionnels, associations, etc.).
	• Accompagner les acteurs des CPTS et CTS à la connaissance des contrats de ruralité et de LEADER. Les contrats de ruralité constituent une opportunité car ils comportent un axe sur la santé et le premier recours en lien avec les problématiques d'aménagement du territoire. Pour obtenir des fonds, il sera nécessaire de faire un diagnostic et de s'appuyer sur des actions qui seront dans les CLS. Par ailleurs, certains programmes LEADER permettent également de financer des initiatives locales en milieu rural autour de l'accessibilité au système de soin.

<u>Recommandation 24</u> - Assurer une veille régionale en continu sur les recompositions territoriales	
Motifs de la recommandation	Un certain nombre de dispositions liées à la LMSS impliquent des compositions ou recompositions territoriales, comme par exemple la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire.
Pistes de mise en œuvre	• L'ARS, via ses Délégations territoriales, doit assurer une veille sur les implications concrètes liées à la manière dont les acteurs locaux vont recomposer leurs liens et leurs interventions.

4.2.5.3 Gouvernance des parcours

<u>Recommandation 25</u> - Mettre en parallèle la logique des parcours avec la logique d'organisation de l'Agence	
Motifs de la recommandation	Il est nécessaire de mettre le travail de chacun à l'ARS dans la dynamique parcours, en s'assurant que l'organisation interne de l'ARS (Siège et DT) permette à la démarche « parcours » de constituer le cadre de réflexion et d'action de chaque agent.
Pistes de mise en œuvre	• Ne pas cloisonner le travail en réservant la réflexion sur les parcours à la DSPAR mais la faire fonctionner plutôt comme une Direction « ressource » transversale. • Réaffirmer le positionnement de la DSPAR comme une Direction-ressource, transversale, à vocation de coordination et déploiement de l'organisation en parcours de santé. « Réaffirmer » signifie qu'au-delà des termes du projet de service, il est nécessaire de s'assurer que l'ensemble des autres Directions de l'ARS et au-delà, que l'ensemble des partenaires de l'ARS, aient compris l'esprit transversal, d'animation, dans lequel intervient la DSPAR et soient convaincus de l'intérêt de partager le parcours comme référentiel de réflexion et d'intervention. Compte tenu du caractère essentiel de la transmission répétée et continue de messages invitant chacun à « penser en parcours », l'importance du temps effectif à consacrer par les personnels de la DSPAR à ces tâches d'animation et de communication active doit être pleinement considérée et soutenue par la Direction de l'ARS, car il s'agit de temps qui n'est pas nécessairement directement valorisable ou associable à des productions concrètes, mais indispensable. • Désigner un référent « parcours » dans les Délégations départementales de l'ARS, pas nécessairement à plein temps sur ce sujet, qui ait plutôt un rôle de coordination des animateurs territoriaux et un rôle de coordination inter-parcours (car certains acteurs sur un territoire donné ont vocation à avoir une place dans plusieurs parcours).

4.3 Rappel de recommandations de l'évaluation intermédiaire

Cette sous-partie reprend les recommandations issues de l'évaluation intermédiaire du PRS Rhône-Alpes pouvant être utiles dans l'élaboration du futur PRS Auvergne-Rhône-Alpes.

Orienter la stratégie de communication sur l'avancement du PRS vers une démarche de travail collectif et un levier pour l'animation des partenariats	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	• *Des temps de restitution par l'ARS des avancées du PRS qui ont conduit à mettre en avant les actions performantes, et n'ont pas permis d'expliciter suffisamment les difficultés rencontrées en lien avec certains partenaires externes, induisant certaines incompréhensions sur les raisons des difficultés d'avancement de certaines actions et une accentuation de la perception du PRS comme « objet » de l'ARS et non outil « cadre » de la politique régionale de santé* • *Une implication hétérogène des partenaires dans le suivi des actions du PRS (remontée d'information, association au renseignement de l'outil de suivi du PRS…)*
Pistes de mise en œuvre	• Revoir la stratégie de communication sur les avancées du PRS, notamment en CRSA, en organisant la présentation comme une séance de remobilisation des partenaires si, et lorsque cela est nécessaire (présentation des difficultés notamment) • Mettre en place d'un outil en accès libre de présentation des orientations stratégiques, de leur déclinaison territoriale et de leur avancement (sur le modèle du site du PRSE 2). A noter que le nouveau site Internet http://www.prs-rhonealpes.fr va dans ce sens. • Envisager la mise en place d'un outil collaboratif de suivi du PRS pouvant être renseigné par les différents partenaires impliqués dans la mise en œuvre du PRS • Ouvrir plus largement le Sharepoint et son animation, voire le faire évoluer vers un extranet plus ergonomique

Obtenir le niveau nécessaire d'implication des partenaires de l'ARS (Conseils départementaux, Inspecteurs de l'Education Nationale, …)	
Motifs de la recommandation *(rappel des principaux constats)*	• *Un PRS actuel perçu par certains partenaires comme un « objet de l'ARS » plutôt que comme un projet régional animé par l'ARS auquel ils sont amenés à contribuer* • *Une perception du PRS par certains partenaires de l'ARS parfois liée à une attente de moyens financiers, là où le PRS donnait un rôle d'animateur et de coordinateur de politiques publiques à l'Agence, et non de financeur* • *Un document repéré et utilisé par certains partenaires et porteurs de projet pour dialoguer avec l'ARS, voire l'interpeller.* • *Une mobilisation autour du PRS des partenaires plus aisée dans la mesure où leurs priorités rejoignaient celles du PRS, avec quelques belles réussites mais aussi des exemples de partenaires qui ne se sont pas impliqués autant que le PRS l'aurait nécessité.*

Pistes de mise en œuvre	• Impliquer les partenaires le plus en amont possible sur l'apport d'informations sur les actions déjà existantes, l'analyse partagée des besoins, et la définition des orientations prioritaires du PRS • Amplifier/démultiplier/accroître le pilotage et/ou le copilotage de certaines orientations du PRS par les partenaires de l'ARS • Réaliser une cartographie des comités et groupes de travail existants afin de : o Préciser le rôle des instances et leurs mandats o Identifier des éventuelles redondances ou doublons o Clarifier le rôle des partenaires sur certaines actions • Mettre en place des instances « resserrées » stratégiques sur les orientations mobilisant/impliquant fortement certains partenaires, en particulier sur les Priorités sur lesquelles des engagements financiers sont prévus

5 Annexes

5.1 Liste des personnes interrogées

Prénom NOM	Structure	Fonction
Serge FAYOLLE	ARS	Chargé du suivi des filières gérontologiques
Dr Axelle DELZENNE	ARS	Référente PATHOS
Patrick BOISRIVEAUD	HCL	Co-animateur filière Rhône-centre
Aurélie LOISEAU	HCL	Assistante filière Rhône Centre
Bernard BRICHON	ACPPA	Co-animateur Filière Rhône Centre
Marie-Laure de FRESLON	Lyon Métropole	Pilote MAIA
Christian BISSARDON	Pôle de gériatrie CH du Forez	Directeur adjoint - Co-animateur filière Loire Forez
Aurélie PONCHON	CH du Forez	Assistante de filière Loire Forez
Isabelle RICARD	Hôpitaux Drôme Nord	Assistante des animateurs de la filière gérontologique Drôme Nord
Amélie DARU	CH Montélimar	Assistante de filière montilienne
Marc-André DUCROUX	Conseil départemental 07	Directeur de l'autonomie
Nadège BAILLE	CH Montélimar	Directrice du CH
Mme LOUIS-BURLAT	CH Montélimar	Directrice des soins – co-animatrice de la filière
Christine MARTIN	ARS	Direction de l'autonomie - Chargée de mission Ressources Humaines
Philippe GUETAT	ARS	Directeur DD Ain
Catherine PALLIES-MARECHAL	ARS	Directrice DD Drôme Ardèche
Aymeric BOGEY	ARS	Directeur DD Isère
Laurent LEGENDART	ARS	Directeur DD Loire
Jean-Marc TOURANCHEAU	ARS	Directeur DD Rhône
Loic MOLLET	ARS	Directeur DD Savoie/Hte Savoie
Fabienne CHAMBE	ARS	Chargée de mission
Jean-Louis COTART	ARS	Chirurgien-dentiste conseil
Sandrine ROUSSOT-CARVAL	ARS	Chargée de mission Prévention et Promotion de la santé
Aurélie ROUX-RAQUIN	ARS	Chargée de mission Prévention et Promotion de la santé
Laurence VERDIER	RSBDH	Assistante de Coordination Territoire Ouest
Isabelle DAMIS	ABC Diététique	Coordinatrice
Caroline LAURENDON	SOHDEV	Directrice de l'association
Jocelyne CHEVALLIER	Office de Lutte contre le Cancer (ODCL) Isère	Responsable de communication sein, côlon, col de l'utérus
Angélique GRANGE	ARS	Responsable du service offre de soins de premier recours
Jérome LACASSAGNE	ARS	DD42

Frédérique CHAVAGNEUX	ARS	
Françoise MARQUIS	ARS	Médecin inspecteur de santé publique
Bernardin PIOT	Institut Saint Vincent de Paul (IME)	Directeur
Alain POURRAT	Pôle Pédopsychiatrie (CH le Vinatier)	Chef de service
Régis CAYOL	Pierre-de-lune (IME)	Directeur
Sylvie YNESTA	ARS	Conseiller "psychiatrie et santé mentale- santé des détenus"
Catherine MASSOUDRE	CHU Saint-Etienne	Chef du Pôle psychiatrie
Yann BOULON	REHACOOR 42	Coordinateur du Centre référent
Julien DUBREUCQ	C3R 38	Psychiatre - Praticien Hospitalier
Julien GOBBO	C3R 38	Coordinateur du GCSMS RéHPsy (Réseau Handicap Psychique)
Nicolas FRANCK	CH le Vinatier	Coordinateur du Centre ressource
Christophe JULIEN	ARS	Chef de service adjoint "prevention promotion de la santé"
Gwenaelle BLANC	IREPS	Chargée de projet
Corinne FEUTRIER	UTEP	Responsable
Elise VALLIET	IREPS	Chargée de projet
Agnès VIDAL	Collectif Sud	Responsable
Bruno FABRE	ARS	Responsable du Pôle Santé Environnement
Marielle SCHMITT	ARS	Ingénieur sanitaire
Aurélie HERAIL	Ville de Saint-Etienne	CMEI
Nassima HAMAMI	Hôpital de la Croix-rousse	CMEI
Marie-Andrée DELHOMME	Collectif Sud	CMEI
Gilles DEVOUASSOUX	Hôpital de la Croix-rousse	Chef du service pneumologie
Valles Vidal	Collectif Sud	Directrice
Corinne REOCREUX	Ville de Saint-Etienne	SCHS
Claire THOMAS	Ville de Saint-Etienne	SCHS
Cindy HOAREAU	Collectif Sud	Médecin coordonnateur
Dr DZVIGA	/	Médecin prescripteur CMEI
Dr CHAPPARD	/	Médecin prescripteur CMEI
Dr RUESCH	/	Médecin prescripteur CMEI
Dr DEPAGNE	/	Médecin prescripteur CMEI
Dr LUNGOCCI	/	Médecin prescripteur CMEI
Julie SERVIEN REY	ARS	DD Drôme, Service Environnement et santé – Habitat et Ambroisie
Hervé BERTRAND	ARS	DD Ain, Technicien du génie sanitaire – Service Santé-Environnement
Amélie TERRIER	IREPS	Chargée de projet
Tristan BERGLEZ	ARS	DD Isère, Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale, responsable offre de soins hospitaliers,

		mission inspection évaluation contrôle, mission relations avec les usagers
Geraldine JANODY	ARS	Médecin Inspecteur de Santé Publique, Médecin conseiller technique, Direction de l'Offre de soins
Marielle PERICARD	ARS	Inspectrice de l'action sanitaire et sociale
Alain COLMANT	ARS	DD Loire, référent régional pédiatrie
Chantal MANNONI	ARS	Médecin de santé publiques
Anne-Maëlle CANTINAT	ARS	Direction Territoriale de l'Isère. Pôle Autonomie, Responsable handicap
Anne MONGE	Réseau ANAIS	Coordinatrice
Catherine DURAND	RP2S	Coordinatrice
René-Charles RUDIGOZ	Réseau AURORE	Coordinateur
Sandra COTTEREAU	Réseau Naître et Devenir	Coordinatrice
Serge FAYOLLE	ARS	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
Marie-Hélène LECENNE	ARS	Directrice de l'autonomie
Betty ROQUEL	ARS	Médecin en Santé Publique
Anne PACAUT	ARS	Chef de service contractualisation et coopération
Patrick BOISRIVEAUD		Animateur filière Rhône Centre
Aurélie LOISEAU		Assistante filière Rhône Centre
Patrick BRICHON	ACPPA	Directeur
Christian BISSARDON		Co-animateur filière Loire Forez
Véronique PONCHON		Assitante filière Loire Forez
Daniel VARONA		Membre filière Loire Forez
Geneviève SABY	MAIA	Pilote MAIA Loire Forez
Lydie NEMAUSAT	FRAPNA	Chargée de mission environnement

5.2 Liste des territoires ciblés par les appels à candidatures

Appel à candidatures	Listes territoires ciblés
Formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées	**Filières gérontologiques :** - Annecy-Rumilly - Ardèche Nord - Sud Ardèche - Pays de l'Ain - Nord-Isère - Savoie – Belley - Alpes-Léman - Grenoble - Bassin Sud Isère - Lyon Nord - Rhône Centre - Vallée de l'Ondaine – Nord - Drôme Nord - Chablais - Pays du Mont Blanc - Forez - Montilienne - Pays du Haut Bugey - Vallée du Gier - Rhône Sud - Pays Roannais - Bassin de Saint Etienne - Saint-Julien - Pays de Gex et Bellegarde - Bassin de Valence - Région de Vienne - Rhône Nord - Pays Voironnais - Ardèche Méridionnale - Tarentaise
Prévention des chutes alimentation activité physique pour les personnes âgées à domicile	**Zones fragilisées en terme de chutes des personnes âgées et sur le plan socio-économique, calculées sur :** **Ain :** Bourg En Bresse, Nantua, Chatillon Sur Chalaronne, St Trivier De Courtes, Izernore, Dortan **Ardèche :** Vernoux En Vivarais, St Felicien, La Voulte Sur Rhone **Drôme :** Valence, Romans Sur Isere, Die, St Jean En Royans, St Vallier, Chateauneuf De Galaure, Crest, Bourg Les Valence, Hauterives **Isère :**

	Grenoble, Echirolles, Vizille, La Mure, Fontaine, Les Avenieres, Clelles **Loire :** St Etienne, Roanne, Belmont De La Loire, St Denis De Cabanne, Violay, St Just En Chevalet **Rhône :** Lyon 01, Lyon 02, Lyon 03, Lyon 04, Lyon 05, Lyon 07, Lyon 08, Villeurbanne, St Fons, Villefranche Sur Saone, Cours La Ville, Amplepuis, Oullins, Lamure Sur Azergues **Savoie :** Chambery, Les Echelles, Le Chatelard **Haute-Savoie :** Valleiry
Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes	**Quartiers politique de la ville :** **Ain :** - Bourg-en-Bresse : Grande Reyssouze Terre Des Fleurs / Croix Blanche - Saint-Genis-Pouilly : Jacques Prévert - Ferney-Voltaire : Levant – Tattes - Ambérieu-en-Bugey : Les Courbes De L'Albarine - Oyonnax : La Plaine - La Forge - Bellignat : Pré Des Saules - Belley : Brillat – Savarin - Montluel : Maladière **Ardèche :** - Aubenas : Quartiers D'Avenir D'Aubenas - Le Teil : Coeur De Ville / Le Teil Sud Avenir - Annonay : Les Hauts De Ville - Privas : Nouvel Horizon **Drôme :** - Romans-sur-Isère : Centre Ancien / Quartier Est - Montélimar : Quartiers Ouest / Nocaze / Centre Ancien - Romans-sur-Isère : Quartier Est - Valence : Polygone / Les Hauts De Valence / Valensoles / Chamberlière - Pierrelatte : Le Roc - Loriol-sur-Drôme : Coeur De Loriol - Saint-Rambert-d'Albon : Clairval

	Isère : - Échirolles : La Luire - Viscose / Essarts – Surieux / Village Sud - Bourgoin-Jallieu : Champaret / Champfleuri - Fontaine : Alpes Mail Cachin - Grenoble : Mistral Lys Rouge Camine / Villeneuve - Village Olympique / Teisseire Abbaye Jouhaux Châtelet/ Alma - Très Cloîtres - Chenoise - Le Pont-de-Claix : Iles De Mars Olympiades - Saint-Martin-d'Hères : Renaudie - Champberton - La Plaine - Voiron : Brunetière - L'Isle-d'Abeau : Saint Hubert - Villefontaine : Saint Bonnet / Les Roches - Saint-Marcellin : La Plaine - Le Péage-de-Roussillon : Vieux Péages - Les Ayencins / Roussillon Route De Sablons - Chavanoz : Belmont Moulin Villette - Chasse-sur-Rhône : Barbières - Pont-Évêque : Plan Des Aures - Vienne : Estressin / Vallée De Gère/Les Genêts Cancane Charlemagne / Malissol **Loire :** - Montbrison :Beauregard - Andrézieux-Bouthéon : La Chapelle - Le Chambon-Feugerolles : La Romière - Le Chambon-Feugerolles, La Ricamarie : Montrambert Méline - La Grand-Croix, Saint-Paul-en-Jarez : Le Dorlay - Les Pins - La Bachasse - La Ricamarie : Montcel - Centre-Ville - Rive-de-Gier : Grand Pont / Centre-Ville - Saint-Chamond : Centre-Ville / St Julien - Crêt De L'Oeillet - Saint-Étienne : Cotonne Montferré /Tarentaize Beaubrun / Montreynaud / Crêt De Roc - Soleil / Quartiers Sud-Est/Saint-Étienne Terrenoire - Roanne : Bourgogne / Le Parc/Mayollet **Rhône :** - Tarare : Périmètre Nord - Villeurbanne : Monod - Neuville-sur-Saône : La Source - Givors : Centre - Brignais : Les Pérouses

	- Villefranche-sur-Saône : Le Garet/Béligny/Gleizé, Limas Belleroche - Belleville : Aiguerande - Bron : Parilly - Bron, Vaulx-en-Velin : Terraillon – Chenier - Givors : Les Vernes - Oullins : La Mulatière La Saulaie - Pierre-Bénite : Hautes Roches - Venissieux, Saint-Fons : Minguettes – Clochettes - Saint-Fons : Arsenal - Carnot-Parmentier - Saint-Genis-Laval : Les Collonges - Vaulx-en-Velin : Grande Île / Vaulx-en-Velin Sud - Vénissieux : Duclos – Barel - Villeurbanne : Les Buers Sud / Bel Air - Les Brosses / Saint-Jean /Les Buers Nord/Tonkin - Décines-Charpieu : Prainet - Meyzieu : Le Mathiolan/ Les Plantées - Rillieux-la-Pape : Ville Nouvelle - Saint-Priest : Bellevue / Garibaldi / Bel Air - Lyon 3ème : Moncey - Lyon 5ème : Sœurs Janin - Lyon 7ème : Cités Sociales Gerland - Lyon 8ème : Moulin A Vent /Etats-Unis - Langlet Santy / Mermoz - Lyon 9ème : Duchère / Loucheur –Gorge de Loup/ Le Vergoin - Givors : Les Plaines - Grigny : Vallon **Savoie :** - Chambéry : Biollay – Bellevue / Les Hauts De Chambéry - Aix-les-Bains : Marlioz - Albertville : Val De Roses - Contamine **Haute-Savoie :** - Annemasse : Le Perrier - Château Rouge – Livron - Gaillard : Le Chalet - Helvetia Park - Cluses : Les Ewües - Thonon-les-Bains : Collonges Sainte-Hélène - Saint-Julien-en-Genevois : Saint Georges - Route De Thairy Bonneville : Bois Jolivet - Les Iles - Bellerive

	Zones situées à 30 minutes et plus d'un cabinet de radiologie : **Ain :** Anglefort, Arbigny, Benonces, Bolozon, Brenaz, Briord, Chavannes-Sur-Reyssouze, Corbonod, Courtes, Foissiat, Lescheroux, Lhuis, Lochieu, Mantenay-Montlin, Pouillat, Saint-Etienne-Sur-Reyssouze, Saint-Jean-Sur-Reyssouze, Saint-Trivier-De-Courtes, Seillonnaz, Sermoyer, Servignat, Songieu, Vescours, Villebois, Virieu-Le-Petit **Ardèche :** Aborne, Arcens, Arlebosc, Les Assions, Astet, Banne, Barnas, Le Beage, Beaulieu, Beaumont, Beauvene, Berrias-Et-Casteljau, Bessas, Boree, Bozas, Burzet, Cellier-Du-Luc, Chalencon, Le Chambon, Chambonas, Chandolas, Chateauneuf-De-Vernoux, Coucouron, Cros-De-Georand, Dompnac, Dornas, Empurany, Faugeres, Gluiras, Gravieres, Grospierres, Issanlas, Issarles, Labastide-Sur-Besorgues, Labastide-De-Virac, Laboule, Le Lac-D'issarles, Lachamp-Raphael, Lachapelle-Graillouse, Lafarre, Lalouvesc, Lanarce, Laval-D'aurelle, Laveyrune, Lavillatte, Laviolle, Lesperon, Loubaresse, Malarce-Sur-La-Thines, Malbosc, Marcols-Les-Eaux, Mariac, Mayres, Mazan-L'abbaye, Mezilhac, Montpezat-Sous-Bauzon, Montselgues, Pailhares, Payzac, Pereyres, Le Plagnal, Planzolles, Ribes, La Rochette, Le Roux, Sablieres, Sagnes-Et-Goudoulet, Saint-Alban-En-Montagne, Saint-Andeol-De-Fourchades, Saint-Andre-De-Cruzieres, Saint-Andre-Lachamp, Saint-Apollinaire-De-Rias, Saint-Barthelemy-Le-Meil, Saint-Christol, Saint-Cirgues-En-Montagne, Saint-Clement, Saint-Etienne-De-Lugdares, Sainte-Eulalie, Saint-Felicien, Saint-Genest-De-Beauzon, Saint-Genest-Lachamp, Saint-Laurent-Les-Bains, Sainte-Marguerite-Lafigere, Saint-Martial, Saint-Maurice-D'ibie, Saint-Maurice-En-Chalencon, Saint-Melany, Saint-Paul-Le-Jeune, Saint-Pierre-Saint-Jean, Saint-Pierre-Sur-Doux, Saint-Pierreville, Saint-Sauveur-De-Cruzieres, Saint-Sauveur-De-Montagut, Salavas, Les Salelles, Sampzon, Silhac, La Souche, Usclades-Et-Rieutord, Vagnas, Valgorge, Vallon-Pont-D'arc, Valvigneres, Les Vans, Vaudevant, Vernoux-En-Vivarais **Drôme :** Aix-En-Diois, Arnayon, Arpavon, Aucelon, Aulan, Ballons, Barnave, Barret-De-Lioure, Barsac, La Batie-Des-Fonds, Beaumont-En-Diois, Beaurieres, Bellecombe-Tarendol, Bellegarde-En-Diois, Besignan, Bezaudun-Sur-Bine, Boulc, Bouvante, Bouvieres, Brette, Buis-Les-Baronnies, Le Chaffal, Chalancon, Chamaloc, La Chapelle-En-Vercors, La Charce, Charens, Chatillon-En-Diois, Chaudebonne, La Chaudiere, Chauvac, Comps, Cornillac, Cornillon-Sur-L'oule, Crupies, Die, Establet, Eygalayes, Eyzahut, Ferrassieres, Val-Maravel, Glandage, Gumiane, Izon-La-Bruisse, Joncheres, Laborel, Lachau, Laval-D'aix, Lemps, Leoncel, Lesches-En-Diois, Luc-En-Diois, Lus-La-Croix-Haute, Marignac-En-Diois, Menglon, Mevouillon, Miscon, Molieres-Glandaz, Montauban-Sur-L'ouveze, Montaulieu, Montbrun-Les-Bains, Montferrand-La-Fare, Montfroc, Montguers, Montlaur-En-Diois, Montmaur-En-Diois, Montreal-Les-Sources, La Motte-Chalancon, Ombleze, Orcinas, Pelonne, Pennes-Le-Sec, Plaisians, Plan-De-Baix, Le Poet-En-Percip, Le

	Poet-Sigillat, Pommerol, Ponet-Et-Saint-Auban, Poyols, Pradelle, Les Pres, Recoubeau-Jansac, Reilhanette, Remuzat, Rimon-Et-Savel, Rioms, Rochebrune, Rochefourchat, La Roche-Sur-Le-Buis, La Rochette-Du-Buis, Romeyer, Rottier, Roussieux, Sahune, Saint-Agnan-En-Vercors, Saint-Andeol, Saint-Auban-Sur-L'ouveze, Saint-Dizier-En-Diois, Sainte-Euphemie-Sur-Ouveze, Saint-Ferreol-Trente-Pas, Sainte-Jalle, Saint-Julien-En-Quint, Saint-Julien-En-Vercors, Saint-Martin-En-Vercors, Saint-May, Saint-Nazaire-Le-Desert, Saint-Roman, Saint-Sauveur-Gouvernet, Sederon, Teyssieres, Les Tonils, Treschenu-Creyers,Vacheres-En-Quint, Valdrome, Valouse, Vassieux-En-Vercors, Verclause, Vercoiran, Vers-Sur-Meouge, Vesc, Villebois-Les-Pins, Villefranche-Le-Château, Villeperdrix, Volvent, **Isère :** Allemond, Ambel, Auris, Autrans, Beaufin, Besse, La Chapelle-Du-Bard, Chateau-Bernard, Chichilianne, Clavans-En-Haut-Oisans, Clelles, Cordeac, Cornillon-En-Trieves, Corps, Correncon-En-Vercors, Les Cotes-De-Corps, La Ferriere, Le Freney-D'oisans, La Garde, Gresse-En-Vercors, Huez, Lalley, Lavaldens, Lavars, Marcieu, Mayres-Savel, Meaudre, Mens, Mizoen, Monestier-D'ambel, Le Monestier-Du-Percy, Mont-De-Lans, Oulles, Oz, Pellafol, Percy, Pinsot, Prebois, Prunieres, Rencurel, Revel, Rovon, Saint-Andeol, Saint-Arey, Saint-Baudille-Et-Pipet, Saint-Christophe-En-Oisans, Saint-Christophe-Sur-Guiers, Saint-Guillaume, Saint-Jean-D'herans, Saint-Martin-De-Clelles, Saint-Maurice-En-Trieves, Saint-Pierre-D'entremont, Saint-Sebastien, La Salette-Fallavaux, Treffort, Treminis, Vaujany, Venosc, Villard-De-Lans, Villard-Notre-Dame, Villard-Reculas, Chamrousse **Loire :** Ailleux, Apinac, Arcon, Le Bessat, Cezay, Chalmazel, La Chamba, La Chambonie, La Chapelle-En-Lafaye, Cherier, La Cote-En-Couzan, Cremeaux, Doizieux, Estivareilles, Jeansagniere, Jure, Lure, Merle-Leignec, Montarcher, Les Noes, Noiretable, Palogneux, Saint-Bonnet-Le-Château, Saint-Bonnet-Le-Courreau, Saint-Didier-Sur-Rochefort, Saint-Georges-En-Couzan, Saint-Jean-La-Vetre, Saint-Just-En-Bas, Saint-Just-En-Chevalet, Saint-Laurent-Rochefort, Saint-Marcel-D'urfe, Saint-Martin-La-Sauvete, Saint-Priest-La-Prugne, Saint-Priest-La-Vetre, Saint-Rirand, Saint-Romain-D'urfe, Saint-Thurin, Sauvain, La Tuiliere, Urbise, Usson-En-Forez, La Valla-Sur-Rochefort, Chausseterre. **Rhône :** Claveisolles, Ouroux, Saint-Jacques-Des-Arrets, Saint-Mamert, Trades **Savoie :** Aillon-Le-Vieux, Les Allues, Argentine, Arith, Arvillard, Aussois, Avrieux, Bellentre, Bessans, Bonneval, Bonneval-Sur-Arc, Bonvillard, Bonvillaret, Bozel, Bramans, Champagny-En-Vanoise, La Chapelle, Le Chatelard, La Compote, La Cote-D'aime, Doucy-En-Bauges, Ecole, Epierre, Feissons-Sur-Isere, Fontcouverte-La_Toussuire, Fourneaux, Freney, Granier, Jarsy, Landry, Lanslebourg-Mont-Cenis, Lanslevillard, Macot-La-Plagne, Montagny, Montgilbert, Montricher-Albanne, Montsapey,

	Montvalezan, La Motte-En-Bauges, Orelle, Peisey-Nancroix, La Perriere, Planay, Le Pontet, Pralognan-La-Vanoise, Randens, Saint-Alban-Des-Hurtieres, Saint-Andre, Saint-Bon-Tarentaise, Saint-Etienne-De-Cuines, Sainte-Foy-Tarentaise, Saint-Francois-Longchamp, Saint-Julien-Mont-Denis, Saint-Leger, Sainte-Marie-De-Cuines, Saint-Michel-De-Maurienne, Saint-Paul-Sur-Isere, Saint-Pierre-D'entremont, Saint-Remy-De-Maurienne, Saint-Sorlin-D'arves, Seez, Sollieres-Sardieres, Termignon, Tignes, Tours-En-Savoie, Val-D'isere, Valloire, Valmeinier, Villarodin-Bourget, Villaroger **Haute-Savoie :** Abondance, Bellevaux, Bernex, Le Biot, Bonnevaux, La Chapelle-D'abondance, La Chapelle-Saint-Maurice, Chatel, La Clusaz, Les Contamines-Montjoie, Essert-Romand, Le Grand-Bornand, Manigod, Megevette, Meillerie, Montriond, Morzine, Novel, Passy, Saint-Gervais-Les-Bains, Saint-Gingolph, Saint-Jean-D'aulps, Samoens, Servoz, Seytroux, Sixt-Fer-A-Cheval, Thollon-Les-Memises, Vacheresse, Verchaix
Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville	**Quartiers politique de la ville :** **Ain :** - Bourg-en-Bresse : Grande Reyssouze Terre Des Fleurs / Croix Blanche - Saint-Genis-Pouilly : Jacques Prévert - Ferney-Voltaire : Levant – Tattes - Ambérieu-en-Bugey : Les Courbes De L'Albarine - Oyonnax : La Plaine - La Forge - Bellignat : Pré Des Saules - Belley : Brillat – Savarin - Montluel : Maladière **Ardèche :** - Aubenas : Quartiers D'Avenir D'Aubenas - Le Teil : Coeur De Ville / Le Teil Sud Avenir - Annonay : Les Hauts De Ville - Privas : Nouvel Horizon **Drôme :** - Romans-sur-Isère : Centre Ancien / Quartier Est - Montélimar : Quartiers Ouest / Nocaze / Centre Ancien - Romans-sur-Isère : Quartier Est - Valence : Polygone / Les Hauts De Valence / Valensoles / Chamberlière - Pierrelatte : Le Roc - Loriol-sur-Drôme : Coeur De Loriol - Saint-Rambert-d'Albon : Clairval

	Isère : - Échirolles : La Luire - Viscose / Essarts – Surieux / Village Sud - Bourgoin-Jallieu : Champaret / Champfleuri - Fontaine : Alpes Mail Cachin - Grenoble : Mistral Lys Rouge Camine / Villeneuve - Village Olympique / Teisseire Abbaye Jouhaux Châtelet/ Alma - Très Cloîtres - Chenoise - Le Pont-de-Claix : Iles De Mars Olympiades - Saint-Martin-d'Hères : Renaudie - Champberton - La Plaine - Voiron : Brunetière - L'Isle-d'Abeau : Saint Hubert - Villefontaine : Saint Bonnet / Les Roches - Saint-Marcellin : La Plaine - Le Péage-de-Roussillon : Vieux Péages - Les Ayencins / Roussillon Route De Sablons - Chavanoz : Belmont Moulin Villette - Chasse-sur-Rhône : Barbières - Pont-Évêque : Plan Des Aures - Vienne : Estressin / Vallée De Gère/Les Genêts Cancane Charlemagne / Malissol **Loire :** - Montbrison :Beauregard - Andrézieux-Bouthéon : La Chapelle - Le Chambon-Feugerolles : La Romière - Le Chambon-Feugerolles, La Ricamarie : Montrambert Méline - La Grand-Croix, Saint-Paul-en-Jarez : Le Dorlay - Les Pins - La Bachasse - La Ricamarie : Montcel - Centre-Ville - Rive-de-Gier : Grand Pont / Centre-Ville - Saint-Chamond : Centre-Ville / St Julien - Crêt De L'Oeillet - Saint-Étienne : Cotonne Montferré /Tarentaize Beaubrun / Montreynaud / Crêt De Roc - Soleil / Quartiers Sud-Est/Saint-Étienne Terrenoire - Roanne : Bourgogne / Le Parc/Mayollet **Rhône :** - Tarare : Périmètre Nord - Villeurbanne : Monod - Neuville-sur-Saône : La Source - Givors : Centre - Brignais : Les Pérouses

	- Villefranche-sur-Saône : Le Garet/Béligny/Gleizé, Limas Belleroche - Belleville : Aiguerande - Bron : Parilly - Bron, Vaulx-en-Velin : Terraillon – Chenier - Givors : Les Vernes - Oullins : La Mulatière La Saulaie - Pierre-Bénite : Hautes Roches - Venissieux, Saint-Fons : Minguettes – Clochettes - Saint-Fons :Arsenal - Carnot-Parmentier - Saint-Genis-Laval : Les Collonges - Vaulx-en-Velin : Grande Île / Vaulx-en-Velin Sud - Vénissieux : Duclos – Barel - Villeurbanne : Les Buers Sud / Bel Air - Les Brosses / Saint-Jean /Les Buers Nord/Tonkin - Décines-Charpieu : Prainet - Meyzieu : Le Mathiolan/ Les Plantées - Rillieux-la-Pape : Ville Nouvelle - Saint-Priest : Bellevue / Garibaldi / Bel Air - Lyon 3ème : Moncey - Lyon 5ème : Sœurs Janin - Lyon 7ème : Cités Sociales Gerland - Lyon 8ème : Moulin A Vent /Etats-Unis - Langlet Santy / Mermoz - Lyon 9ème : Duchère / Loucheur –Gorge de Loup/ Le Vergoin - Givors : Les Plaines - Grigny : Vallon **Savoie :** - Chambéry : Biollay – Bellevue / Les Hauts De Chambéry - Aix-les-Bains : Marlioz - Albertville : Val De Roses - Contamine **Haute-Savoie :** - Annemasse : Le Perrier - Château Rouge – Livron - Gaillard : Le Chalet - Helvetia Park - Cluses : Les Ewües - Thonon-les-Bains : Collonges Sainte-Hélène - Saint-Julien-en-Genevois : Saint Georges - Route De Thairy - Bonneville : Bois Jolivet - Les Iles - Bellerive

P.A.C.A.P en Rhône Alpes : Petite enfance alimentation corpulence et activité physique	**Quartiers politique de la ville et / ou communes classées défavorablement par rapport à un indice de défavorisation/désavantage social :** **<u>Ain :</u>** Arbent, Arbigny, Argis, Armix, Beard-Geovreissiat, Beaupont, Bellegarde-Sur-Valserine, Belleybellignat, Beon, Boissey, Bregnier-Cordon, Briord, Chale, Champdor, Chavannes-Sur-Reyssouze, Condeissiat, Corlier, Courtes, Culoz, Curciat-Dongalon, Domsure, Dortan, Evosges, Germagnat, Grieges, Izenave, Labalme, Les Neyrolles, Lescheroux, Lompnas, Maillat, Mantenay-Montlin, Martignat, Merignat, Mezeriat, Montagnieu, Montreal-La-Cluse, Nantua, Oyonnax, Ozan, Pont-D'ain, Pont-De-Vaux, Pont-De-Veyle, Port, Pouillat, Pressiat, Rossillon, Saint-Benoit, Saint-Didier-Sur Chalaronne, Saint-Germain-De-Joux, Saint-Jean-Sur-Reyssouze, Saint-Julien-Sur-Reyssouze, Saint-Laurent-Sur-Saone, Saint-Nizier-Le-Bouchoux, Saint-Paul-De-Varax, Saint-Rambert-En-Bugey, Saint-Trivier-De-Courtes, Sault-Brenaz Seillonnaz, Sermoyer, Serrieres-De-Briord, Seyssel, Surjoux, Tenay, Thoissey, Verjon, Vernoux, Villebois, Virieu-Le-Grand, Virieu-Le-Petit, Vonnas **<u>Ardèche :</u>** Aizac, Albon-D'ardeche, Andance, Annonay, Antraigues-Sur-Volane, Arcens, Arlebosc, Arras-Sur-Rhone, Asperjoc, Astet, Barnas, Beauchastel, Beaulieu, Beauvene, Boffres, Boree, Boucieu-Le-Roi, Bourg-Saint-Andeol, Brossainc, Burzet, Chalencon, Chambonas, Champis, Colombier-Le-Jeune, Cruas, Desaignes, Devesset, Dompnac, Dornas, Eclassan, Etables, Genestelle, Gilhac-Et-Bruzac, Gilhoc-Sur-Ormeze, Gluiras, Grospierres, Intres, Issanlas , Issarles, Jaujac, Jaunac, Joannas, Joyeuse, Juvinas, La Voulte-Sur-Rhone, Labastide-De-Virac, Labatie-D'andaure, Labegude, Laboule, Lachamp-Raphael, Lachapelle-Graillouse, Lachapelle-Sous-Aubenas, Lachapelle-Sous-Chaneac, Lalevade-D'ardeche, Lalouvesc, Lamastre, Largentiere, Larnas, Laval-D'aurelle, Laviolle, Le Beage, Le Chambon, Le Crestet, Le Lac-D'issarles, Le Plagnal, Le Pouzin, Le Teil, Les Vans, Malarce-Sur-La-Thines, Malbosc, Mariac, Mayres, Meyras, Mezilhac, Monestier, Montpezat-Sous-Bauzon, Nozieres, Pailhares, Pereyres, Peyraud, Planzolles, Pont-De-Labeaume, Prades, Pradon, Prunet, Rochepaule, Rocles, Ruoms, Sablieres, Saint-Agreve, Saint-Alban-Auriolles, Saint-Alban-D'ay, Saint-Alban-En-Montagne, Saint-Andeol-De-Fourchades, Saint-Andre-De-Cruzieres, Saint-Andre-En-Vivarais, Saint-Andre-Lachamp, Saint-Barthelemy-Grozon, Saint-Barthelemy-Le-Meil, Saint-Barthelemy-Le-Plain, Saint-Basile, Saint-Christol, Saint-Cierge-La-Serre, Saint-Clement, Saint-Cyr, Sainte-Marguerite-Lafigere,Saint-Etienne-De-Lugdares, Saint-Etienne-De-Serre, Saint-Felicien, Saint-Genest-Lachamp, Saint-Jean-Le-Centenier, Saint-Jean-Roure, Saint-Jeure-D'andaure, Saint-Jeure-D'ay, Saint-Joseph-Des-Bancs, Saint-Julien-Boutieres, Saint-Julien-Du-Gua, Saint-Julien-Labrousse, Saint-Julien-Vocance, Saint-Just-D'ardeche, Saint-Marcel-Les-Annonay, Saint-Martial, Saint-Martin-De-Valamas, Saint-Michel-D'aurance, Saint-Michel-De-Chabrillanoux, Saint-Paul-Le-Jeune, Saint-Prix, Saint-Sauveur-De-Montagut, Saint-Sylvestre, Saint-Victor, Sarras, Satillieu, Serrieres, Thueyts, Usclades-Et-Rieutord, Uzer, Vagnas, Vallon-Pont-D'arc, Vals-Les-Bains, Vanosc, Vaudevant, Vernoux-En-Vivarais, Vion, Viviers, Vocance

	Drôme : Andancette, Anneyron, Aouste-Sur-Sye, Aurel, Ballons, Beaufort-Sur-Gervanne, Beaurieres, Beausemblant, Bellecombe-Tarendol, Bourg-De-Peage, Chastel-Arnaud, Claveyson, Cleon-D'andran, Clerieux, Condorcet, Cornillac, Cornillon-Sur-L'oule, Crest, Curnier, Donzere, Erome, Eyroles, Ferrassieres, Gumiane, La Baume-D'hostun, La Charce, La Penne-Sur-L'ouveze, La Rochette-Du-Buis, Lachau, Lapeyrouse-Mornay, Laveyron, Le Grand-Serre, Lens-Lestang, Les Pilles, Lesches-En-Diois, Livron-Sur-Drome, Loriol-Sur-Drome, Manthes, Mevouillon, Miribel, Miscon, Montauban-Sur-L'ouveze, Montferrand-La-Fare, Montreal-Les-Sources, Montrigaud, Moras-En-Valloire, Nyons, Orcinas, Pennes-Le-Sec, Pierrelatte, Pierrelongue, Pontaix, Portes-Les-Valence, Poyols, Recoubeau-Jansac, Romans-Sur-Isere, Rottier, Saint-Agnan-En-Vercors, Saint-Andeol, Saint-Avit, Saint-Barthelemy-De-Vals, Saint-Bonnet-De-Valclerieux, Saint-Christophe-Et-Le-Laris, Saint-Donat-Sur-L'herbasse, Sainte-Eulalie-En-Royans, Saint-Ferreol-Trente-Pas, Saint-Laurent-En-Royans, Saint-Maurice-Sur-Eygues, Saint-May, Saint-Nazaire-En-Royans, Saint-Rambert-D'albon, Saint-Sauveur-Gouvernet, Saint-Sorlin-En-Valloire, Saint-Uze, Saint-Vallier, Saulce-Sur-Rhone, Sederon, Serves-Sur-Rhone, Tain-L'hermitage, Taulignan, Tersanne, Teyssieres, Tulette, Vers-Sur-Meouge **Haute Savoie :** Bonnevaux, Bonneville, Cluses, Faverges, Magland, Marnaz, Meillerie, Novel, Rumilly, Scionzier, Vougy **Isère :** Ambel, Aoste, Arandon, Auberives-En-Royans, Beaufin, Beaurepaire, Beauvoir-En-Royans, Besse, Bilieu, Bizonnes, Bourgoin-Jallieu, Bouvesse-Quirieu, Brangues, Charrette, Charvieu-Chavagneux, Chasse-Sur-Rhone, Chatelus, Chavanoz, Choranche, Corps, Creys-Mepieu, Hieres-Sur-Amby, Izeron, La Cote-Saint-Andre, La Mure, La Sone, La Tour-Du-Pin, La Verpilliere, Le Bouchage, Le Peage-De-Roussillon, Le Pont-De-Beauvoisin, Le Pont-De-Claix, Les Abrets, Les Avenieres, Les Roches-De-Condrieu, Livet-Et-Gavet, Malleval-En-Vercors, Marcieu, Marcilloles, Marcollin, Marnans, Monestier-D'ambel, Montagne, Montalieu-Vercieu, Montrevel, Morestel, Pact, Pajay, Penol, Pisieu, Pont-De-Cheruy, Pont-Eveque, Porcieu-Amblagnieu, Renage, Roussillon, Roybon, Saint-Andre-Le-Gaz, Saint-Barthelemy, Saint-Bueil, Saint-Clair-De-La-Tour, Sainte-Luce, Saint-Etienne-De-Saint-Geoirs, Saint-Hilaire-Du-Rosier, Saint-Jean-D'avelanne, Saint-Just-De-Claix, Saint-Marcellin, Saint-Maurice-En-Trieves, Saint-Maurice-L'exil, Saint-Michel-En-Beaumont, Saint-Quentin-Fallavier, Saint-Simeon-De-Bressieux, Saint-Victor-De-Morestel, Susville, Treminis, Villefontaine, Viriville **Loire :** Ailleux, Andrezieux-Boutheon, Apinac, Arcon, Arthun, Balbigny, Belmont-De-La-Loire, Bessey, Boen-Sur-Lignon, Bourg-Argental, Briennon, Bussieres, Bussy-Albieux, Cezay, Chalmazel, Champoly, Chandon, Changy, Charlieu, Chausseterre, Chazelles-Sur-Lyon, Cherier, Chirassimont, Combre, Cremeaux, Croizet-Sur-Gand, Cuinzier, Debats-Riviere-D'orpra, Epercieux-Saint-Paul, Estivareilles, Feurs, Firminy, Fourneaux, La Benisson-Dieu, La Cote-En-Couzan, La Grand-Croix, La Gresle, La Pacaudiere, La Ricamarie, La Tuiliere, La Valla-Sur-Rochefort, Le Chambon-Feugerolles, Le Coteau, Le Crozet, Leigneux, L'hopital-Sous-Rochefort, L'horme, Lorette, Mably, Maclas, Maizilly, Marols, Montagny, Montchal, Montverdun, Nervieux, Noailly, Noiretable, Nollieux, Palogneux, Panissieres, Pommiers, Pouilly-Les-Feurs, Pouilly-Sous-Charlieu, Regny, Rive-De-Gier, Roanne, Roche, Sail-Les-Bains, Sail-Sous-Couzan, Saint-Andre-Le-Puy, Saint-Bonnet-Le-Chateau, Saint-Bonnet-Le-Courreau, Saint-Chamond, Saint-Denis-De-Cabanne,

	Saint-Didier-Sur-Rochefort, Sainte-Agathe-En-Donzy, Sainte-Agathe-La-Bouteresse, Sainte-Colombe-Sur-Gand, Saint-Etienne, Saint-Georges-En-Couzan, Saint-Germain-Laval, Saint-Hilaire-Sous-Charlieu, Saint-Jean-Soleymieux, Saint-Julien-La-Vetre, Saint-Julien-Molin-Molette, Saint-Just-En-Bas, Saint-Just-En-Chevalet, Saint-Just-La-Pendue, Saint-Laurent-La-Conche, Saint-Marcel-De-Felines, Saint-Marcel-D'urfe, Saint-Martin-D'estreaux, Saint-Martin-La-Sauvete, Saint-Martin-Lestra, Saint-Paul-De-Vezelin, Saint-Paul-En-Jarez, Saint-Polgues, Saint-Priest-La-Prugne, Saint-Priest-La-Roche, Saint-Priest-La-Vetre, Saint-Romain-D'urfe, Saint-Sixte, Saint-Symphorien-De-Lay, Saint-Thurin, Saint-Victor-Sur-Rhins, Sauvain, Sevelinges, Sury-Le-Comtal, Trelins, Urbise, Usson-En-Forez, Vendranges, Villers, Violay, Viricelles **Rhône :** Aigueperse, Amplepuis, Azolette, Beaujeu, Belleville, Chambost-Longessaigne, Chenelette, Cours-La-Ville, Givors, Grandris, Grigny, Les Halles, Monsols, Pierre-Benite, Pont-Trambouze, Propieres, Ranchal, Rillieux-La-Pape, Saint-Christophe, Saint-Clement-Les-Places, Sainte-Foy-L'argentiere, Saint-Fons, Saint-Igny-De-Vers, Saint-Jean-La-Bussiere, Saint-Priest, Saint-Symphorien-Sur-Coise, Saint-Vincent-De-Reins, Tarare, Thel, Thizy, Valsonne, Vaulx-En-Velin, Venissieux, Villefranche-Sur-Saone **Savoie :** Aiguebelle, Albertville, Bonneval, Bonvillard, Bonvillaret, Cessens, Cevins, Epierre, Feissons-Sur-Isere, Fourneaux, La Balme, La Chapelle, La Compote, La Lechere, Le Pont-De-Beauvoisin, Le Pontet, Le Verneil, Les Chavannes-En-Maurienne, Montendry, Montgilbert, Montmelian, Moutiers, Pontamafrey-Montpascal, Randens, Rognaix, Saint-Avre, Saint-Beron, Sainte-Marie-De-Cuines, Saint-Jean-De-Maurienne, Saint-Leger Saint-Martin-D'arc, Saint-Michel-De-Maurienne, Saint-Pierre-De-Belleville, Saint-Remy-De-Maurienne, Serrieres-En-Chautagne, Ugine, Villarlurin, Vions