



La Coopérative d'Acteurs en promotion de la santé en IDF

DPSRI/Département Méthodologie, Innovation,
Participation des habitants

Edition 2018

SOMMAIRE

Préambule.....	2
1.Contexte.....	3
2. Enjeux.....	4
3. La coopérative d'acteurs : une démarche.....	5
4. Les principes de choix d'une CA au niveau territorial.....	7
5. Organisation et Fonctionnement.....	9
6. Fiches pratiques.....	13
-Fiche 1 « Diagnostic local de santé ».....	14
-Fiche 2 « Formation/Accompagnement ».....	17
-Fiche 3 « Le suivi de mise en œuvre du projet ».....	19
-Fiche 4 « Contractualisation/financement ».....	21
Introduction à l'évaluation des CA.....	25
-Fiche 5 « Le suivi de l'évaluation des actions ».....	26
-Fiche 6 « L'évaluation de la coopérative d'acteurs ».....	30
7. Foire aux questions.....	34
8. Pour en savoir plus (ressources bibliographiques).....	38
Annexe 1 : Les outils de territorialisation.....	42
Annexe 2 : E-Parcours.....	44

PREAMBULE

La mise en œuvre d'une coopérative d'acteurs comme démarche d'intervention dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé répond aux orientations déclinées dans la note de cadrage de la Direction Promotion de la Santé et Réduction des Inégalités de l'ARS IDF en date du 10 juillet 2017.

Une phase expérimentale de trois ans a été lancée à partir d'octobre 2017. Actuellement six coopératives d'acteurs sont actives :

- « Alliance d'acteurs en direction des publics invisibles » à Saint-Quentin-en-Yvelines (78)
- « Prise en charge des personnes en errance » à La Défense (92)
- « Accompagnement du développement de l'offre en promotion de la santé pour les personnes diabétiques » sur le territoire de Clichy-sous-Bois et Montfermeil (93)
- Constitution d'un réseau d'acteurs autour d'un service « santé respiratoire et habitat » (93)
- « Sport nutrition au Bois l'Abbé » (Champigny-sur-Marne, Chennevières-sur-Marne) (94)
- « Repérage des troubles du langage et/ou de l'apprentissage et développement des compétences psychosociales chez les enfants de 2 à 7 ans » (Villiers le bel, Goussainville, Gonesse, Garges-lès-Gonesse, Sarcelles).

La phase expérimentale a fait l'objet d'une démarche d'évaluation ex-ante par le cabinet LH conseil au cours du premier trimestre 2018.

Elle a souligné la valeur ajoutée des coopératives d'acteurs au regard de l'existant notamment sur le ressenti des acteurs, le rôle « catalyseur » de la Délégation Départementale, la dynamique de coopération, l'organisation générale notamment la gouvernance et l'animation...

Son rôle dans le renforcement des dynamiques intercommunales a été également souligné.

In fine, l'évaluation ex ante a permis d'en valider la pertinence d'ensemble, ce qui conduit à assurer leur déploiement sur l'ensemble de la région. C'est à ce titre que ce document propose des repères contextuels et des fiches pratiques pour soutenir la démarche.

1.CONTEXTE

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé exige des actions portées conjointement sur un ensemble de déterminants de la santé au niveau territorial, qui échappent souvent au seul secteur sanitaire (1 et 2). La Charte d'Ottawa de promotion de la santé (1986) puis la Charte de Bangkok (2005) soulignent la nécessité de créer des alliances et partenariats intersectoriels entre les acteurs concernés (autorités locales, secteur du social, de l'éducation, de la santé, associations et bénévoles, société civile....

Dans cette continuité, la Stratégie nationale de santé fixe l'ambition d'une évolution profonde des politiques de santé en dépassant les cloisonnements sectoriels en donnant **une place plus centrale à la promotion/prévention de la santé** et en **facilitant les initiatives des acteurs et des habitants dans les territoires**.

Le cadre d'orientation stratégique (COS) 2018-2027 stipule dans son troisième principe que **l'approche territoriale constitue le niveau et le levier principal de l'action**.

Parmi les approches territoriales qui coexistent, le COS cite le maillage de mobilisation des acteurs permettant d'accompagner sur des territoires à géométrie variable dits « territoires de coordination » (3) des réponses propres à une problématique particulière. Ce niveau, le plus propice à l'organisation des acteurs, à leur coordination et à la mise en oeuvre de projets, sera le plus stratégique pour la mise en oeuvre du projet régional de santé.

L'action de proximité en promotion de la santé, « au plus près des lieux de vie », est donc désignée comme un levier pour atteindre des objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS), à la fois en ce que cette proximité permet plus facilement la prise en compte de certains déterminants, et en ce qu'elle permet une association des habitants à la conception des programmes.

(1) Voir première partie du cadre d'orientation stratégique 2018-2027 (contexte socio démographique) et deuxième partie « la réduction des ISTS est un objectif qui doit se décliner dans tous les projets ».

(2) OMS-Commission des déterminants sociaux de la santé (2009).Comblent le fossé en une génération. Repéré à l'URL : www.who.int/social_determinants/the_commission/final_report/fr/

(3) Le territoire défini comme « territoire de coordination » est plutôt choisi par les professionnels qui co-construisent des projets visant à répondre aux besoins de santé que déterminé à priori par des limites administratives.

2. ENJEUX ET LEVIERS

La réussite du déploiement territorial est le premier enjeu du projet régional de santé.

Une approche centrée sur les lieux de vie doit en effet partir d'une analyse des besoins conduite au plus près des habitants, de l'offre de santé localement disponible, des interactions entre professionnels, des initiatives des collectivités territoriales et des élus, ainsi que des conditions de vie quotidiennes des habitants, usagers-patients. Les initiatives des acteurs de terrain seront le levier essentiel de la mise en oeuvre du PRS, dans une approche nécessairement différenciée et adaptée aux territoires de proximité.

Dès lors, l'adaptation de l'animation territoriale aux conditions locales est une nécessité pour répondre aux enjeux de santé publique et pour favoriser la structuration des parcours de santé :

-Il convient à ce titre d'inscrire dans les territoires **les stratégies de promotion de la santé, d'améliorer la coordination ou la coopération entre les acteurs**, de poursuivre l'élaboration des plans d'action, de conclure les contrats locaux de santé dans les territoires prioritaires, et d'assurer la cohérence de tous ces objectifs généraux.

-L'animation territoriale doit se construire au niveau de territoires pertinents en fonction des besoins, caractéristiques spécifiques et des actions à mettre en oeuvre. Cette organisation implique une certaine **souplesse dans sa mise en oeuvre** pour s'adapter et répondre aux évolutions permanentes du système.

-**Un accompagnement** devra être proposé pour mettre en oeuvre ces nouvelles organisations, tant au niveau de l'Agence et de ses délégations départementales que des partenaires ou acteurs de santé concernés.

Concrètement, pour répondre à ces enjeux, deux leviers sont d'ores et déjà identifiés par l'Agence :

-**Constituer un cadre pérenne, structuré mais souple pour l'action de proximité en promotion de la santé.** Il s'agit sur un territoire donné de tendre vers une convergence des actions pour gagner en efficacité collective et adapter les interventions au plus près des besoins des personnes, avec la participation des habitants. Aider à la convergence territoriale des actions doit permettre de dépasser le morcellement des intervenants, tant locaux que régionaux, d'améliorer leur puissance de transformation, sans rien retirer à leur souplesse et à leur congruence avec les besoins de santé des habitants. C'est le fondement de la « coopérative d'acteurs » en promotion de la santé. L'un des enjeux majeurs est aussi la confortation de « petits » acteurs de santé publique vis-à-vis desquels le système de soutien de l'Agence est insuffisamment adapté.

- **Positionner l'Agence Régionale de Santé comme un acteur à part entière de santé publique** et non uniquement comme un financeur.

L'engagement de l'Agence dans l'action locale est à la fois une exigence démocratique en termes de service public, une garantie d'efficacité de son projet de réduction des écarts sociaux en santé, et un axe fort de son propre projet. Rendre plus directement perceptible l'engagement de l'Agence aux côtés des acteurs des territoires, peut mieux ancrer son action de réduction des écarts, la potentialiser avec celle des autres intervenants, lui donner plus de légitimité.

3. LA COOPERATIVE D'ACTEURS : une démarche pour développer l'action de proximité en promotion de la santé

La coopérative d'acteurs (CA) en promotion de la santé, telle que souhaitée par l'Agence, est une démarche nécessitant une innovation organisationnelle pour développer l'action de proximité en complémentarité avec les dispositifs existants avec lesquels elle doit s'articuler (CLS, politique de la ville...). Elle est organisée à un niveau de territoire intermédiaire, en renforçant des dynamiques intercommunales et/ou en investissant des champs d'action locaux non ou partiellement couverts.

Au regard de ces principes, la coopérative d'acteurs souhaite assumer un rôle d'interface, de « catalyseur territorial », être « productrice » de promotion de la santé, dans un esprit **d'intégration et de mutualisation** des initiatives professionnelles, politiques et institutionnelles en présence. Elle peut devenir également **un levier opérationnel** de premier ordre visant à accompagner les projets de transformation inscrits au sein du PRS 2.

3.1 La coopérative d'acteurs (CA) en promotion de la santé, une définition...

Une Coopérative d'acteurs, c'est une intervention :

- En Promotion de la Santé,
- En réponse aux besoins de santé identifiés,
- S'inscrivant dans la prise en charge globale de la personne, incluant l'accès aux droits et aux soins,
- Animée et coordonnée par la Délégation Départementale de l'ARS (éventuellement co-pilotée avec d'autres partenaires institutionnels),
- Co-construite avec un nombre diversifié d'acteurs et notamment les habitants,
- Permettant la structuration du maillage de proximité dans un territoire de proximité et en intercommunalité,

Afin d'agir sur les déterminants favorables à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Coopératives d'Acteurs, ce qui fait sens* :

- une meilleure coordination entre acteurs volontairement réunis
- un programme co construit
- un maillage et une réponse de proximité
- des réponses spécifiques à une problématique particulière
- une meilleure organisation des acteurs et de la mise en œuvre
- une souplesse de fonctionnement
- un lieu d'expertises renforcées et mutualisées

*Evaluation ex-ante cabinet LH conseil-Mai 2018

3.2 La coopérative d'acteurs (CA) par l'exemple : une démarche mise en place en 2017

Contexte :

- Un constat commun est réalisé sur une communauté d'agglomération sur la difficulté à mobiliser les publics dits « invisibles » (éloignés des dispositifs de droits communs), malgré les dispositions existantes.
- Les réponses à apporter doivent nécessairement être plus globales que sous le seul prisme de la santé.
- Les acteurs locaux se connaissent bien.

En lien avec les services de l'agglomération, la démarche « coopérative d'acteurs » est proposée par la DD de l'ARS. L'ensemble des participants volontaires co construisent le programme en définissant l'objectif général : « mettre en place une action coordonnée en direction des publics invisibles pour les mobiliser vers un parcours de santé » ainsi que les objectifs opérationnels et les actions propres à chacun des partenaires.

Public cible : dans un premier temps, les publics concernés par le PRAPS : personnes migrantes en forte mobilité, personnes exclues ancrées sur un territoire, personnes démunies avec couverture maladie en difficulté d'accès et / ou maintien dans le système de santé.

En termes géographiques : les Quartiers Politique de la Ville de la communauté d'agglomération.

Des actions sont définies comme par exemple :

- Organisation de maraudes et actions hors les murs pour aller vers les publics invisibles
- Orientation vers les secteurs d'action sociale, les bilans de santé.
- Proposition de bilans de santé spécifiques.
- Renforcement du partenariat avec le centre de santé municipal, le centre hospitalier, la MGEN, les maisons de santé pluridisciplinaire (prise en charge en secteur 1)...

Des indicateurs d'évaluation sont posés dès la construction du projet qui permettront un suivi de la démarche (processus), ainsi que de mesurer les résultats quantitatifs et qualitatifs.

Une convention de partenariat est signée par les partenaires locaux (associations, collectivités, structures de prévention, professionnels de santé...) et l'ARS IDF.

4.LES PRINCIPES DE CHOIX DES CA AU NIVEAU TERRITORIAL

La démarche de construction d'une coopérative d'acteurs est laissée à l'initiative des Délégations Départementales de l'ARS-IDF.

4.1 Les principes suivants* sont à considérer en vue de la constitution d'une coopérative d'acteurs :

- Une nécessaire priorisation des besoins de santé : si les besoins de santé connus et identifiés constituent le socle de tout projet en santé, ils constituent aussi un élément fondateur d'une coopérative d'acteurs.
- Un ensemble d'objectifs de santé publique correspondant à une thématique prioritaire de santé
- Une réponse à un groupe ou à une population suffisamment large
- Une dimension de promotion de la santé : prévention, accès aux soins, prise en charge, réinsertion... la coopérative d'acteurs sous-entend un décroisement interprofessionnel et interinstitutionnel sur un territoire.
- L'existence-ou la potentialité- d'une expression forte des habitants, même s'il elle est parfois difficile à formaliser.
- Un périmètre facilement identifiable par les acteurs et les habitants. La coopérative d'acteurs et les formes de coopération qu'elle initie doit renforcer l'appartenance des acteurs au territoire sur lequel ils agissent.
- Une cohérence sociale et politique préexistante sur le territoire, le projet doit s'appuyer sur des dynamiques pré existantes.
- Une mise en œuvre d'un (ou plusieurs) CLS en capacité de porter le projet et fédérer les acteurs qui s'y attachent.
- L'existence d'un nombre suffisant d'acteurs complémentaires (santé, social, insertion, logement..). La densité à vocation à renforcer la perméabilité entre les différents champs d'intervention et favorise les liens, l'interpellation, la réorientation entre eux.
- La coopérative d'acteurs à vocation à s'inscrire dans une durée pluriannuelle.

*Note de cadrage « Coopératives d'acteurs »/ Direction Promotion de la Santé et Réduction des Inégalités de l'ARS IDF-10 juillet 2017.

Structuration de coopérative d'acteurs et amélioration de la qualité des actions de promotion de la santé

Les principaux leviers :

1. En amont de la démarche projet :

- La qualité du diagnostic initial en correspondance avec la thématique de santé retenue.
- L'apport d'informations ciblées sur la thématique.
- La qualité de la phase d'élaboration du projet.

2. Une connaissance préexistante entre acteurs :

- Une connaissance fine de l'ensemble de la programmation santé au sein du territoire.
- La présence de collaborations antérieures entre membres de la coopérative d'acteurs.
- Un positionnement précisé du rôle et missions de chaque acteur (le travail du « Qui fait quoi ? »).

3. La place de l'évaluation :

- La qualité du système d'évaluation incluant le processus de mise en œuvre, le développement des activités, les moyens de mesurer leur impact.
- La visibilité du projet au sein du territoire : sa valorisation auprès de l'ensemble des acteurs et partenaires.
- Le soutien des élus locaux et des équipes communales ou intercommunales.

Evaluation ex-ante cabinet LH conseil-Mai 2018

4.2 L'évaluation ex ante a apporté des éclairages complémentaires (points de vigilance):

- La CA **doit impérativement s'articuler avec les autres dispositifs et démarches territoriales** (voir développement sur ce point dans la partie « Foire aux questions- Coopératives d'acteurs et dispositifs locaux existants (CLS, ASV..), quels positionnements respectifs? »).

- **Le croisement dans la durée d'une population, d'un territoire et d'une thématique** : la coopérative d'acteurs est singularisée par une alliance entre expertise thématique, territoriale et populationnelle. La représentativité et le professionnalisme des acteurs cooptés facilitent l'interaction de ces expertises et apportent une réelle légitimité au projet engagé.

- **Un choix argumenté de thématiques de santé non ou peu couvertes par les niveaux locaux** : elle s'appuie sur des besoins non couverts ou de façon partielle et investit des thématiques complexes, difficiles à appréhender à l'échelle locale (exemple de programmes en cours: les interactions entre logement et santé, les troubles du langage chez les enfants, le parcours santé de publics précaires...). L'implication des coordinations locales dans le choix de la thématique est donc centrale. Il peut s'agir de thèmes tels que la périnatalité et les

compétences psychosociales familiales, la santé des enfants, la santé mentale, la lutte contre les addictions et particulièrement la lutte contre le tabagisme, la promotion de la vaccination. Les publics ciblés seront prioritairement ceux visés par le PRAPS ou en difficultés sociales (fiches 9 et 10 du « guide de l'intervention en prévention et promotion de la santé en IDF 2018-2022 »).Lien : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/guide-dintervention-en-prevention-et-promotion-de-la-sante-lintention-des-partenaires>

-Une recherche et une exigence de transversalité entre champs d'intervention. Il est essentiel de mobiliser des leviers au-delà du seul secteur sanitaire. Tous les secteurs ayant un impact sur la santé doivent être associés, à savoir le social mais aussi le logement et l'habitat, le travail, l'éducation, la jeunesse, l'urbain, le développement durable pour développer une approche holistique...

-Un programme co construit dans un esprit de complémentarité et non de subsidiarité par tous les membres volontaires de la coopérative.

-Une participation active des habitants : la participation des habitants doit être encouragée car elle constitue un vecteur de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et favorise l'inclusion sociale. Cela nécessite de définir en amont une stratégie intégrant les objectifs, les niveaux de participation attendus, les modalités de mobilisation, de suivi et d'évaluation de la participation.En correspondance, entre autres, avec les compétences des collectivités territoriales (politique de la ville).

- **Au service d'une culture commune :** la CA trouve son fondement dans la rencontre et le partage des informations, des valeurs, des idées et des expériences entre acteurs. Elle s'adosse sur la communication et les liens entre acteurs impliqués, le décloisonnement des champs (préventif, associatif, éducatif, politique, médico-social, social, sanitaire...), les modes de coopérations et le travail partenarial. Les compétences mises en commun, les activités-supports (documentation, formation, communication), les travaux entre opérateurs ou la valorisation des actions sont autant d'éléments qui renforcent cette culture commune.

5.ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Il s'agit, après la phase expérimentale 2017- début 2018 de développer des systèmes locaux thématiques de promotion de la santé, dont l'intitulé est « coopérative d'acteurs en promotion de la santé ».

5.1 Rôle de la DD de l'ARS-IDF

Son rôle est central à plusieurs moments de la démarche. Quelques exemples de moments « clés » :

A.En amont de la constitution de la coopérative d'acteurs

•Repérage dans les diagnostics locaux (en lien avec les coordinateurs CLS par exemple) des besoins non ou insuffisamment couverts pour dégager une thématique ou un public et un

territoire à cibler. L'évaluation a montré que pouvoir se baser sur un état des lieux/diagnostic solide est un atout indiscutable pour la suite (voir fiche 1).

•Repérage des dynamiques locales existantes et des acteurs stratégiques :

-les acteurs bien implantés et reconnus sur le territoire, disposant d'une forte capacité et légitimité à mobiliser dans leurs réseaux.

-les élus locaux (en s'appuyant particulièrement sur ceux qui sont sensibles aux questions de qualité de vie et de santé de la population).

- les décideurs, responsables de structures associatives ou institutionnelles, afin de faciliter l'inscription de leurs représentants au sein du futur comité local.

- les promoteurs de première ligne locaux ou régionaux (ceux qui iront devant les publics ciblés) susceptibles d'être intéressés par la démarche.

- la population concernée : comment et jusqu'où la mobiliser (information, consultation, implication, collaboration), les circuits d'information locaux et les supports utilisés...

-Rechercher l'existence d'une dynamique e-parcours sur le territoire (cf annexe 2)

B. Dans la phase de construction, à titre indicatif

•Une première réunion collective est proposée aux partenaires préalablement identifiés : présentation de la démarche « coopérative d'acteurs », des premiers éléments de diagnostic et de la problématique dégagée. Cette rencontre a aussi pour objectif d'identifier ceux qui sont « partants », à priori, pour constituer la coopérative d'acteurs.

•Une formation « accompagnement » de 2-3 jours (un jour par semaine par exemple) à une brève échéance après la réunion de lancement peut être proposée aux membres de la coopérative (voir fiche dédiée).

•Structurer et formaliser la gouvernance

Désignation d'un ou deux coordinateurs du programme dès le démarrage (dont obligatoirement la DD concernée) :

-Constituer un comité de pilotage avec un représentant de tous les acteurs du projet et des habitants si possible. Intégrer éventuellement au comité de pilotage des acteurs locaux stratégiques pour renforcer l'ancrage local d'un programme et assurer sa pérennité.

-Instaurer éventuellement un comité technique, interface avec le comité de pilotage pour faciliter le développement de l'intervention.

-Rendre lisible pour tous l'organisation de la démarche et le rôle de ces instances (écrits).

C. La Phase d'Accompagnement/suivi

La coopérative d'acteurs est animée par la délégation départementale de l'Agence avec d'autres partenaires comme les coordinateurs des CLS. Ils s'assurent conjointement du cadrage du programme, de l'engagement des acteurs, de l'élaboration partagée de la démarche avec ces acteurs, de la mise en œuvre d'une évaluation d'activités, de résultats et de processus (voir fiche dédiée).

Des réunions régulières du comité de pilotage (périodicité à déterminer collectivement, tous les deux-trois mois en moyenne) sont nécessaires pour instaurer une dynamique sur le long terme. Stimuler les retours d'expériences collectifs entre les acteurs afin que chacun apprenne des tâtonnements des autres et que tous développent collectivement des solutions. Il est important au fur et à mesure que le programme avance de réaliser des points d'étapes pour marquer l'achèvement d'une phase, observer le chemin parcouru et se projeter dans la suite. Ces moments peuvent permettre de mener des évaluations collectives du processus.

Accompagner éventuellement l'intégration des nouveaux savoirs dans les pratiques professionnelles et leur diffusion au sein des institutions membres

Enfin, la démarche implique :

- Une étape de contractualisation (convention de partenariat) et d'engagement financier (voir fiche dédiée).
- La tenue d'un tableau de bord pour un suivi général du programme, l'écriture des comptes-rendus des réunions du copil (voir fiche dédiée).
- Un bilan d'étape à l'échéance annuelle.
- Une évaluation finale du programme (processus, activité, résultats) à l'aide d'outils fournis par le Département Méthodologie, Innovation et participation des habitants de l'ARS.

5.2 Engagements des acteurs impliqués

A partir d'un diagnostic co construit et partagé par l'ensemble des acteurs, d'où sera tirée la problématique à traiter, les partenaires volontaires membres de la coopérative d'acteurs s'engagent dans **une étape initiale de co construction du programme**. Cette phase peut nécessiter la participation à un module de formation-action d'une durée totale de 2-3 jours (avec l'aide d'un formateur). Elle permettra à tous les participants l'écriture du programme dans des délais raisonnables (objectifs, actions, évaluation, outils de suivi...). Ce choix d'accompagnement reste toutefois optionnel, un autre mode d'élaboration pouvant être décidé par le groupe de pilotage.

Un engagement sur la durée : souhaitant inscrire ses interventions dans la durée, la coopérative d'acteurs privilégie un engagement pluriannuel des partenaires via un mode de formalisation contractuel (de type « convention de partenariat ») fixant les objectifs communs à tous les acteurs et **la contribution propre de chacun (fiche-action)**, le financement s'il y a lieu ainsi que d'éventuels éléments partagés.

Au cours de son déroulement, les membres de la coopérative d'acteurs seront appelés à :

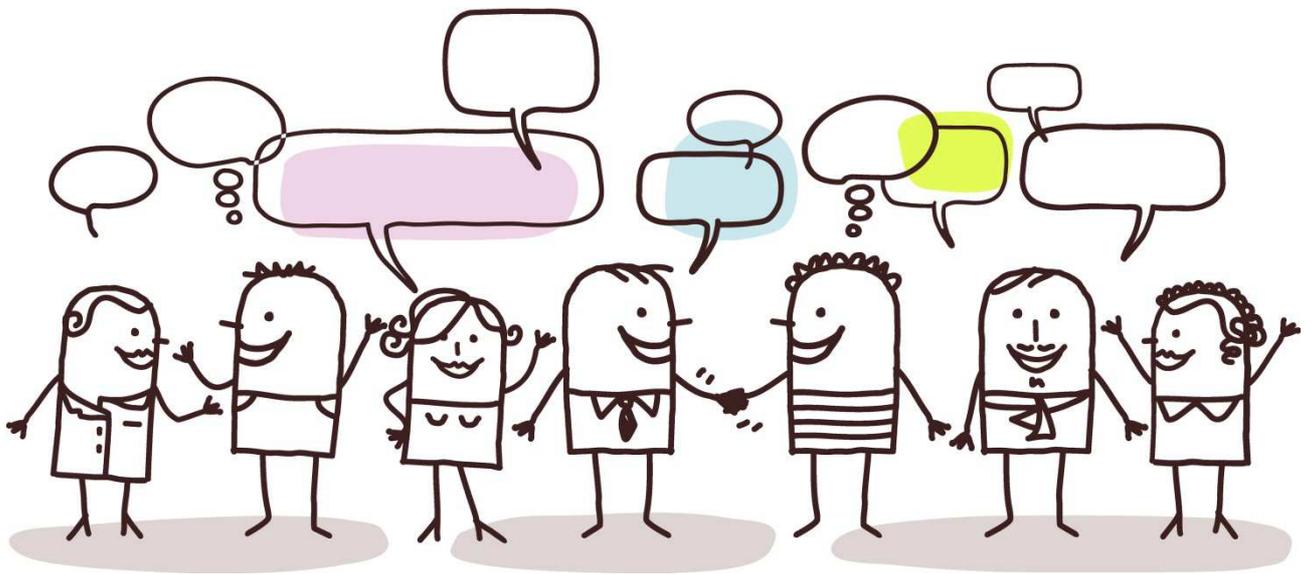
- Une participation régulière au comité de pilotage (copil) ou au comité technique (cotech) mis en place par la DD.
- Des échanges réguliers avec le(s) coordinateur(s) pour permettre le suivi, l'évaluation de chaque action engagée.

Toutefois, étant conçu pour offrir une certaine souplesse de fonctionnement, la démarche offre la possibilité d'inclure de nouveaux participants au cours de déroulement du programme et laisse la possibilité à certains (en concertation préalable avec la DD) d'en sortir à l'échéance annuelle.

Paroles d'acteurs sur la valeur ajoutée d'une coopérative d'acteurs* :

« Cela formalise quelque chose qui existait déjà ... » ; « Beaucoup plus enrichissant ! » ; « On le faisait peut-être déjà auparavant, mais pas suffisamment... » ; « Dans le cas des appels à projets classiques, il fallait rentrer dans les cases ; là, il y a de la souplesse... » ; « C'est une façon différente de se positionner. Cela permet de montrer plus clairement qui on est, et ce qu'on fait... » ; « Il y a la possibilité d'aller vers davantage de qualité » ; « le dispositif permet plus de qualitatif... Cela donne envie de mutualiser et d'éviter le saupoudrage » ; « C'est une véritable reconnaissance de ce que nous faisons » ; « La gouvernance est co-construite, sans modèle prédéfini » ; « C'est la première fois dans notre domaine : mettre ensemble nos forces ! » ; « C'est un empowerment pour un ensemble d'acteurs » ; « Ça bouge ! Ce qui est nouveau ? Des regards croisés, au sein d'une même rencontre » ; « Le plus important : partager de mêmes objectifs et que les informations circulent bien et mieux » ; « La coopérative apprend à mieux nous connaître » ; « Se greffer à l'action existante, en bonne intelligence » ; « Une association d'acteurs qui permet à tous de monter en compétences » ; « Une émulation collective, une formation continue » ; « Coopérative d'acteurs ? C'est utiliser les compétences de chacun, repérer ses limites, c'est la recherche de nouvelles méthodes, c'est une recherche d'esprit collaboratif... »

*Evaluation ex-ante phase expérimentale, Mai 2018-Agence LH Conseil



7 . FICHES PRATIQUES



LE DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTE

Le projet proposé par la coopérative d'acteurs doit, dans ses préalables, s'appuyer sur un diagnostic local de santé (DLS).

Qu'est-ce qu'un diagnostic local de santé ?

Le diagnostic local de santé est une étape clé dans le cycle de vie du projet, il permet à la fois de créer une réelle dynamique avec l'ensemble des partenaires et il contribue à renforcer les liens déjà existants ou en devenir. Il est important d'associer, dès le début du diagnostic, le ou les acteurs qui participeront à la coopérative d'acteurs.

Un diagnostic local de santé, tel qu'entendu dans le guide¹ FNORS, est : « *une démarche d'analyse de situation donnant lieu à concertation qui s'inscrit dans un processus débouchant sur des interventions concrètes mises en place dans la continuité du diagnostic lui-même. Il se distingue ainsi d'un simple état des lieux reposant sur la collecte et l'analyse des informations disponibles pour le territoire* ».

Il repose sur une analyse de la situation selon trois niveaux :

- Analyse des besoins, le plus souvent objectivés par des outils épidémiologiques et par des enquêtes auprès de professionnels,
- Analyse de la demande exprimée par les habitants,
- Analyse des ressources disponibles ou mobilisables sur le territoire concerné.
- Analyse de l'offre de soins et de prévention

Il s'inscrit dans une perspective de promotion de la santé et concerne de ce fait aussi bien les politiques de soins, de prévention, d'accompagnement médico-social, que l'ensemble des politiques publiques agissant sur les déterminants de la santé.

Pour appréhender la complexité des problématiques du territoire concerné dans sa globalité, le diagnostic permet de :

- **Décrire les caractéristiques et la situation socio-démographique des populations** (*démographie, revenu, précarité, emploi, éducation, ...*)
- **Décrire les caractéristiques du territoire et/ou du milieu de vie** (*logement, mobilité, environnement, aménagement, services, ressources locales, etc.*)

¹ http://orsbretagne.typepad.fr/2012/FNORS_GUIDE_DLS_2.pdf

- **Analyser l'offre du système de prévention et de soins et les parcours de santé** (*accessibilité, lisibilité, continuité, qualité...*)
- **Analyser l'état de santé de la population** (*mortalité ; morbidité ; etc.*)
- **Documenter les écarts en termes d'état de santé et d'accès aux soins entre les groupes sociaux, territoires et/ou les milieux de vie.**
- **Décrire la nature de ces inégalités** (*ex : sont-elles liées au niveau socioéconomique, au territoire, à l'origine ethnique, à la profession, à une situation de handicap, etc. ?*).
- **Analyser les facteurs et les mécanismes qui conduisent à ces inégalités.**
Considérer les déterminants sociaux de la santé, notamment le contexte social, économique, politique et culturel, les conditions de vie et de travail, les comportements individuels et collectifs pour identifier ce qui doit être modifié.
- **Recueillir les avis et attentes des populations et des professionnels**

Pour compléter un état des lieux, diverses sources de données sont accessibles : La direction de la stratégie de l'Agence met à disposition des collectivités locales des «monographies» comprenant des indicateurs démographiques et socio-économiques, d'état de santé et d'offre de soins, de déterminants de santé (environnementaux, logement, éducation, etc.). D'autres données quantitatives sont disponibles à un niveau communal ou infracommunal auprès de la Direction régionale de l'INSEE, de l'Observatoire national des ZUS ou du système d'information géographique du comité interministériel des villes (SIG CIV).

Enfin, d'autres services au niveau départemental et régional peuvent fournir des données : Préfecture de région ou de département; Conseil Régional, Conseil Départemental ; Caisse d'Allocation Familiale (CAF); Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ; Observatoire Régional de la Santé (ORS) ²; la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et de la Cohésion Sociale (DRJSCS/DDCS); de Centres Régionaux pour l'Etude et l'Action en faveur de l'Insertion (CREAI) ; Direction Régionale inter-départementale de l'Équipement et de l'Aménagement (DRIEA); Education Nationale (Rectorat ou Inspection académique) ; autorité organisatrice de transport ; L'Observatoire des territoires ; CépiDc ³ (niveau région, département ou grande ville) ; Santé Publique France ; CIRE ; santégraphie etc.

² Voir l'outil élaboré par ORS IDF « Intersanté » qui porte sur les indicateurs territorialisés de santé et ses déterminants: https://cartoviz.iau-idf.fr/?id_appli=ors&x=665553.0660842065&y=6848952.383926892&zoom=2

L'ORS souligne qu'il contribuera à terme à alimenter le portail santé en cours d'élaboration par le conseil régional et sera référencé sur le site Internet de l'ARS. Actuellement la carte recense des données sociodémographiques relatives à la mortalité ou encore à la santé des personnes en situation de handicap. Intersanté sera ensuite étoffé grâce aux indicateurs de morbidité extraits du Système national des données de santé (SNDS).

³ Le CépiDc, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, est un des nombreux laboratoires de l'Inserm. Les **missions** essentielles du CépiDc sont la production annuelle de la statistique des causes médicales de décès en France, la diffusion des données et les études et recherches sur les causes médicales de décès.

FORMATION-ACCOMPAGNEMENT

Si besoin, un accompagnement est mis à la disposition de la coopérative d'acteurs.

1. La formation à l'animation territoriale (pour la DD ARS)

Pour l'ARS, l'animation territoriale peut s'entendre comme une capacité soutenue de management de projet, dans la durée, permettant de garantir une neutralité vis-à-vis de l'ensemble des partenaires engagés au sein de la coopérative. C'est la permanence de cette animation qui fonde en partie la qualité du programme. Une des spécificités de la démarche réside dans l'engagement de l'Agence tout au long du processus et sa volonté explicite de co construction. L'Institution est à côté des acteurs.

La qualité de l'animation est donc centrale et s'avère être un des critères de réussite majeur pour les acteurs sollicités selon les résultats de l'évaluation ex ante.

Des compétences spécifiques y sont mises en œuvre (méthodologie de projet, animation d'un groupe aux compétences professionnelles variées, travail en réseau, programmation, mise en œuvre et suivi-évaluation, participation des habitants...). C'est pourquoi cette formation est proposée aux coordinateurs DD le souhaitant.

2. La formation « accompagnement des CA » (pour l'ensemble des participants à la coopérative d'acteurs)

La montée en charge de certains des six programmes de la phase expérimentale a montré que la phase de co- construction peut s'étaler sur plusieurs mois, sans aboutir pour certains à la finalisation d'un plan d'actions et à la mise en place d'indicateurs de suivi-évaluation (liée principalement à la disponibilité ou non des partenaires engagés pour se réunir), ce qui potentiellement peut être une source de démotivation et surtout de retard dans le démarrage de l'action sur le terrain.

Pour essayer d'y remédier, il est proposé aux membres de la coopérative d'acteurs un accompagnement à la carte pour la définition d'un programme d'actions et de suivi selon les dynamiques existantes localement, si possible à une brève échéance après la réunion de lancement de la coopérative d'acteurs. Avec l'accompagnement d'un formateur extérieur il s'agira de faire en sorte que la coopérative d'acteurs soit en mesure de :

- Définir l'objectif général, les objectifs spécifiques et opérationnels du projet (à partir d'un arbre des objectifs par exemple).
- Définir les actions de chacun des participants, les moyens à mettre en œuvre (humains, financier), les étapes de mise en œuvre, opportunités, obstacles éventuels...
- Définir les indicateurs d'évaluation (processus, activités, résultats) de chaque action avec les outils en permettant la mesure.
- Rédiger le projet et toutes ses composantes (par exemple : une « fiche projet » de la CA).

En fonction du niveau d'élaboration du projet et du niveau des connaissances des membres de la CA cet accompagnement pourra être centré sur un aspect particulier du programme (ex : mobilisation des habitants, des parents...).

L'objectif est aussi d'impliquer l'ensemble des partenaires du groupe dès la phase d'élaboration du projet pour favoriser l'interconnaissance, la reconnaissance mutuelle des

compétences et des enjeux de chaque partie prenante et contribuer à une vision partagée des interventions. Cela pourrait également favoriser le développement d'une culture commune, participant à la cohésion du groupe et soutenant ses membres dans leurs prises de paroles à l'extérieur du groupe.

Les acteurs souhaitant trouver une formation individuelle dans l'offre francilienne (montée en compétences, formation certifiante ou diplômante) peuvent consulter le site de la plateforme de ressources PromoSanté IDF <https://www.promosante-idf.fr/>.

Onglet « se former » sur la page d'accueil puis « trouver une formation ».

PromoSanté
ÎLE-DE-FRANCE
S'informer, se former, agir ensemble

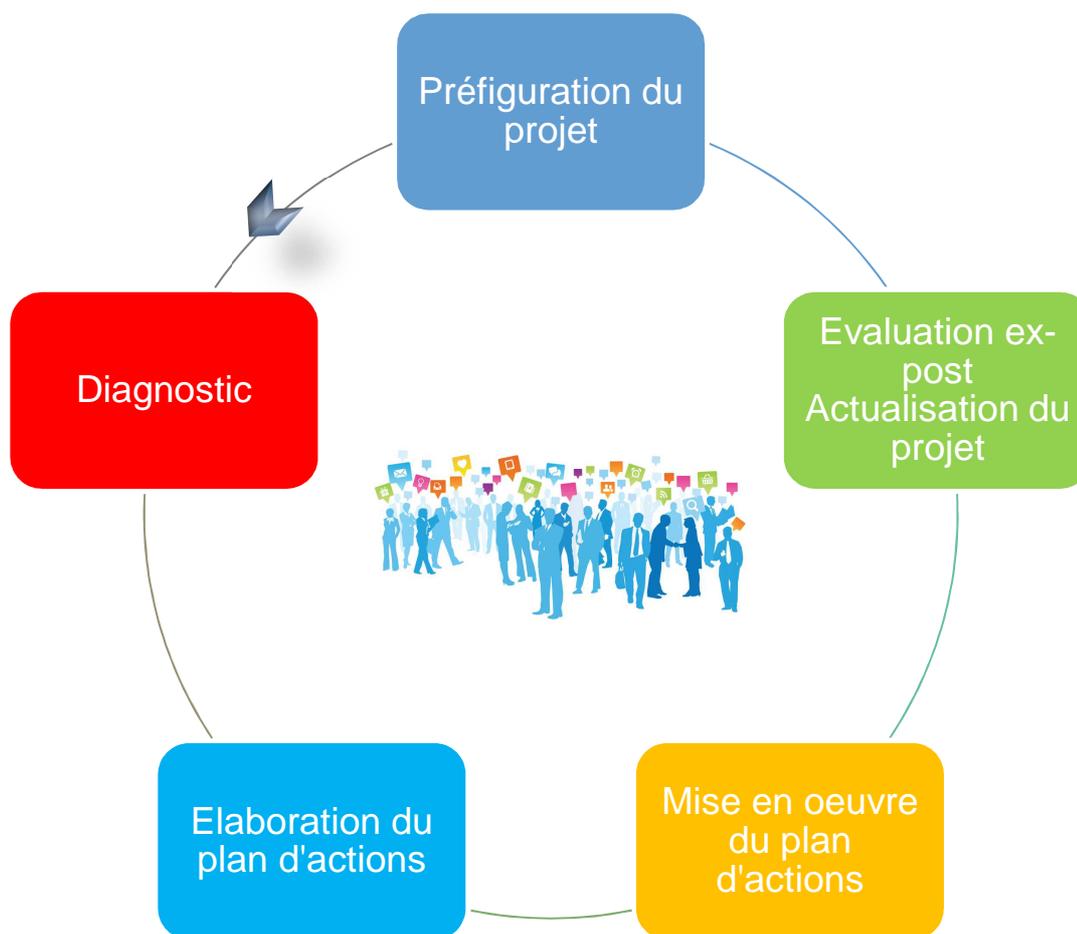


Le suivi de mise en œuvre du projet

Le suivi consiste à collecter et à analyser systématiquement l'information pour suivre la mise en œuvre du projet, vérifier sa conformité au regard du plan initial, identifier les freins et leviers potentiels, et réorienter le projet en cours de route si nécessaire.

Il est proposé de s'inspirer de la **méthode de gestion Agile** qui positionne l'ensemble des partenaires au cœur du projet. Ils doivent être impliqués dans le cycle de vie du projet de coopérative d'acteurs du début à la fin.

Cycle de vie d'un projet :



Le principe consiste à progresser par **processus itératif** afin de favoriser la compréhension et l'appropriation des différentes étapes par l'ensemble des partenaires concernés.

L'implication de l'ensemble des partenaires dans le processus de suivi de mise en œuvre du projet permet de maintenir des échanges réguliers et d'appliquer sans attendre les changements nécessaires.

Ceci suppose que l'information soit systématiquement et très régulièrement partagée avec toutes les parties prenantes à chacune des étapes clés du projet. Réunions avec un rythme et

une régularité prédéterminée, le plus souvent toutes les deux semaines (notamment lors de la préfiguration et élaboration du projet), diffusion régulière des comptes-rendus de réunion, des tableaux de bord de suivi, etc.

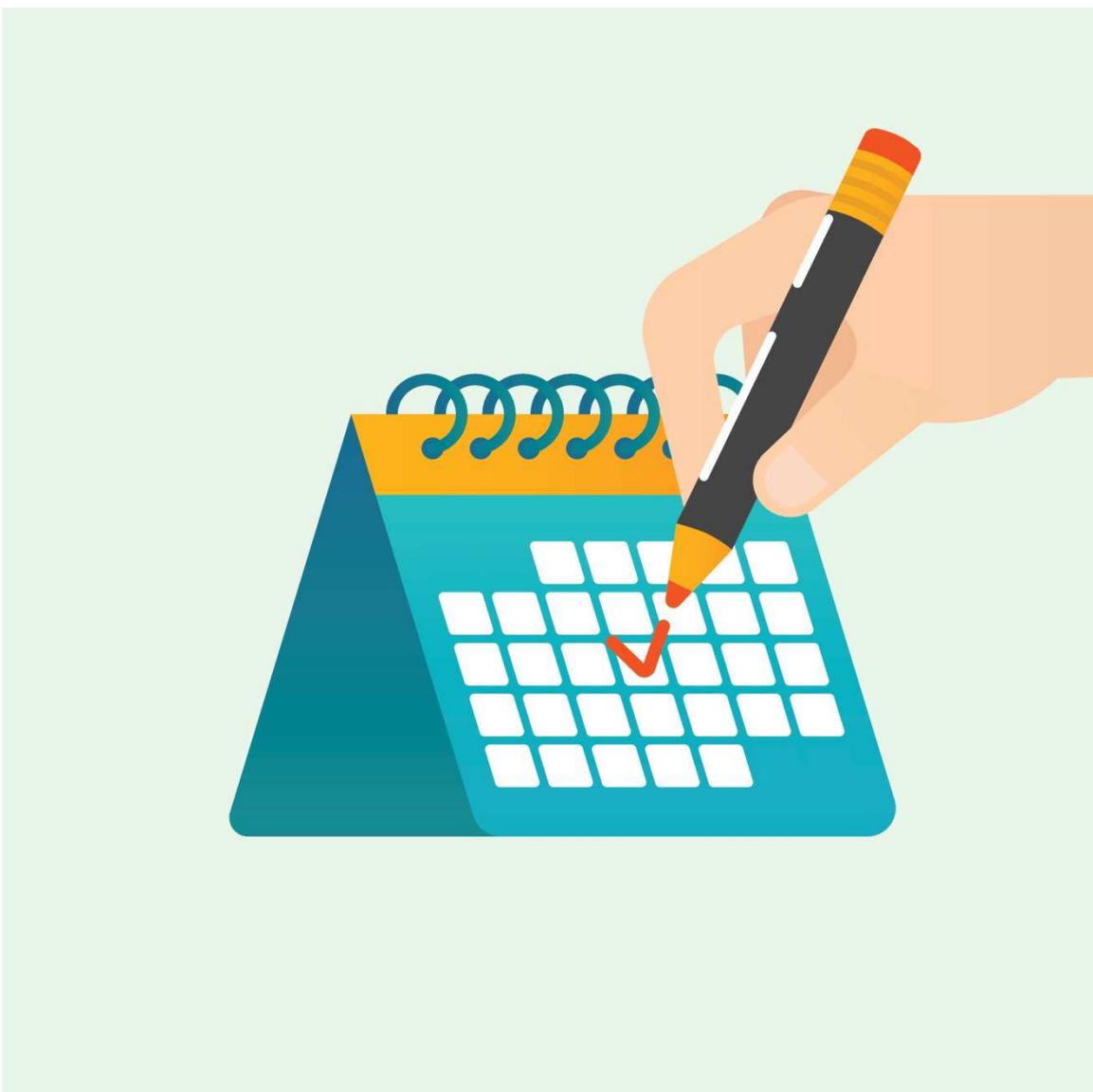
Elaborer un tableau de bord de suivi (à adapter selon les modalités de fonctionnement et d'organisation)

Les différentes phases du projet de coopérative d'acteurs peuvent-être découpées en tâches. Il n'est pas utile, en fonction des modes d'organisation retenus par la coopérative d'acteurs, d'établir une liste exhaustive des tâches à réaliser. Toutefois, elles vont devoir être ordonnancées de façon à déterminer les interdépendances et l'ordre dans lequel elles devront être réalisées. Elles vont être priorisées en fonction de leur criticité, des charges nécessaires à leur réalisation et de leurs éventuelles dépendances.

Exemple de projet de tableau de bord (Le découpage calendaire et les éléments reportés ci-dessous sont une illustration de tableau de bord et ne constitue pas la norme)

ETAPES	QUI ? Responsable	Date début	Date fin	Livrables ?	Janv	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Etc...
Préfiguration du projet					▶							
<i>Rencontres avec les acteurs concernés ...</i>					XX							
<i>Echanges-Concertation préfig projet...</i>						X						
<i>Mise en place des instances de gouvernance</i>						X						
<i>Validation des orientations-Communication</i>						X						
Diagnostic						▶						
<i>A compléter...</i>												
Elaboration du plan d'actions								▶				
<i>A compléter...</i>												
Mise en œuvre du plan d'actions									▶			
<i>A compléter...</i>												
Suivi-Evaluation des activités											▶	

<i>A compléter...</i>												
Evaluation de la coopérative d'acteurs												
<i>A compléter...</i>												



CONTRACTUALISATION FINANCEMENT

- La convention de partenariat

Une convention de partenariat est obligatoirement signée par l'ARS, les partenaires et, éventuellement, d'autres financeurs.

Elle doit présenter :

- Une description du programme et ses objectifs (communs à tous les partenaires)
- Une description détaillée des actions réalisées par chaque membre de la CA.

Exemple :



+ éventuellement logos des partenaires

Convention de partenariat relative à..... (intitulé du programme)

Entre :

L'Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS-IDF), Représentée par le Délégué départemental

Et

Et

Et

Ci-après dénommées, ensemble les "Parties" et individuellement la "Partie".

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Description de quelques éléments du diagnostic + raison d'être de la CA

Il est apparu nécessaire de mobiliser et coordonner les actions de chacun des acteurs, dans leurs domaines de compétences respectifs, afin de proposer.... (objectif général)

Considérant l'ensemble de ces éléments, les parties prenantes souhaitent s'engager de manière partenariale au déploiement d'un programme de..... dans le cadre de la démarche « coopérative d'acteurs en promotion de la santé » initiée par l'ARS-IDF.

Article1

Objet de la convention

Par la présente convention, les signataires s'engagent, conformément à leurs missions et domaines de compétences respectifs, à mettre en œuvre, suivre et adapter en cohérence avec les orientations mentionnées en préambule, un programme relatif à ... (intitulé du programme).

Le programme doit répondre aux objectifs définis en commun à partir du diagnostic initial, à savoir :

- 1.(objectif spécifique ou opérationnel)
- 2.

Article 2

Descriptif des actions du programme

Identification de l'action 1 et promoteur référent	Ex : consultations avancées - Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA de...)
Contenu de l'action	
Calendrier prévisionnel	
Modes d'intervention	
Public cible	
Lieux précis de réalisation de l'action	
Moyens humains mobilisés par l'action (ETP)	

(à reproduire en fonction du nombre d'actions du programme)

Article 3

Conditions de détermination des contributions financières

L'ARS s'engage à contribuer au soutien financier du programme dans des proportions et selon des modalités qui sont déterminés respectivement et parallèlement. Le budget alloué est réparti en fonction de la contribution propre à chacun des intervenants dans les actions du programme.

Article 4

Pilotage et suivi de la coopérative d'acteurs

4.1 Comité de pilotage

Le pilotage et le suivi du programme seront réalisés dans le cadre d'un Comité technique « Santé » co-piloté par l'ARS et, en lien avec

Ce comité associera(liste des promoteurs)

Il aura pour objectif de définir les modalités de mise en œuvre des actions mises en place dans le cadre du projet, d'échanger sur les pratiques respectives, d'évaluer les résultats recensés dans les bilans d'activité et les tendances se dégageant du programme et enfin, de procéder aux ajustements nécessaires pour la bonne marche de ce dernier.

4.2 Réunions opérationnelles

Les parties procéderont à des réunions opérationnelles nécessaires à la mise en œuvre et à l'évaluation du programme à une périodicité qu'elles définiront conjointement.

Elles devront déterminer, avant le démarrage du programme, les indicateurs d'évaluation (processus, activité et résultats) qui permettront d'alimenter le bilan annuel.

4.3 Bilans trimestriels

Des bilans trimestriels devront être établis par les parties prenantes et transmis à l'ARS .

4.4 Bilan annuel

Une réunion élargie entre les différentes parties devant permettre de dresser un bilan complet, devra avoir lieu deux mois avant l'échéance annuelle. Il servira, par ailleurs, à déterminer la reconduction ou non d'une action engagée.

Article 5

Durée, modification et résiliation de la convention

Cette convention prendra effet à compter de sa signature et perdura un an renouvelable de manière expresse.

Toute proposition de modification de la présente convention ne pourra être prise en compte qu'après la signature d'un avenant par les parties signataires.

Elle peut être résiliée à tout moment par l'une ou l'autre partie au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée à chacune des autres parties. La résiliation de la convention prendra effet un mois après la réception de cette lettre.

A xxxx , le

Signatures des parties

Le Délégué départemental de xxxx

de l'Agence Régionale de Santé IDF

Association X

Mairie de

Engagements financiers

Sur la base de la convention de partenariat*, des engagements financiers peuvent être mis en place par l'Agence:

- Une décision d'attribution de subvention si le montant maximal est inférieur à 23 000€.
- Une convention « classique » (annuelle ou pluriannuelle) si la subvention est égale ou supérieure à 23 000 euros par an .

* En cas d'absence de convention de partenariat : afin de disposer d'une description minimale de l'action et des engagements de l'organisme, il est visé dans la décision un courrier de demande de subvention de l'organisme complétée datée et signée par le promoteur.



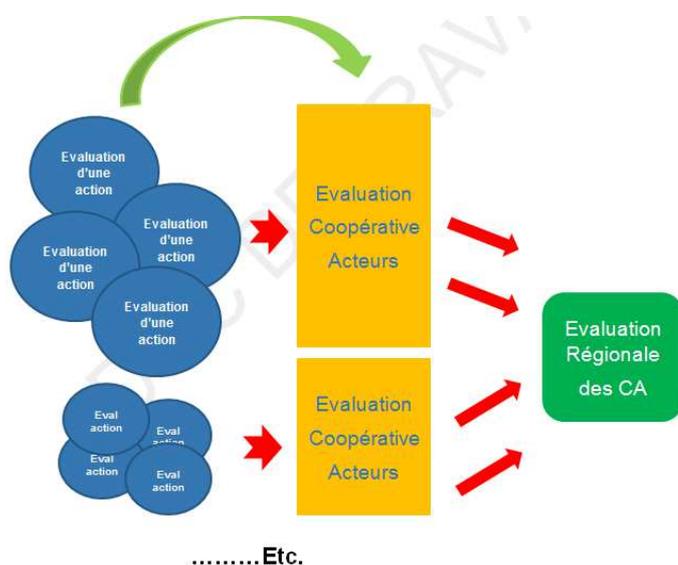
Introduction à l'évaluation des CA

Qu'évalue-t-on ?

L'objet de l'évaluation, ce qui est évalué, peut-être de différentes natures.

Il peut s'agir :

- D'une ou plusieurs composantes d'une action,
- D'une action dans sa globalité,
- De plusieurs actions avec une même orientation thématique,
- D'une coopérative d'acteurs dans sa globalité,
- Des coopératives d'acteurs régionales dans leur ensemble,



Il importe de prévoir à la fois, dès l'élaboration du projet, l'évaluation des actions (cf. Fiche 4) et l'évaluation de la coopérative d'acteurs (cf. Fiche 5).

Cette collecte d'informations, de nature quantitative et qualitative, va contribuer à éclairer les liens entre les actions et les effets potentiels produits par la coopérative d'acteurs au regard des objectifs fixés (opérationnels, stratégiques, général). **Les données recueillies dans le cadre du suivi-évaluation des actions vont permettre de renforcer la validité et la crédibilité de l'évaluation de la CA, puis celui de l'évaluation régionale.** Elles sont intrinsèquement liées.

Le suivi évaluation des actions

Le suivi évaluation des actions et du projet dans sa globalité (cf. fiche Evaluation de la coopérative d'acteurs) doit-être prévu dès l'élaboration du projet. Plus le diagnostic aura été précis, plus les objectifs et le plan d'action auront été défini avec précisions, plus le suivi-évaluation sera facile à organiser.

Le suivi évaluation des actions s'inscrit dans le cadre de la démarche de méthodologie de projet arrêtée avec l'ensemble des partenaires concernés. Elle vise principalement à mesurer l'atteinte des objectifs, apprécier le bénéfice de l'action auprès des populations ciblées et valoriser une action qui a fait ses preuves...

Le temps d'évaluation est un important facteur d'analyse pour rendre compte des critères de réussite, d'échec dans la mise en œuvre d'une action, mais aussi des effets attendus et non attendus de l'action déployée (mise en œuvre de nouvelles pratiques; évolution d'un comportement ...).

Il est cependant important de s'interroger sur le niveau d'exigence à avoir en fonction des objectifs visés et des actions mises en œuvre (volume d'heures par intervention en direction d'un même public; hauteur du financement; territoires couverts; nombre et typologie des bénéficiaires...).

- ❖ Pour une action peu importante quelques indicateurs peuvent suffire à attester que les objectifs retenus, les activités développées sont conformes aux enjeux stratégiques visés et qu'ils ont été réalisés comme prévu dans la convention de partenariat.
- ❖ A l'inverse, pour une action plus importante (de par sa couverture territoriale, le nombre d'heures d'intervention et de bénéficiaires, la subvention allouée, les bénéfices attendus pour les habitants...) il est indispensable de prévoir un recueil de données plus soutenu et plus qualitatif (efficacité/impact) afin de pouvoir nourrir l'évaluation de la coopérative d'acteurs.

Des exemples de ...



Définir les critères et les indicateurs d'évaluation

Un critère est un angle de vue porté sur un objet. Il précise ce que l'on attend, l'aspect sur lequel va porter notre jugement. C'est une caractéristique observable correspondant aux éléments de l'action évaluée.

Un indicateur est une variable qui permet de décrire un phénomène, des changements obtenus ou des progrès accomplis par une action.

L'indicateur permet :

- D'objectiver la situation.
- De quantifier, de mesurer l'atteinte des objectifs.
- De renforcer les éléments de preuve sur lesquels on répond à la question.
- De qualifier précisément le critère de jugement ou la variable que l'on cherche à observer.

Il existe plusieurs types d'indicateurs :

Indicateur de Processus (IP) : ce type d'indicateur précise les points clefs qui seront suivis lors de la mise en œuvre de l'action, comment a fonctionné l'organisation ? Quelle a été la répartition des tâches ? Comment s'effectue le suivi par les instances décisionnelles ? Etc.

Indicateur d'Activité (IA) : il exprime par des données souvent chiffrées la quantité de la production d'une action réalisée (nombre de bénéficiaires, de réunions,...). Il peut prendre la forme de tableaux de bord, en recueillant des indicateurs faciles à obtenir et pertinents, en utilisant des grilles.

Indicateur de Résultats (IR) : deux définitions d'indicateurs de résultats peuvent être proposées :

1) L'indicateur de résultat est défini comme des données mesurables permettant de juger de l'atteinte de l'objectif (exemple: éléments de mesure de l'amélioration de la pratique professionnelle). On peut le qualifier de résultat intermédiaire.

2) L'indicateur de résultat permet à travers des données de juger de l'impact de l'action sur la santé (pluriannuel, sur un territoire, exemple : diminution de nouveaux cas annuels de tuberculose). On peut le qualifier de résultat final.

Elaborer des outils appropriés pour réaliser le suivi évaluation des actions.

⇒ **Au niveau du COPIL**

Programme x...Tableau de bord – Suivi général des indicateurs retenus et résultats attendus (à adapter au regard des actions mises en œuvre)

Intitulés des actions	Indicateurs de processus	Indicateurs d'activité	Indicateurs de résultats	Résultats attendus	Sources et méthodes à mobiliser
Action 1 « Développer... »					
Action 2 « ... »					

⇒ Au niveau des acteurs

Programme xTableau de suivi des actions par les acteurs

Objectif opérationnel du projet <i>auquel se rattache la ou les actions</i>	Intitulés <i>des actions</i>	Objectifs poursuivis	Résultats attendus	Publics cibles ? <i>(Liste déroulante)</i>	Publics cibles ? <i>(Liste déroulante)</i>	Publics cibles ? <i>(Liste déroulante)</i>	Si autre public cible, précisez :	Nombre de bénéficiaires ciblés	Territoire d'intervention <i>(Liste déroulante)</i>
				1	2	3	4		
Objectif opérationnel 1	Action 1								
	Action 2								

Les ressources ont été mobilisées comme prévu	Si non ou partiellement... pourquoi ?	Les groupes cibles ont été atteints comme prévu	Si non ou partiellement... pourquoi ?	Les actions ont été réalisées et sont conformes à la programmation	Si non ou partiellement... pourquoi ?	Les objectifs cibles ont été atteints	Si, Non ou Partiellement ... <i>(Justifiez, éléments clés)</i>	Indicateur d'activité <i>(au regard des objectifs programmés et des valeurs prévisionnelles)</i>	Indicateur d'activité <i>(au regard des objectifs programmés et des valeurs prévisionnelles)</i>	Indicateur d'activité <i>(au regard des objectifs programmés et des valeurs prévisionnelles)</i>	Indicateur de résultats <i>(au regard des objectifs programmés et des valeurs prévisionnelles)</i>	Indicateur de résultats <i>(au regard des objectifs programmés et des valeurs prévisionnelles)</i>	Indicateur de résultats <i>(au regard des objectifs programmés et des valeurs prévisionnelles)</i>
OUI/ NON/ En partie		OUI/ NON/ En partie		OUI/ NON/ En partie		OUI/ NON/ Partiellement		1	2	3	1	2	3

Est-ce que l'action a contribué à ... améliorer la dynamique de coopération ? Oui/Non/ Partiellement	Sur quels aspects ?	Est-ce que l'action a contribué à ... l'amélioration des pratiques ? Oui/Non/ Partiellement	Sur quels aspects ?	Est-ce que l'action a contribué à activer des leviers permettant d'agir sur les ISTS ... Intersectorialité/ Prise en compte des déterminants sociaux/ Participation des habitants/ ... Oui/Non/Partiellement	Lesquels ?	Est-ce que l'action a contribué à l'amélioration du parcours de santé des bénéficiaires sur le territoire ... ? Oui/Non/Partiellement	Sur quels aspects ?

Freins identifiés	Leviers Identifiés	Pistes d'amélioration

Evaluation de la coopérative d'acteurs

La démarche d'évaluation des coopératives d'acteurs doit s'inscrire dans la continuité des travaux engagés par LH Conseil dans le cadre de l'évaluation ex-ante réalisée début 2018 et des recommandations formulées dans le rapport final diffusé en mai. Il est important de conforter la démarche engagée et de la compléter par la mise en place d'un Système d'Information (SI) qui permette dans le cadre d'une démarche d'évaluation externe ex-post, de mesurer l'efficacité et l'utilité des coopératives d'acteurs au regard des objectifs poursuivis. Celle-ci doit être co-élaborée avec l'ensemble des acteurs concernés.

Comment fait-on ?

1. Mettre en place les instances d'évaluation

- **Un comité de pilotage** - Instance décisionnelle en charge de la définition des finalités de l'évaluation et de la validation des différentes étapes de la démarche.
- **Un comité technique d'évaluation** – Il a pour mission d'assurer la conduite opérationnelle et le suivi de l'évaluation.
- **Un chargé d'évaluation** – Il fait l'interface entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel. Il s'assure également de la cohérence globale de la démarche.

La démarche d'évaluation régionale des coopératives d'acteurs sera pilotée par l'agence. A cette occasion, il lui reviendra de mettre en place les différentes instances précédemment citées. Néanmoins, il revient à chaque coopérative d'acteurs de prévoir, à son niveau, une équipe en charge du suivi évaluation de l'ensemble de son projet et d'enrichir la démarche par de nouvelles approches évaluatives.

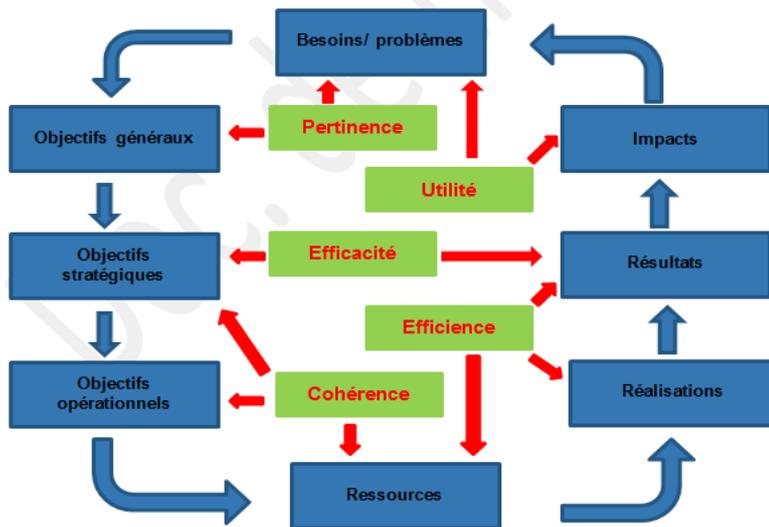
2. Définir les objectifs et les registres de l'évaluation

Les objectifs peuvent être de plusieurs ordres . Exemples :

- Mesurer la contribution de la coopérative d'acteurs à la production de certains effets escomptés,
- Mesurer les effets de certaines actions réalisées pour qu'elles servent d'exemple, pour les dupliquer, pour les améliorer, ...

Quels registres de l'évaluation souhaite-t-on questionner ?

La pertinence? La cohérence ? L'efficacité ? L'efficacité ? L'utilité ?

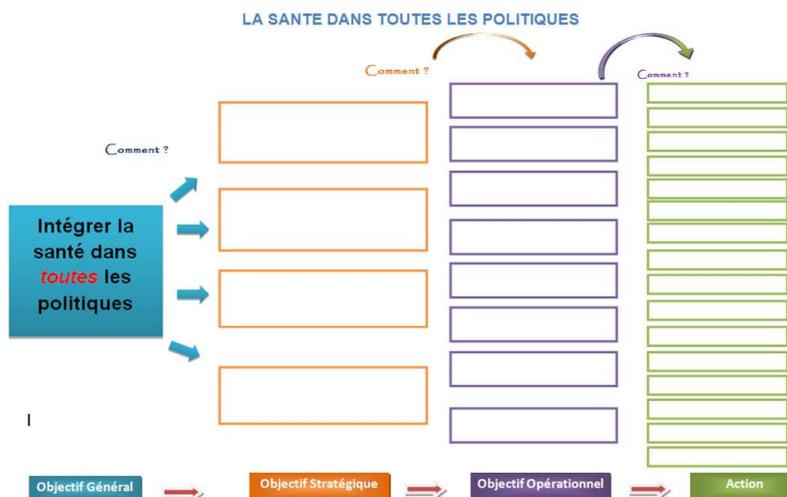


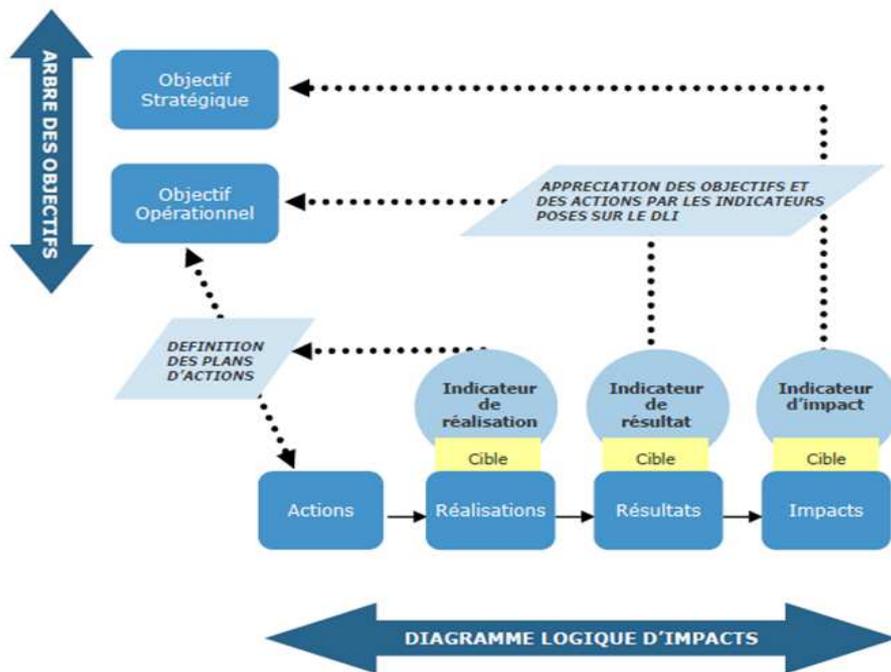
Il est important que l'on puisse mesurer l'efficacité et l'utilité des coopératives d'acteurs mises en oeuvre.

3. Mettre à plat la théorie d'actions de la coopérative d'acteurs

Une politique a toujours des objectifs généraux, stratégiques et opérationnels et prévoit des effets (directs et indirects, attendus ou non)   plus ou moins long terme au regard des objectifs arrêtés.

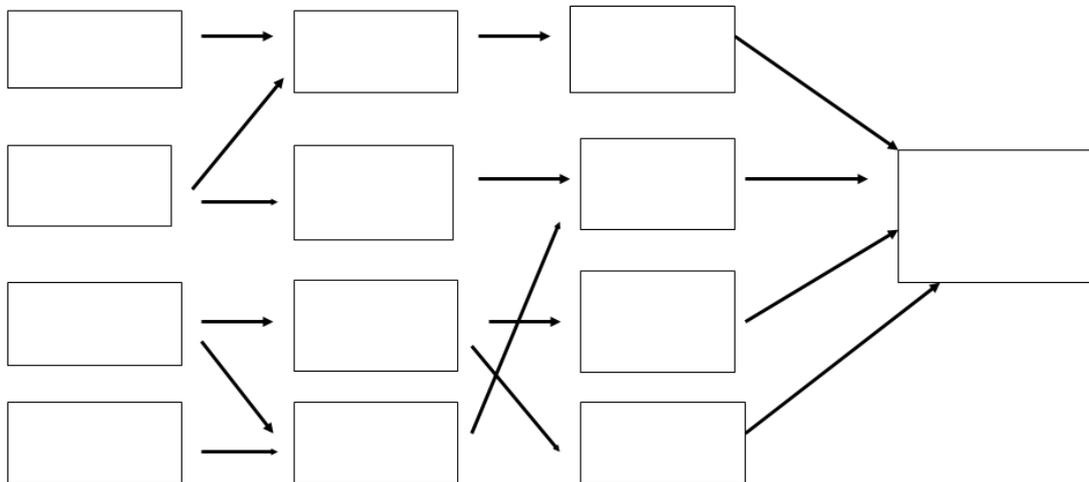
La réalisation « en miroir » d'un arbre des objectifs et d'un diagramme logique d'impact doit permettre de clarifier les intentions et de partager une vision commune du projet de coopérative d'acteurs à mettre en oeuvre.





Il s'agit de comprendre les liens entre les interventions et les effets potentiels d'une politique. C'est à partir de là que l'on pourra formuler et/ ou clarifier les questions évaluatives.

Réalisations Impacts intermédiaires Impact global



4. Définir les questions évaluatives

Trois questions évaluatives retenues dans le cadre de l'évaluation ex-ante seront reprises pour la démarche d'évaluation ex-post (ou en cours ?) :

- En quoi la structuration de coopérative d'acteurs a-t-elle favorisé l'amélioration de la qualité des actions de promotion de la santé ? Sur quels aspects ?
- La dynamique de coopération a-t-elle permis d'améliorer les pratiques, le partage, la diversité des acteurs ?
- Dans quelle mesure l'engagement de l'ARS a-t-il à la fois évolué et favorisé la transformation de l'action locale ?

5. Définir les critères et les indicateurs d'évaluation

Le critère de jugement précise un aspect de l'intervention évaluée qui va permettre d'apprécier son mérite ou son succès. Un critère est : *Clair / Précis/ Simple/ Plus technique que la question évaluative/ Fidèle à la question évaluative.*

Il permet de :

- Fonder le jugement sur des bases explicites, validées et acceptées
- Eviter la subjectivité / Transparence
- Structurer la réponse aux questions évaluatives

Il faut toujours définir le critère de jugement avant de penser à l'indicateur et limiter le nombre de critères par question (*4 maximum*).

L'indicateur permet :

- o D'objectiver la situation.
- o De quantifier, de mesurer l'atteinte des objectifs.
- o De renforcer les éléments de preuve sur lesquels on répond à la question.
- o De qualifier précisément le critère de jugement ou la variable que l'on cherche à observer.

Le cabinet LH Conseil a élaboré un référentiel d'évaluation qui répond en partie à l'ensemble de la démarche. Il devra néanmoins être repris, ajusté et confronté au principe de faisabilité avec l'ensemble des acteurs concernés (*cf. Rapport de synthèse pages 27/28*).

6. Développer un système d'information accessible en ligne

- a) Elaborer un cahier des besoins ...
- b) Prendre attache avec le service développement informatique
- c) Passer en mode projet (taches, calendrier...)

8.FOIRE AUX QUESTIONS



-Qu'entend-t-on par co-construction (4) ?

Cette notion permet de décrire l'implication d'une pluralité d'acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet. Au travers d'un processus volontaire et formalisé, les acteurs de la co-construction doivent parvenir à articuler leurs différentes compétences pour s'accorder sur une définition de la réalité et une méthode d'intervention. L'engagement des parties prenantes dépasse ainsi le mode de l'information ou de la concertation, puisqu'il implique la participation aux processus de décisions. La co-construction peut soumettre les acteurs à deux défis : la transformation des représentations de chacun pour aboutir à une convergence des points de vue et la régulation des jeux de pouvoir.

- Quel type de gouvernance est préconisé (4)?

La CA privilégie une forme organisationnelle appelée « gouvernance collaborative ». Elle encourage la collaboration entre des organismes publics et des acteurs « non étatiques » (n'appartenant pas à un organisme public) dans un processus de prise de décision en vue de mettre en œuvre des politiques publiques. Dans ce type de gouvernance les acteurs privés et publics, caractérisés par leur règles de fonctionnement propres doivent utiliser des processus particuliers pour travailler collectivement. Cinq éléments sont à prendre en considération pour favoriser le développement d'une gouvernance collaborative :

- Veiller à l'équilibre de pouvoir entre les différents acteurs
- Favoriser la participation au sein du groupe et l'expression des attentes de chacun
- S'appuyer sur un leadership au sein du groupe
- Disposer de règles claires et d'un processus transparent
- Mettre en place un processus de construction collaboratif (avec des phases de pré-négociation, négociation, mise en œuvre).

Par ailleurs, Il est conseillé :

- d'associer les élus et leurs équipes sur la phase initiale de mise en œuvre de la coopérative d'acteurs
- d'impliquer en amont les directions des structures et organismes parties prenantes
- de coopter des acteurs en capacité de répondre aux objectifs du projet
- de définir avec précision le positionnement de chaque acteur et partenaire au sein de la coopérative d'acteurs : préciser les effets de complémentarité et subsidiarité attendus.

Enfin, il faut savoir qu'il est fréquent de rencontrer des obstacles au bon fonctionnement partenarial... Aussi faut-il prévoir des temps d'évaluation du processus de façon régulière, afin, en cas de blocage, de réfléchir collectivement à des solutions satisfaisantes pour tous.

(4)You C., Joanny R.,Breton E.(2017).Intervenir localement en promotion de la santé: les enseignements de l'expérience du pays de Rodon-Bretagne sud. Rennes : chaire « Promotion de la santé » à l'EHESP.

- Un financement du programme est-il possible ?

Oui. Le budget alloué au programme par l'ARS est réparti en fonction de la contribution propre à chacun des intervenants dans les actions du programme.

- Quel est le mode de contractualisation ?

Le programme d'actions de la coopérative d'acteurs est décrit dans une convention de partenariat. Elle est signée par l'ARS, les partenaires et, éventuellement, d'autres financeurs. Elle présente une description des objectifs du programme, le contenu des actions (fiche-action), les conditions de détermination des contributions financières, pilotage et suivi, la durée, la modification et résiliation de la convention (voir exemple dans fiche dédiée).

- La coopérative d'acteurs peut-elle structurer des actions déjà existantes ?

Oui. Cette démarche est tout à fait adaptable dans le cas d'un financement déjà existant de plusieurs acteurs intervenant sur un même territoire (exemple : maison d'arrêt, foyers de travailleurs migrants, lieux de prostitution...). On peut, dès lors, envisager un programme d'actions structuré collectivement et formalisé par une convention de partenariat.

- Coopératives d'acteurs et dispositifs locaux existants (CLS, ASV..), quels positionnements respectifs ?

Une attention particulière doit être portée à l'articulation CLS/CLSM/Contrat de ville pour assurer la cohérence d'ensemble du projet de territoire visant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

D'une façon générale, l'inscription de la coopérative d'acteurs au sein d'un paysage local n'est pas neutre et peut fragiliser des équilibres politiques, institutionnels et professionnels. Il est donc utile que la démarche apporte une réelle plus-value aux dynamiques existantes, dans un esprit de complémentarité et non de subsidiarité.

Pour s'extraire d'une possible confusion de rôle et de représentation, la coopérative d'acteurs a intérêt à se positionner résolument sur des territoires élargis, à une échelle intercommunale et/ou sur des territoires de projet à dimension variable, associant au moins deux communes. Ce positionnement intercommunal recouvre plusieurs atouts : il favorise une convergence d'expertise et d'expériences, invite à une mutualisation politique et institutionnelle accrue, renforce une capacité d'interpellation vis-à-vis de telle ou telle politique publique... Il renforce également les stratégies et actions portées par les contrats locaux de santé. La coopérative d'acteurs peut enrichir sans risque d'ingérence l'expertise locale. Les territoires où existent des difficultés de coordination d'acteurs peuvent également être prioritaires.

-Quelle est la valeur ajoutée de la CA par rapport aux autres dispositifs existants ?

La valeur ajoutée d'une coopérative d'acteurs réside dans son positionnement territorial. Elle agit sur un niveau de **territoire intermédiaire**, en renforçant des dynamiques intercommunales et/ou en **investissant des champs d'action locaux non ou partiellement couverts**. Par ailleurs, elle représente une innovation organisationnelle pour l'Agence.

-Les avantages d'une CA pour l'Agence, les acteurs, les bénéficiaires ?

-Pour l'Agence: voir point 2. L'objectif est de rendre plus directement perceptible son engagement aux côtés des acteurs des territoires pour mieux ancrer son action de réduction des inégalités, la potentialiser avec celle des autres intervenants et lui donner plus de légitimité. Vue par les acteurs des programmes en cours, l'Agence est perçue dorénavant comme « catalyseur », et bien plus « moteur » qu'avant...

-Pour les acteurs : le fait de s'engager dans un projet de territoire emblématique, autour d'un projet commun co construit, avec l'assurance d'un partenariat de qualité avec l'ARS et potentiellement financé. Voir aussi l'encadré «paroles d'acteurs sur la valeur ajoutée d'une coopérative d'acteurs » page 12 .

-Pour les bénéficiaires : l'état d'avancement des programmes expérimentaux actuels ne permet pas de répondre de façon étayée à cette question. Toutefois on présuppose qu'une réponse coordonnée et pluridisciplinaire contribuera à terme à améliorer la santé de la population cible. On trouve dans la littérature en promotion de la santé des exemples d'actions qui en établissant de nouvelles relations entre des acteurs institutionnels et associatifs ont rendu possibles des initiatives qui ont profondément impactées la qualité de vie de la population (5).

(5) Durie,R.&Wyatt,K(2013).Connecting communities and complexity : a case study in creating the conditions for transformational change.Critical Public Health, 23 (2),174-187.

9. POUR EN SAVOIR PLUS...



Bibliographie adaptée de l'ouvrage : « Intervenir localement en promotion de la santé: les enseignements de l'expérience du pays de Rodon-Bretagne sud ». Rennes: chaire « Promotion de la santé » à l'EHESP. You C., Joanny R., Breton E. (2017).

-La promotion de la santé et ses principes d'intervention

- Blanpain, N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers, INSEE Première, 1584. www.insee.fr/fr/statistiques/1908110?sommaire=1893101
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : « Parlons-en »*. www.nccdh.ca/images/uploads/Approaches_FR_Final.pdf
- Commission des déterminants sociaux de la santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération*. www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- Guichard, A., Ridde, V., Nour, K. et Lafontaine, G. (2015). *Réflex-ISS : Outil de réflexion pour mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé*. extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3826/Guide-utilisation-REFLEX-ISS.pdf
- Hamel, E., Bodet, E. et Moquet M.J. (2012). *Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé* (Santé en action). Saint-Denis : Inpes.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (2009). *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?* www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1250.pdf

- Mantoura, P., & Morrison, V. (2016). *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. Montréal, Québec: *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. www.ccnpps.ca/102/publications.ccnpps?id_article=1547
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1
- OMS. (2005). *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf?ua=1
- OMS. (2016). *Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le programme de développement à l'horizon 2030*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. www.who.int/healthpromotion/conferences/fr/
- Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Bretagne, Agence Régionale de Santé Bretagne. (2014). *Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?* www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Actualites/Actualites_2013/semaine_49/ChartePPS_14.pdf
- Promotion Santé Suisse. (2007). *Critères de qualité des projets*. quint-essenz.ch/fr/files/Criteres_de_qualite_52.pdf
- Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé. ww.refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPSapprocheecologique.pdf
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). *Les déterminants sociaux de la santé*. Les faits. 2nde éd. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf

-Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux pour réduire les ISTS

- Breton, E. (2016). La Charte d'Ottawa :30 ans sans plan d'action ? *Santé Publique*, 28(6), 721–727.
- Breton, E. et Briand, M-R. (2013). Mobiliser les acteurs pour des programmes et politiques qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé. *La Santé en Action*, 425, 29-31.
- Ferron, C., Breton, E. & Guichard, A. (sous la dir.) (2013). Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble. *Dossier de la Santé en action*, 425, 10-41.
- Guichard, A., & Dupéré, S. (2017). Approches pour lutter contre les inégalités sociales de santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw (Eds.), *Promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp.97–114). Rennes : Presses de l'EHESP.
- Guichard, A. et Potvin, L. (2010). Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In L. Potvin, M.-J. Moquet & C.M. Jones (Eds.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp35-51). Saint-Denis : Institut national de révention et d'éducation pour la santé. www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf
- Joanny, R. (2014). Recommandations pour l'élaboration d'un projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé. www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/recommandationsri_integral.pdf

-Gouvernance, co-construction

- Akrich, M. (2013). Co-construction | DicoPart. In *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*. Paris: GIS Démocratie et Participation. <http://www.dicopart.fr/fr/dico/co-construction>
- Bilodeau, A., Galarneau, M., Fournier, M., & Potvin, L. (2011). L'outil diagnostique de l'action en partenariat : fondements, élaboration et validation, 102(4), 298-302.
- Baron, C. (2003). La gouvernance : débats autour d'un concept polysémique. *Droit et société*, n°54(2), 329-349.
- Mazouz, B., Rousseau, A., & Sponem, S. (2015). Le gestionnaire public en question. 1 - Institution et organisation. *Revue française de gestion*, 41(250), 89-104.
- Foudriat, M. (2016). La co-construction : une alternative managériale. *Politiques et interventions sociales*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- Decoster, D.-P. (2014). Pourquoi faut-il « apprivoiser » la confiance entre tous pour cultiver un processus de développement local durable ? *Global Health Promotion*, 21(1 Suppl), 31-35.

-Mobilisation et engagement des acteurs locaux

- .Commission des déterminants sociaux de la santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération*. Repéré à l'URL : www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- Clavier, C. et Gagnon, F. (2013). L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu. *La revue de l'innovation dans le secteur public*, 18(2), 1-16.
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G. et Livian, Y-F. (2005). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations* (3ème éd.). Paris : Le Seuil.
- Bilodeau, A., Lapierre, S. et Marchand, Y. (2003). *Le partenariat : comment ça marche ? Mieux s'outiller pour réussir*. Montréal : Direction de santé publique.
- Potvin, L. et Aumaitre, F. (2010). Les partenariats : espaces négociés de controverses et d'innovation. Dans L., Potvin, M.J., Moquet et C.M., Jones (dir.) *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp318-325). Saint-Denis : Inpes.
- Le Boterf, G. (2013). *Travailler en réseau et en partenariat. Comment en faire une compétence collective ?* (3ème éd.) Paris : Eyrolles.
- Clavier, C. (2010). Les compétences des médiateurs dans les partenariats intersectoriels. Dans L., Potvin, M.J., Moquet et C.M., Jones (dir.) *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp326- 333) Saint-Denis : Inpes.
- Saïas, T. (2009). Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 7-16.
- You C., Joanny R., Breton E. (2017). Intervenir localement en promotion de la santé: les enseignements de l'expérience du pays de Rodon-Bretagne sud. Rennes: chaire « Promotion de la santé » à l'EHESP. Téléchargement : https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/05/Livre_Fiches_RETEX_EHESP.pdf

-Boîte à outils francophone

- Douiller, A. et coll. (2012). *25 techniques d'animation pour promouvoir la santé*. Brignais : Le Coudrier.
- Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (2012) *Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé : pour un diagnostic partagé inscrit dans une démarche de projet*. www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/Guide_DLS_Operateurs_Final_Signature.pdf

- Fondation Roi Baudoin (2006). *Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur*. Version en ligne : www.kbs-frb.be.
- Institut Atlantique d'Aménagement des Territoires (2005). *Guide méthodologique du travail en commun*. Version en ligne : www.thierry-lequeu.fr/data/guide_methodo_complet.pdf
- Institut Renaudot (2014). *La position de l'Institut Renaudot sur l'empowerment et les démarches communautaires*. http://www.institut-renaudot.fr/wp_itr_prod/wp-content/uploads/2014/05/DCS-et-empowerment.pdf
- Radix, Centre des compétences suisse en promotion de la santé et prévention (2010). *Promotion de la santé et prévention dans les communes : Guide pratique pour une planification efficace*. Repéré à l'URL : www.radix.ch/files/DP0Q3FC/20100412_etatdeslieux_guide_pratique.pdf.
- Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique. Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé*. Repéré à l'URL : [ww.refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPSapprocheecologique.pdf](http://www.refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPSapprocheecologique.pdf)

ANNEXE 1

LES OUTILS DE LA TERRITORIALISATION

	CLS Contrats locaux de santé	CPTS Communautés professionnelles territoriales de santé	PTA Plateformes territoriales d'appui	MAIA Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
Principaux textes de référence	Loi HPST, 2009 Loi ALUR, 2014 Loi de Modernisation du Système de Santé (MSS), 2016	Loi de MMS, 2016 Art.65	Loi de MSS, 2016 Art.74	Plan Alzheimer 2008-2012 Loi ASV 2015
Champ d'intervention	Prévention, soins, médico-social et déterminants sociaux de santé	Soins, prévention (médicalisée) + social	Soins, médico-social, social	Médico-social +sanitaire et social
Objectifs	Réduction des ISTS Construction de parcours de santé adapté au niveau local	Structuration d'une offre de soins ambulatoires et des parcours de santé	Prévention des hospitalisations évitables et des ruptures de parcours	Simplifier le parcours de vie et de santé des PA et de leurs aidants
Publics visés	Tout Public (gradient social+abond précarité)	Population du projet de santé de la CPTS	Professionnels-Patients complexes sans critère d'âge et de pathologie.	60 ans et + en perte d'autonomie/patients complexe +Prof.
Méthodes/ Approches	Démarche projet : diagnostic, programmation ... Abord ISTS, parcours de	Démarche projet : diagnostic+ Projet de santé+ possibilité de CTS... Organisation/coordination des PS du	Coordination des parcours complexes Guichet unique :info/orientation parcours, soutien initiatives	Concertation, guichet intégré, gestion de cas complexes, SI intégré

	santé	secteur ambulatoire	des PS	
Acteurs	Pilotage partagé CT/ARS/Préfecture (+CPAM/CD/ES) Autres : habitants, associations, autres institutions...	Pilotage prof.de santé Composition :ESP, de PS 1 ^{er} recours et de 2 ^{ème} recours Appui de l'ARS Autres : élus, usagers...	Pilotage ARS : validation de l'opérateur choisi sur propositions du territoire (à défaut choix par l'ARS) Composition : équipe pluridisciplinaire	Pilotage ARS : choix des porteurs, validation mise en œuvre Composition : pilote, gestionnaire de cas
Périmètre d'intervention	Commune ou Intercommunalité	Périmètre non réglementé-territoire de projet (regroupement ESP et partenaires)	En cohérence avec CPTS/ESP	Territoire infra-départemental : 32 MAIA en IDF
Couverture de territoire	Territoires prioritaires : IDH/PV	Absence de ciblage : tout le territoire (si proposition de projets).En cas de carence sur un territoire, l'ARS peut susciter la création de CPTS.	Tout le territoire	Tout le territoire

Maj 06 2017

E-PARCOURS

L'ARS Ile de France s'est engagée avec l'ensemble des partenaires de la région dans le développement de dynamiques locales, constituées sur la base de territoires d'action dessinés conformément à l'initiative des acteurs du parcours de santé entendus comme les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire, désignés « territoires de coordination ».

Dans ce cadre, elle a engagé depuis plusieurs années, un programme régional numérique visant à mettre en place un socle de services à valeur ajoutée entre les acteurs participant à la prise en charge, le patient/usager et son entourage (infrastructure, répertoire de ressources, rapprochement d'identité) et expérimenter des solutions numériques en appui à de nouvelles organisations (télé médecine, projet Paerpa).

Une première expérimentation d'organisation autour du parcours de prise en charge coordonnée du Patient a été menée dans le cadre du projet « Territoire de Soins Numériques », sur le territoire du 94 Ouest, avec des travaux autour de différents parcours (diabète, périnatalité, insuffisance cardiaque, cancer) et la mise à disposition des acteurs d'une plate-forme régionale numérique (Terr-eSanté) permettant la partage d'informations pertinentes et la mise à disposition de services numériques nécessaires au parcours du patient (dossier de parcours, résultats d'examens, gestion des rendez-vous, prescription électronique, aide à l'évaluation des situations et à l'orientation, alertes et signalements, surveillance, recherche d'un offreur de soins, géolocalisation, échanges sécurisés...).

Aujourd'hui la démarche E-parcours s'appuie sur la plate-forme numérique régionale qui permet l'accès sécurisé à l'information nécessaire à la prise en charge coordonnée et à la prise décision ainsi qu'à un ensemble de services à valeur ajoutée facilitant l'analyse de l'information et l'organisation du parcours comme :

- Mettre à disposition un dossier administratif intégrant les informations d'identité et de prise en charge.
- Partager le dossier médical de coordination intégrant les informations pertinentes nécessaire au suivi du patient, y inclus les résultats d'examens, l'accès à l'image et la prescription de médicaments.
- Fournir un service de communication et de « réseau social » entre les acteurs.
- Accéder aux ressources en temps réel et permettre la prise de rendez-vous.
- Apporter aux dispositifs territoriaux d'appui les outils numériques nécessaires à leur travail quotidien.
- Accéder aux services de téléconsultation/télé expertise et de télésurveillance avec remontée d'alertes.

La conduite de projet proposée est fondée sur une démarche territoriale portée de façon déconcentrée, en lien avec les délégations départementales, par les acteurs territoriaux sanitaires, sociaux et médico sociaux concernés (nécessairement des professionnels libéraux, des établissements sanitaires et médico-sociaux) ainsi que les usagers, dans une démarche construite, contractualisée, suivie et évaluée transversalement par projet. La conduite du projet est portée par une équipe projet territoriale et un chargé de mission identifié, à l'échelle territoriale chargés de la convergence des dispositifs d'appui, de l'animation métier entre les acteurs, et de préparer les décisions du COPIL territorial.

A l'heure actuelle, 12 territoires sont actifs sur E parcours, sur la vingtaine que compte la région, avec l'installation de dynamiques territoriales et de travaux collaboratifs. Il existe un référent « e-parcours » au sein de chaque DD.



« En pratique : La coopérative d'acteurs en promotion de la santé en IDF »

Rédacteurs : Patrick Arrighi/Christian Laborda – Département

Méthodologie, Innovation, Participation des habitants

Contributeurs : Délégations départementales de l'ARS-Pôles PPS/ Sylviane Kohn Scherman (télémédecine et e-parcours)

Relecteurs : Luc Ginot (directeur DPSRI), Annie Serfaty (responsable du département Méthodologie, Innovation, Participation des habitants)

Crédits photos : Thinkstock