

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Dépistage organisé du cancer du sein



Contexte et objectif

Assurer l'équité territoriale d'accès au dépistage organisé du cancer du sein

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

ADECA 21-58
Communauté de communes du Châtillonnais,
CHI Châtillonnais, ORS

Description du projet

- Implantation d'une offre régulière de mammographie dans le Châtillonnais
- Collaboration avec la communauté de communes pour tout l'aspect financier du projet
- Prise en charge par cette EPCI quitte dans un second temps à solliciter d'autres partenaires financiers (Conseil Régional, Conseil Général)
- Partenariat avec le CHI de Châtillon sur Seine pour l'implantation physique de l'appareillage au sein de l'établissement et formation des manipulateurs radio
- Appel à volontaires auprès des radiologues Côte-d'Or agréés dépistage pour assurer une vacation hebdomadaire sur le CHI
- Travail préparatoire avec les médecins généralistes du territoire intercommunal
- Préparation début 2009, mise en œuvre octobre 2009
- **Population cible** : femmes âgées de 50-74 ans qui résident sur le territoire de la Communauté de communes du Châtillonnais
- **Professionnels et structures impliqués** : Médecins généralistes, Gynécologues, Radiologues, Centre hospitalier
- **Organisme en charge de l'évaluation** : ADECA 21-58
- **Critères d'évaluation** : Évolution de l'activité de dépistage organisé sur le territoire

Bilan Évaluation

- **Résultats obtenus** : augmentation de l'activité de dépistage sur le territoire défini de 35,9 % comparativement à la période de référence. L'activité sur le reste du département ayant augmenté dans la même période de 11,6 %. L'offre mise en place a donc permis un accroissement d'activité de près de 25 % sur ce secteur.
- **Évaluation du différentiel vis-à-vis des objectifs recherchés** : une augmentation d'activité de 15 % était espérée. Celle-ci a été supérieure de 10 points aux résultats attendus.
- **Difficultés rencontrées** : aspect réglementaire de règlement des honoraires
- **Solutions apportées** : intervention CPAM, ARS
- **Vision prospective** : évaluation de l'action au bout de 2 ans

Communication

Cible professionnels de santé et grand public (presse, réunion d'information, courrier)

Financement

Communauté de communes du Châtillonnais, Conseil Général de Côte d'Or, Conseil Régional de Bourgogne

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Initiation à l'Éducation Thérapeutique du Patient Hépatite C chronique

Familiarisation au programme AVANCE (Agir Vivre ANTiciper Ensemble contre l'hépatite C)

Contexte et objectif

Former les soignants à l'Éducation Thérapeutique du Patient pour les patients hépatite C

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

SOS Hépatites Fédération
Laboratoire Schering-Plough MSD

Description du projet

- 1) Élaborer un projet d'éducation au sein du service et en lien avec les autres structures de soins locales (qui éduquer, quelle montée en puissance, où, avec quel outils ?)
- 2) Mener des entretiens d'éducation sur l'hépatite C avec des patients au moment de l'instauration d'un traitement
- 3) Prendre connaissance du portfolio AVANCE et/ou élaborer d'autres outils d'interaction éducative

La formation se décline en 2 journées la première année
Et une journée d'évaluation + remise à jour à distance

Objectifs pour les participants :

- S'initier aux méthodes et moyens pédagogiques nécessaires et suffisants pour répondre aux besoins des patients
- Diagnostic éducatif
- Écoute active et techniques d'entretiens centrés sur le patient
- Identifier et savoir expliquer/accompagner les comportements de santé bénéfiques au patient VHC
- Sélectionner les éléments et facteurs sur lesquels il est important d'agir
- Négocier des objectifs raisonnables et ciblés sur les besoins du patient
- S'initier aux outils d'interaction et de suivi éducatifs
- Organiser une activité d'éducation thérapeutique

Bilan Évaluation

- Les formations Avance en 2009 ont bénéficié à 196 professionnels du soin en contact avec des personnes atteintes par VHC.
- Le nombre moyen de stagiaires par session est de 23.
- Les infirmières des services hospitaliers représentent la grande majorité des professionnels formés. À noter tout de même une quarantaine de professionnels des CSAPA et la session menée à Marseille, destinée aux professionnels intervenant en milieu pénitentiaire.

Intérêt et utilité de la formation

Notes sur 10	9 ou 10	7 ou 8	de 4 à 6	2 ou 3	0 ou 1
Intérêt de la formation					
Journée I	54,7 %	38,3 %	7,0 %	-	-
Journée II	52,9 %	45,7 %	1,4 %	-	-
Utilité de la formation					
Journée I	36,3 %	52,5 %	10,0 %	1,2 %	-
Journée II	43,5 %	49,3 %	7,2 %	-	-

Communication

Congrès Toxicomanie Hépatites Sida
Autres congrès

Financement

MSD, pas d'autres crédits accordés malgré nos demandes

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Programme PROCHE

PRogramme d'Optimisation des CHimiothérapies

Contexte et objectif

Améliorer la qualité des soins, l'efficacité hospitalière et la satisfaction des patients et soignants, en hôpital de jour d'oncologie à l'HEGP.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

- **Hôpital Européen George Pompidou, APHP (Service Oncologie, Pharmacie)**
- Merck Serono, Direct Medica, École Centrale Paris
- **Auteurs** : Pr S. Oudard, Dr F. Scotte, Dr B. Bonan, Dr J. Stevens

Description du projet

- Mise en place d'un programme de rappel des patients en amont des séances de chimiothérapie pour recueillir des données cliniques (bilan infirmier) et biologique de toxicité
 - o Signature d'un consentement éclairé des patients
 - o Appel des patients à J-3 des chimiothérapies
 - o Réception hebdomadaire des bilans de biologie
 - o Transmission des bilans à l'hôpital à J-2
- **Nombre de patients inclus** : 1 039 patients
- **Transmission des bilans** aux oncologues en amont des chimiothérapies pour permettre une adaptation anticipée des traitements (adaptation du protocole, soins de support)
- Préparation anticipée des traitements à la pharmacie
- Approche pluridisciplinaire impliquant les médecins, les pharmaciens, les équipes de soins, et l'administration de l'hôpital
- Mise en place d'indicateurs de suivi opérationnels et cliniques
- **Recueil des données** en amont de la mise en place du programme (base line), puis recueil continu des données sur 24 mois
- **Évaluation d'impact** (analyse des données opérationnelles et cliniques)
- Élaboration d'un modèle économique de valorisation de la démarche (École Centrale Paris)
- Communication avec les médecins libéraux (promotion file active)
- **Présentation des résultats** à l'APHP, ARS IDF, Ministère de la Santé
- Obtention d'un label Medicen (pole de compétitivité IDF)

Bilan Évaluation

- **Constitution d'une base de données clinique** concernant plus de 10 000 cures de chimiothérapie
- **Réduction de la durée de séjour** des patients de 50 minutes (- 21 %)
- **Amélioration de la satisfaction** des patients et des équipes soignantes
- **Réduction des toxicités** de 13 à 4 % des cas (- 70 %)
- **Réduction des pertes de poches** de traitement de 6 à 3 % (- 50 %)
- **Augmentation du nombre de patients traités** de 20 à 25 / j (+ 25 %)
- **Réduction des annulations** de dernière minute
- **Réduction des coûts** de transport ambulancier de 10 %

Communication

Congrès de l'ASCO, Journées Internationales de la Qualité Hospitalière, Journées Parlementaires d'Oncologie, Symposium sur l'Efficiace Hospitalière. Publication scientifique en cours.

Financement

Programme mis en œuvre avec le soutien financier du laboratoire Merck-Serono

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Aider les personnes en difficulté : une mission de l'ADCO



Contexte et objectif

Une des priorités de l'ADCO est d'apporter une aide aux personnes en situation précaire, celles que nous ne rencontrons pas dans nos animations habituelles.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

ADCO - Association des Diabétiques de Côte d'Or
Yvray Robert, Maison des Associations
2 rue des Corroyeurs - Boîte B7 - 21000 DIJON

Description du projet

Méthodologie et déroulement :

Avec une diététicienne, nous organisons des séries d'ateliers pratiques autour de l'alimentation et faisons participer des petits groupes de diabétiques mais aussi de personnes ayant des problèmes de poids.

Nous acceptons tous les résidents désireux de s'informer et animons avec eux des petits jeux ludiques.

Chaque atelier à un thème :

Glucides, protides, lipides, pourquoi mange t-on ?

De quoi sont faits les aliments, etc.

Nous modulons en fonction des demandes et réitérons si besoin le thème abordé.

Nous adaptons aussi suivant les origines des participants.

Un minimum de 6 ateliers est programmé d'une durée d'une à deux heures tous les quinze jours.

Bilan Évaluation

Résultats : depuis 3 ans, nous avons organisé plus de 60 ateliers en série de 6 à 8 séances ou ponctuels dans certaines résidences. Pour les diabétiques, un constat : Malgré leurs difficultés, nous constatons qu'au fil des rencontres, des notions simples de diététique sont mises en application, mais aussi prises en compte par les autres participants.

Une émulation se crée dans les groupes, et les connaissances se partagent avec ceux qui ont parfois du mal à suivre.

Bien entendu, la situation de ces personnes ne peut pas nous permettre de dire que leur mode de vie changera totalement, mais les retours des responsables nous confortent car elles constatent des améliorations dans le comportement de leurs résidents. À ce jour, nous avons été suivis par environ 240 diabétiques et autant par des personnes concernées par des problèmes de poids.

Points forts : L'ADCO est une des rares associations organisant ce type d'action car l'éducation thérapeutique pour cette population n'existe pas et elle fut innovante avant la mise en œuvre par les instances de santé d'objectifs éducation.

Perspectives : Nous souhaitons étendre notre programme vers d'autres structures hébergeant ou recevant des populations défavorisées.

Communication

Foyers Adomat, foyers de la Croix Rouge, EMMAÛS, Centre d'Aide par le Travail, etc.

Financement

Des dossiers de demandes de subventions sont en cours et des retours sont promis et même accordés par divers partenaires institutionnels ou privés. **Les partenaires financiers** restent la Municipalité Dijonnaise et certaines mutuelles. L'association prend en charge les déplacements de bénévoles et la rémunération de la diététicienne.

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Une initiative
unique :

BOUGER ENSEMBLE

Contexte et objectif

3 associations se sont regroupées pour offrir à leurs adhérents la possibilité de pratiquer une activité physique adaptée à leur pathologie et à leurs difficultés personnelles.

Nous préconisons l'exercice physique mais il faut persuader les gens qui ne sont pas motivés pour le faire seuls et isolés.

Les Cardiaques, les Diabétiques et les Insuffisants respiratoires ont rendez-vous avec des professionnels de santé dans des espaces proposés par des Centres de rééducation et des créneaux dans 2 piscines municipales.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

BOUGER ENSEMBLE

Yvray Robert, Maison des Associations
2 rue des Corroyeurs - Boîte B7 - 21000 DIJON

Description du projet

Méthodologie et déroulement :

Sites aménagés pour travailler une ou plusieurs fois par semaine sous la houlette de kinésithérapeutes et de professeurs d'Activités Physiques Adaptées (APA) issus ou stagiaires de l'UFR STAPS.

Il n'est pas question d'exploits, mais d'un maintien en forme en vue d'optimiser les traitements ou faire suite à de la réhabilitation cardiaque ou respiratoire.

Les difficultés physiques des participants font l'objet d'une orientation individualisée. 14 participants pour que chacun soit accompagné par le professionnel.

Vélo, marche sur tapis, aquagym, gym avec outils, mouvements destinés à dérouiller certains corps engourdis. Ambiance conviviale où il n'est pas question de concours et de performance.

18 séances programmées d'une heure par semaine. Coût : 4 € la séance.

Bilan Évaluation

Résultats : Pour les diabétiques, un constat : les participants disent avoir des glycémies améliorées après chacune des séances et en particulier avec l'aquagym. Cette réalité fait que les adhérents en parlent autour d'eux. Les personnes ayant bénéficié d'une rééducation médicalisée suite à un accident cardiaque ont la possibilité de continuer à leur rythme une activité physique tout comme les insuffisants respiratoires qui améliorent leurs capacités respiratoires.

Points forts : Seule association de ce type sur le territoire fonctionnant en partenariat avec un critère de fonctionnement : offrir de l'activité physique accompagnée.

Perspectives : Si le matériel nous est prêté par un prestataire qui en assure l'entretien, il faut prévoir des investissements dans l'avenir et trouver les fonds pour les salaires et les frais piscines.

Des dossiers de demandes de subventions en cours dont des retours nous sont promis et même accordés pour certains.

Nous espérons que cette expérience pourra trouver des extensions locales et sur l'hexagone et sommes évidemment prêts à partager afin d'éviter les erreurs que nous avons commises.

Communication

ABIR : Association Bourguignonne des Insuffisants Respiratoires
ADCO : Association des Diabétiques de Côte d'Or
Club **CŒUR ET SANTÉ** de Dijon

Financement

Le partenaire financier reste l'ARS et **les partenaires techniques :** l'UFR STAPS qui oriente les étudiants en recherche d'une activité rémunérée le temps de leur cursus, le centre de rééducation des ROSIERS, de DIVIO, la municipalité Dijonnaise et Chenevelière.

BOUGER ENSEMBLE est gérée uniquement par des bénévoles et les seuls salariés sont les éducateurs sportifs.

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Réseau Périnatal du Sud de l'Yonne



Réseau Périnatal du Sud de l'Yonne

Contexte et objectif

Améliorer la prise en charge globale des femmes enceintes des sept cantons du Sud de l'Yonne grâce à un travail de partenariat entre les professionnels des domaines médicaux, psychologiques et sociaux et en incluant les usagers.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Association de Périnatalité du Sud de l'Yonne

Président : Dr Beaugrand, MG, Avallon - Vice-Président : Dr Varloteaux, pédiatre-néonatalogiste - Trésorier : Dr Andral, MG, Joux la Ville - Secrétaire Dr Champeaux, MG, Maison de Santé de Guillon

Description du projet

Pour qui ?

La totalité des femmes et/ou couples en période périnatale.
L'adhésion au Réseau se fait par consentement écrit de la patiente.

Pourquoi ?

- améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés et assurer une accessibilité à une offre de soins en périnatalité de proximité
- garantir la couverture géographique de la prise en charge
- proposer en amont et en aval de la naissance, une prise en charge globale et continue par l'intervention coordonnée des professionnels concernés
- améliorer la précocité de la prise en charge
- informer et accompagner les futurs parents
- garantir l'harmonisation des pratiques de prise en charge par l'actualisation continue des outils du réseau et par la veille documentaire et réglementaire
- assurer des formations interdisciplinaires pour l'ensemble des professionnels impliqués
- mettre en place une coordination adaptée garantissant le bon fonctionnement du Réseau

Comment ?

Le Réseau reçoit les déclarations de grossesse des professionnels adhérents ou de la CAF via le service de PMI de l'Yonne, et s'assure que toutes les femmes du secteur ont la possibilité d'accéder à un Entretien Périnatal Précoce en début de grossesse et à un Entretien Postnatal Précoce après la naissance, soit auprès du service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) soit auprès du service du Centre Périnatal de Proximité (CPP) d'Avallon ou avec un médecin généraliste.

Bilan Évaluation

Résultats

- 90 % des professionnels déclarant des grossesses adhérent au réseau
- 229 déclarations de grossesse en 2010
- 155 femmes enceintes ont été suivies par les professionnels du Réseau
- depuis 2008, plus de 90 % des femmes adhérentes au Réseau bénéficient d'un Entretien Périnatal Précoce et 80 % d'un Entretien Postnatal Précoce

Vision prospective

- poursuivre des actions de communication afin d'assurer une accessibilité à une offre de soins en périnatalité de proximité
- poursuivre des Actions de formations
- poursuivre les travaux de partenariat engagés notamment avec les Maternités d'Auxerre et de Semur en Auxois
- améliorer l'articulation des dimensions somatiques et psychiques en développant la prise en charge psychologique

Communication

- lettre info-réseau mensuelle aux professionnels et partenaires
- création, mise à jour et diffusion aux professionnels de protocoles de suivi de grossesse et d'un annuaire de l'offre de soins sur le Sud de l'Yonne
- organisation de réunions de formations/informations trimestrielles sur des thématiques médico-socio-psychologiques à destination des professionnels

Financement

L'ARS de Bourgogne et le Conseil Général de l'Yonne

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Réseau de Périnatalité Sud Nivernais Morvan



Contexte et objectif

Le Réseau de Périnatalité Sud Nivernais Morvan a été créé en 2004. Son territoire couvre 12 cantons du département de la Nièvre et son siège est basé au Centre Hospitalier de Decize où se situe la Maternité de Référence du Réseau. Son objectif est d'améliorer la coordination des actions de prise en charge des femmes et/ou couples en période périnatale grâce à un travail en partenariat avec les différents professionnels de santé et des usagers.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Réseau de Périnatalité Sud Nivernais Morvan
ARS de Bourgogne

Description du projet

Pour qui ?

- la totalité des femmes et/ou couples en période périnatale (dès le désir d'enfant jusqu'à ses 3 ans)
- la déclaration de grossesse est effectuée par un professionnel adhérent ou non au Réseau
- les parturientes peuvent adhérer d'elles même par accord écrit

Pour quoi ?

- mettre en place un travail en lien entre tous les professionnels de santé œuvrant autour des femmes et/ou couples en période périnatale
- éviter la juxtaposition d'actions par une définition du rôle et de la place de chacun des intervenants
- optimiser la prise en charge et la mise en place d'actions de prévention médico-psycho-sociologiques par une meilleure connaissance et une utilisation optimisée des relais

Comment ?

- le secrétariat du Réseau est installé dans les locaux du Centre Hospitalier de Decize
- le Réseau reçoit les déclarations de grossesse par la CAF via la PMI centrale et transmet les coordonnées des demandeuses aux sages-femmes du Réseau
- les réseaux de périnatalité RESPAM, CELEST, RPSHN, RPSNM, RPSY se sont regroupés en 2005 en fédération pour harmoniser la collecte des données et maintenir la périnatalité de proximité comme axe prioritaire

Bilan Évaluation

Résultats

Les données recueillies du 01/01/2009 au 31/12 2009 montrent :

- 516 déclarations de grossesse domiciliées sur le territoire du Réseau
- 311 + 48 (hors territoire) femmes enceintes ont adhéré et ont été suivies par les professionnels du Réseau (70 %)

Difficultés

Suspension de la maternité de Decize en février 2010

Solutions

- mise en place de support de travail avec les trois maternités accueillant les parturientes du territoire
- travail inter-région (Bourgogne et Auvergne)

Vision prospective

- pallier la disparition des maternités de proximités qui éloigne les lieux d'accouchements des domiciles
- devenir le pivot pour les patientes et les professionnels de santé
- augmenter le nombre de patientes bénéficiant des services du Réseau

Financement

ARS de Bourgogne, financement FIQCS de 3 ans à hauteur de 120 000 € par an. Le Conseil Général de la Nièvre et le Centre Hospitalier de Decize mettent des professionnels à disposition.



Et le soutien des partenaires : Mairie de St Honoré La Leche League Mairie de St Pierre le Moutier



ainsi que des Centres sociaux de Château Chinon, Decize, La Machine

États Généraux de la **SANTÉ** en **RÉGIONS**

RÉSEAU PHÉBUS

Réseau Gériatologique de l'Agglomération Dijonnaise

Contexte et objectif

Favoriser le maintien à domicile de personnes âgées dépendantes et prévenir l'aggravation de la dépendance.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

GÉRONTOPÔLE – Centre Gériatrique
de Champmaillot – DIJON

Responsable : Pr Pierre PFITZENMEYER

Description du projet

- L'action du réseau vise à organiser, dans des conditions sanitaires et sociales optimales, le retour à domicile des personnes âgées dépendantes après une hospitalisation et à rechercher une meilleure coordination entre les soins dispensés à domicile pour prévenir les ré-hospitalisations évitables.
- À partir d'une évaluation gériatrique standardisée associée à un bilan médical réalisé par le médecin traitant et à un bilan social réalisé par le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) ou l'équipe de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), le réseau propose au médecin traitant un plan de soin coordonné à un plan d'aide et suit le patient par des réévaluations régulières.



Bilan Évaluation

- Un recueil de données est effectué pour effectuer l'évaluation
- nombre de patients inclus
 - nombre de ré-hospitalisations dans la semaine qui suit le retour
 - questionnaire de satisfaction...

Communication

Plaquette et réunions d'information

Financement

Financement par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) (ARS)

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Réseau Bourguignon de prise en charge des hépatites virales (REBOHC)



Contexte et objectif

Lutte contre les hépatites virales B et C
en Bourgogne

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

REBOHC

Description du projet

Épidémiologie : Registre des hépatites virales B et C en Côte d'Or

- recherche en santé publique par l'étude des tendances évolutives de l'incidence des infections virales B et C détectées et de leurs caractéristiques épidémiologiques ainsi que l'étude des pratiques de soins
- recherche épidémiologique par l'étude du risque évolutif des hépatites chroniques qui n'est pas connu dans une population générale, en particulier le risque de cirrhose et de cancer primitif du foie

Étude anthropologique sur l'inégalité d'accès aux soins des patients atteints d'hépatite B ou C : développement d'une expertise anthropologique orientée vers la prise en charge des hépatites chroniques B ou C avec pour objectifs spécifiques :

- identifier les inégalités de prise en charge des hépatites C entre l'homme et la femme
- identifier les freins au dépistage des hépatites B et C chez les migrants

Actions du REBOHC :

- conférences multimédia mensuelles avec l'ensemble des acteurs intervenant en Bourgogne dans la prise en charge des hépatites virales
- programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints d'hépatite virale

Bilan Évaluation

Résultats obtenus :

- Après le diagnostic seulement 1 patient sur 4 est traité, 1 sur 6 échappe au système de soins et les femmes sont moins souvent traitées que les hommes. *Aliment Pharmacol Ther* 2005
- La détection de l'hépatite C est plus faible en zone rurale qu'en zone urbaine et dépend de l'accessibilité géographique au médecin généraliste. *J Hepatol* 2006
- Les femmes ont une réticence au traitement plus prononcée que les hommes en raison de la connotation péjorative de l'infection virale C et de la crainte de la sévérité des effets secondaires du traitement antiviral. *Med sciences* 2009
- La proposition de diagnostic et de soins des hépatites virales B et C aux migrants en Côte d'Or est liée au circuit médicosocial, aux statuts juridique et administratif des migrants et à la connaissance des professionnels de santé sur les zones d'endémie et à l'offre de soin dans les pays d'origine.

Communication

Professionnels de santé, EPU (Enseignement Post-Universitaire), courrier, multimédia
Publications dans des journaux scientifiques

Financement

ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales)
Arrêt des financements réseau en décembre 2009

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Dispositif Logement



Association des Familles de Traumatés Crâniens (AFTC) - Alsace

Contexte et objectif

Proposer aux personnes vivant avec une lésion cérébrale acquise de résider à domicile, en milieu ordinaire et de façon indépendante de leur entourage familial

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation



Description du projet

Créer un véritable dispositif local d'insertion en milieu ordinaire de vie très personnalisée en fonction des besoins et des aspirations de chaque personne handicapée, articulé avec une offre de logements adaptés (logements mutualisés, regroupés ou satellites).

L'AFTC intervient en tant qu'offreur de services (accueil de jour, SAMSAH, Groupe d'Entraide Mutuelle...) et assure la coordination entre les différents intervenants :

- les hospitaliers
- les familles, pour créer les conditions de l'indépendance de leurs blessés (sécurité, autonomie financière...)
- le service d'aide humaine à domicile spécialisé intervenant sur le dispositif logement
- les financeurs privés et publics mobilisés autour des différentes solutions de logement en cours d'émergence

L'INNOVATION réside dans :

- la mutualisation d'une partie des aides humaines, des ressources alimentaires, dans un location traditionnel
- l'esprit d'inclusion : les « co » -locataires se choisissent à l'ouverture et construisent ensemble la charte de vie commune de leur futur logement
- l'ouverture sur des partenariats multiples, des interventions mixtes publics et privés, suffisamment diversifiées pour accueillir toutes les personnes cérébrolésées (du TC léger à l'état de conscience minimale)
- la volonté profonde de proposer des alternatives satisfaisantes à l'assujettissement familial massif, en nombre suffisant

Bilan Évaluation

La composante « logement » et l'ensemble des services destinés aux personnes blessées et de leurs familles ont créé un effet d'entraînement propice à :

- l'ouverture des différentes formes de logement et d'unités d'éveil
- la création de services dédiés aux personnes cérébrolésées
- la sensibilité des institutions (ARS, Conseil Général)

Le développement d'un partenariat fort avec les bailleurs sociaux, devrait permettre de modéliser et reproduire l'opération de créations de logements :

- ouverture d'un plateau d'appartements regroupés entièrement accessibles
- ouverture d'une maison familiale
- consolidation des établissements médicosociaux d'accompagnement structurés autour de cette offre de logement en milieu ordinaire, mais également pour tous les autres bénéficiaires
- ouverture d'appartements visant à restaurer ou maintenir le lien entre les parents cérébrolésés et leurs enfants

Communication

Dans la presse régionale, les revues nationales (Résurgences, ASH...) et à la télévision régionale

Financement

Avec le soutien financier de :



États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS



RÈUNICA Domicile

Contexte et objectif

Avancée en âge de la population, habitat souvent mal adapté au vieillissement, **RÈUNICA** apporte des solutions à la problématique du soutien à domicile et sensibilise sur l'aménagement de l'habitat.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Groupe RÈUNICA

Description du projet

RÈUNICA Domicile, véritable lieu d'écoute, de conseil et d'orientation, propose :

- **un parcours de démonstration et de prévention** à travers un habitat type adapté. Des solutions simples et faciles à mettre en place pour sécuriser et aménager avec confort son logement
- **des conseils personnalisés** pour une réponse technique, technologique ou humaine, adaptée aux besoins de chaque personne âgée ou de ses aidants
Rèunica Domicile est un **lieu évolutif** qui sera enrichi et actualisé régulièrement
- **une orientation vers les acteurs du soutien à domicile et du bâtiment :**
 - constituer un **réseau des acteurs** du soutien à domicile (aides à domicile, professionnels du bâtiment, gérontechnologues, ergothérapeutes...)
 - proposer un **Diagnostic-Conseil-Habitat**
- **des événements** (conférences, ateliers) animés par des professionnels et destinés principalement aux retraités

Rèunica Domicile vise à devenir un lieu de référence en diffusant le concept en région, en collaboration avec les délégations régionales

Bilan Évaluation

Rèunica Domicile a ouvert ses portes le 15 mars 2011

Primé **Grand Lauréat des Trophées du Grand Âge 2011** dans la catégorie « Habitat et environnement »

Des visiteurs **satisfaits à 99 %**



Communication

Cibles retraités, actifs, aidants, professionnels du soutien à domicile et de l'habitat

Financement

Fonds sociaux des Institutions de Retraite Complémentaire du groupe RÈUNICA (Réuni Retraite Cadres et Réuni Retraite Salariés)

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS



Contexte et objectif

Le centre de prévention Bien Vieillir - Région Alsace s'inscrit dans une démarche nationale initiée dès les années 80 par l'Agirc-Arrco : **développer la prévention** des effets du vieillissement chez les personnes de 50 ans et plus

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Création et coordination : **Agirc-Arrco**
Pilote et membre fondateur : **RÉUNICA**
Membres fondateurs : **Malakoff-Médéric, Aprionis, Mornay, AG2r**

Description du projet

Le centre de prévention **Bien Vieillir - Région Alsace** propose aux particuliers (actifs ou retraités) **un parcours de prévention** à travers les prestations suivantes :

- **un bilan personnalisé réalisé par des spécialistes de l'avancée en âge (gériatre, psycho-cliniciens...) :**
 - un bilan médical : traitements, vaccinations, facteurs de risque, hygiène de vie, ...
 - un bilan psychologique : vécu affectif et relationnel, adaptation à la retraite, projets, ...
 - un bilan social : habitudes de vie, habitat, intégration sociale, ...
- **qui donne lieu à une ordonnance de prévention**
- **des conférences de sensibilisation thématiques** sur la mémoire, le sommeil, la nutrition, la motricité, mais aussi sur les troubles liés au vieillissement : troubles de la vue, audition, ostéoporose...
- **des ateliers pratiques** : atelier Équilibre, Mémoire, Nutrition,...
- **des activités pour le mieux-être** : gymnastique douce, yoga, Taï chi chuan, ...

Bilan Évaluation

Ouverture du centre de prévention
Bien Vieillir - Région Alsace : mai 2011

10 centres de prévention existent à ce jour en France qui détectent, pour **38 % des consultations, une anomalie** (déficit sensoriel, instabilité posturale, anomalie biologique...) non connue le jour de la consultation

Deux études ont été menées en 2003-2005 et 2009 sur la perception du « bien vieillir ».

Les résultats présentent une première ébauche d'un indicateur du « vieillissement réussi »

Communication

Retraités et préretraités des institutions de retraite AGIRC/ARRCO adhérentes ainsi que leur conjoint. Il est également ouvert à d'autres publics d'au moins 50 ans nécessitant un accompagnement spécifique

Financement

Fonds sociaux des Institutions de Retraite Complémentaire des groupes fondateurs : Réunica, AG2r, Malakoff-Médéric, Aprionis, Mornay

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS



DÉCOUVREZ LE POTENTIEL DES
MARCHÉS ALIMENTAIRES
« SENIOR »



Contexte et objectif

Depuis quelques années, la France connaît une véritable onde de choc démographique et, en 2050, le pays comptera plus de 11 millions de personnes de plus de 75 ans dont 5 millions de plus de 85 ans, soit trois fois plus qu'en 2000.

Sur le plan alimentaire, comme sur le plan des techniques et des modes culinaires proposés et des emballages existants, des progrès restent à faire pour faciliter la consommation alimentaire et permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile dans les meilleures conditions.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Pôle de Gérontologie Interrégionale BFC en partenariat avec le Pôle de Compétitivité **Vitagora**, le **CEPIEC** (Réseau d'industriels de l'emballage), **Welience** et le **CSGA** (Centre des Sciences du Goût et de l'Alimentation)



Description du projet

Préparer les entreprises agro-alimentaires, de l'emballage, des équipements culinaires, de la grande distribution, du design et du marketing à ce nouveau marché en innovant ou en adaptant leurs produits et services aux besoins et attentes des Seniors pour les rendre plus compétitives.

Étape 1 - Recenser les besoins et attentes des seniors et de l'offre existante sur le marché grâce à :

- la mise en place d'une étude d'observation des seniors à domicile, en étudiant leurs pratiques et freins rencontrés, de la phase d'approvisionnement en magasin à la préparation culinaire
- une veille technologique et scientifique actualisée, sur l'offre des produits existants

Étape 2 - Rendre les entreprises plus compétitives et performantes sur le marché des seniors grâce aux :

- résultats issus de l'étape 1 et à la mise en réseau avec des offreurs de solutions
- formations spécifiques sur les besoins alimentaires des seniors et des cas pratiques
- clubs de l'innovation « Seniors » visant à l'émergence de pistes de développement au sein des entreprises



Bilan Évaluation

Lancement de l'action le 28 juin 2011

Durée de l'action : 16 mois

- rapport d'étude d'observation des seniors à domicile
- 4 dossiers de veille (packagings et produits)
- symposium
- 2 sessions de formation
- 4 clubs de l'innovation

Communication

Les entreprises agro-alimentaires, de l'emballage, des équipements culinaires, de la grande distribution, du design et du marketing.

Financement

Cette action est soutenue par la Direction Générale de la Compétitivité, de l'Industrie et des Services, les Régions Bourgogne et Franche-Comté, le Conseil Général de la Côte d'Or et le Grand Dijon.

États Généraux de la **SANTÉ** en **RÉGIONS**

Guidhospi, le guide des établissements hospitaliers



Contexte et objectif

Outil d'information et d'orientation sur les hôpitaux et les cliniques

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Carte Blanche Partenaires, spécialiste des services santé destinés aux organismes d'assurance santé, pour le bénéfice de leurs assurés

Description du projet

L'origine du service

Un besoin d'aide à l'orientation dans le système de soins exprimé dans une enquête menée auprès des 2,5 millions de bénéficiaires Carte Blanche.

Le service Guidhospi

L'accès à des tableaux comparatifs des services des établissements privés et publics en fonction d'une spécialité, d'un acte chirurgical, d'une maladie ou d'un organe selon le cas.

Une utilisation simple

Par de simples clics sur notre site Internet l'assuré choisit ses paramètres de recherche :

- sélection de la spécialité (angiologie, brûlures, cardiologie, etc...)
et pour la cancérologie par l'organe
- sélection du ou des départements voulus sur une carte

Dans chaque tableau figurent ensuite le nombre des séjours effectués dans les établissements, leur technicité (reflet des moyens mis en œuvre), et leur durée moyenne.

Une note prenant en compte l'ensemble des critères constitue enfin un indicateur d'excellence.

Les sources utilisées dans Guidhospi

Ces tableaux sont élaborés à partir des codifications des diagnostics et des actes effectués dans tous les établissements français pour toutes les hospitalisations en secteur public et privé.

Bilan Évaluation

Les spécialités les plus consultées pour les recherches :

- Urgences
- Cardiologie
- Obstétrique
- Gynécologie

En 2010, **Guidhospi** s'est enrichi d'un volet Cancérologie.

Communication

Guidhospi est accessible après identification, sur le site de Carte Blanche. Les organismes d'assurance clients de Carte Blanche relaient cet outil dans leur communication à leurs assurés.

Financement

Carte Blanche Partenaires

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS



Association de bénévoles
qui informe,
aide,
soutient
les parents
et toute personne concernée
par l'attachement,
ses défis
et ses troubles

Contexte et objectif

Informer, aider, soutenir les parents et toute personne concernée par l'attachement, les défis de l'attachement et les troubles de l'attachement.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Association **PETALES France**

Fondation pour l'Enfance

Description du projet

L'information auprès des parents, professionnels, associations, institutions.

- Des rencontres à thème ouvertes à tout public
- Des interventions sur l'attachement et ses difficultés, sur les actions de **PETALES France** et les vécus des familles, à la demande d'associations, d'institutions ou de professionnels
- Un site Internet www.petalesfrance.fr

La prévention et le soutien auprès des familles

- **Accueils** : «e-accueil», «Allô-écoute» et «Allô-incarcération»
- **GREP** (Groupe Rencontre Échange entre Parents), 19 en France
- **RED** (Réseau d'Échanges Directs) : petites annonces diffusées par mails et sur le bulletin mettant en relation des familles qui souhaitent échanger
- **Rencontres** : A.G., Journées Parentales par région et sur un thème
- **Le bulletin** (cinq/an) : actualités, informations, réflexions, témoignages, bibliographie, références...
- **Le site Internet**, www.petalesfrance.fr : informations, documentations, références, associations ressources...
- **Une documentation** : bibliographie, informations pratiques....
- **Partenariat** : contacts et échanges avec des associations, professionnels, institutions....

Bilan Évaluation

- Près de **1 000 familles** ayant adhéré depuis 2002
- **1 000 contacts** par an par mail ou courrier
- **150 appels** téléphoniques par an
- **19 départements** couverts par un GREP avec fréquentation régulière

Indice de satisfaction des Journées Parentales :

	RENNES	ARRAS	BORDEAUX
Note moyenne	86,7 %	93 %	84 %

Communication

- Participation à des colloques
- Interventions diverses
- Contacts et articles de Presse
- Contacts avec les milieux concernés

Financement

- Adhésions
- Dons
- Subventions (Mairies, Fondation de France, Fondation pour l'Enfance,...)

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Âge en mouvement

Contexte et objectif

Maintenir l'autonomie physique des personnes âgées dépendantes en leur proposant des exercices physiques adaptés.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

FFAMCO (Fédération Française des Associations de Médecins Coordinateurs)
Fondation NOVARTIS

Description du projet

Patients cibles : Patients en EHPAD ou à leurs domiciles. Tous les patients doivent pouvoir bénéficier de séances adaptées à leur handicap.

Les animateurs :

- sportifs qui continuent une activité physique après la retraite
- formation à la conduite des séances d'incitation au mouvement auprès des personnes âgées dépendantes, dispensée par l'équipe médicale

Déroulement des séances :

- environ 30 minutes pour 20 minutes de travail effectif
- l'accueil avec un échauffement et un éveil musculaire
- le corps de la séance avec différents exercices à faire assis ou avec des objets
- le retour au calme

Résultats attendus :

- amélioration de la qualité de vie des patients, leur donner un certain plaisir en les ouvrant sur des activités qui leur permettent de se réapproprier leurs corps
- amélioration des conditions de prise en charge des résidents, même parmi les plus dépendants, par l'équipe soignante

Mise en place de grilles de satisfaction proposées aux animateurs, aux résidents ou à leur famille ainsi qu'aux soignants pour réajuster les objectifs du projet.

Bilan Évaluation

- **Amélioration de la qualité** de l'animation et des soins dans les EHPAD qui ont bénéficié de cette action.
- **Amélioration également à domicile** : ces séances permettent de retrouver, autour du plaisir de l'activité physique, des échanges entre la personne âgée dépendante et l'aidant familial et ce en dehors du domaine de la maladie.
- Ce projet a été retenu par la France pour être présenté comme **action pilote au niveau Européen** (Projets PASEO)

Communication

- Publication revue spécialisée
- Journée des Printemps des EHPAD
- Sites internet : ffamco et amc87

Financement

Fondation Novartis et FFAMCO

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Unité de Recours et de Soins Gériatrique (URSG)

Contexte et objectif

Éviter les urgences aux personnes âgées
Augmenter leurs chances de guérison
après une pathologie aiguë diagnostiquée

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

FFAMCO (Fédération Française des Associations
de Médecins Coordinateurs)
Pôle Personnes Agées Soins à Domicile
du CHU de Limoges.

Description du projet

Patients cible :

Patients d'EHPAD présentant des pathologies aiguës et nécessitant un passage aux services d'urgences.

Localisation de l'unité :

Pôle Personnes Agées et Soins à Domicile du CHU de Limoges

Proposition de 5 lits de SSR aux médecins coordonnateurs et aux EHPAD du Limousin.

Avril 2009 : pérennisation de cette unité sur 15 lits.

Organisation de l'unité :

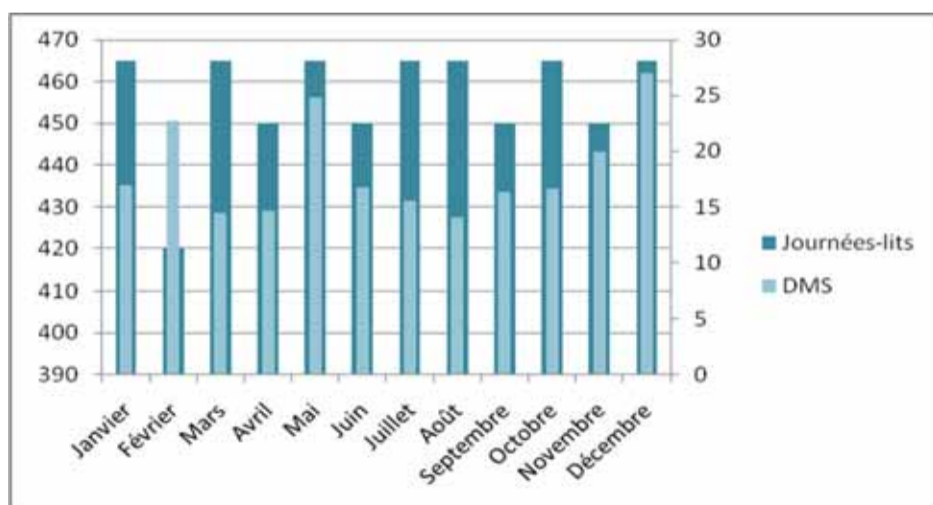
- Entrée dans la journée des résidents
- Entrée validée par un Fax

Résultats attendus :

Prise en charge au plus tôt des patients âgés fragiles leur donnant ainsi un maximum de chances pour préserver leur potentiel restant.

Bilan Évaluation

Après deux années de fonctionnement, les statistiques 2010 s'avèrent encourageantes :



Ce projet a été reconnu par l'ARS du Limousin car elle a proposé de développer l'URSG sur les trois départements (Creuse, Corrèze, Haute-Vienne).

Communication

Une solution dans la prise en charge des résidents d'EHPAD
Revue de gériatrie tome 36, n° 4, avril 2011

Financement

Le financement est réalisé sur les fonds propres du pôle Personnes Agées et Soins à Domicile du CHU de Limoges enrichi d'une dotation pérenne de l'Agence Régionale de Santé du Limousin

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Promouvoir la téléassistance sociale



Contexte et objectif

Permettre au plus grand nombre l'accès à la téléassistance sociale, dans un secteur d'activité de service à la personne hautement concurrentiel.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

- Conseil Général de l'Yonne, Association Maires de l'Yonne
- Syndicat Intercommunal à Vocation Unique (SIVU) d'Époise, Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) Haute Côte-d'Or
- Communauté de Communes de Vitteaux & Morvan Vauban
- Centres Communaux d'Activité Sociale (CCAS) St Clément, Villeneuve, UNA89 (Union Nationale de l'Aide, des soins et des services à domicile), FAVEC (Fédération d'Association des conjoints survivants), OPALE89

Description du projet

- **Promouvoir la téléassistance sociale** auprès de tous les partenaires susmentionnés et autres prospects pour être une référence
- Prise en charge partielle du dispositif possible par les CCAS, Mairies ou Communautés de Communes, Conseils Généraux
- Partenariat permettant de multiples actions de prévention des risques liées aux chutes
- Recherche de partenariat complémentaire via mailings, travail d'information généraliste
- En cours de juin 2010 à juin 2012
- **Population cible** : personnes âgées, isolées ou handicapées
- **Structures ou professionnels impliqués** : monde médical, paramédical, pouvoirs publics, associations, CLIC...
- **Structure professionnelle en charge du dispositif** : Présence Verte Bourgogne
- **Garanties** : formations du personnel, Label Qualité, renommée

Bilan Évaluation

- **Résultats obtenus** : augmentation du nombre de personnes âgées sécurisées à leur domicile de 6,5 % sur le 1^{er} semestre 2011 soit 107 personnes sur la Bourgogne.
- **Évaluation de l'octroi de notoriété publique** : 4 articles d'informations journalistiques pleine page couleur en 6 mois.
- **Difficultés rencontrés** : obtention de RDV avec les pouvoirs publics au motif que la téléassistance est un secteur marchand et concurrentiel.
- **Solutions apportées** : prospections et présentation de l'offre de services.
- **Vision prospective** : évaluation du projet après 2 ans.

Communication

Cible professionnels de santé, grand public et pouvoirs publics (presse, mailings, phoning, réunion d'information).

Financement

Fonds propres

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Allo Écoute Ado



Contexte et objectif

Proposer un lieu d'écoute dont le but est de laisser s'exprimer l'appelant sur les problèmes qu'il rencontre, son mal être... afin que l'écouter puisse, soit permettre à l'adolescent de trouver ses propres solutions, soit l'orienter vers des personnes compétentes, proches de lui.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

L'Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de la Haute-Loire (AD PEP 43), l'ARS Auvergne, les Territoriales Haute-Loire, l'UNSP, le groupe de prévention du suicide Auvergne (GPSA).

Description du projet

Allo Écoute Ado est une structure à vocation préventive (suicides, addictions, conduites à risques...) qui représente pour les personnes qui nous contactent un temps d'écoute, un moment d'expression libre au cours duquel est réalisé un accompagnement individualisé adapté aux attentes et aux demandes de chacun tout en respectant le libre arbitre.

Le service :

- Le téléphone (**0 800 506 692**) : numéro vert gratuit et anonyme, permanence du lundi au samedi inclus de 17 à 20 heures
- Le site internet : www.alloecouteado.org est un site d'information et de questionnement sécurisé et contrôlé. Afin de protéger nos internautes, nous ne les mettons pas en contact libre les uns avec les autres et aucun message n'est visible tant que nous ne l'avons pas validé. Le site possède deux extensions traitant de thèmes de prévention actuelle : l'une **adokilo** qui aborde les problèmes de poids, de nutrition, d'équilibre alimentaire, etc., et l'autre : **adoaccro** qui traite des différentes addictions. D'autres extensions sont en cours de réflexion.

Deux salariés, professionnels de l'écoute (travailleurs sociaux), embauchés à temps partiel, se relaient afin d'assurer l'écoute et les réponses sur internet en liaison avec des spécialistes (diététicienne pour [@dokilo](https://twitter.com/dokilo) par exemple).

Les fonctions d'écouter sont : l'écoute, l'information, et l'orientation (d'où l'importance d'une très bonne connaissance des différentes personnes ressources) vers des professionnels proches d'eux.

Bilan Évaluation

Chiffres importants :

- le nombre d'appels est passé de 1 136 en 2009 à 1 901 en 2010
- le site internet a reçu 8 181 visites par 6 043 internautes qui ont consulté 18 834 fois nos 2 favoris : [@dokilo](https://twitter.com/dokilo) et [@doaccro](https://twitter.com/doaccro).

Au niveau de l'âge :

- les 13-21 ans représentent 60 % des appelants
- la classe des 10-12 ans connaît une augmentation très importante (passage de 1,8 % en 2009 à 12,1 % en 2010)
- les adultes représentaient 9,9 % des appelants en 2009 et 25,9 % en 2010

Les suites :

- développer le temps d'écoute
- informer les étudiants, lycéens, collégiens et les parents
- développer le réseau des personnes ressources (notamment la parentalité)

Communication

Labellisation d'Allo écoute Ado par EAD (European Actions on Drugs), Distribution de nombreux supports (plaquettes d'information, serviettes de tables, affiches). Diffusion régulière de messages par NRJ 43. Nombreux articles de presse...

Financement

Budget équilibré grâce à une vingtaine de partenaires dont l'ARS, le Conseil Général de la Haute-Loire, le Conseil Régional d'Auvergne, la CAF Haute-Loire, la Communauté d'Agglomération du Puy en Velay, la CPAM Haute-Loire, la DDCSPP Haute-Loire et de nombreux partenariats locaux (clubs, associations...)

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

1^{er} Programme Régional Coordonné de Prévention de la iatrogénèse médicamenteuse évitable chez la personne âgée en Bourgogne



Contexte et objectif

Les accidents liés aux mauvais usages des médicaments par les personnes âgées sont de plus en plus nombreux, avec de lourdes conséquences (accroissement de la morbidité, perte d'autonomie, hospitalisations, mortalité...). La iatrogénèse figure parmi les objectifs du plan national de santé publique et fait partie des missions de prévention fixées aux médecins traitants. **La plupart des accidents pourraient être évités.** La Bourgogne est particulièrement touchée par cette problématique.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Un groupe de travail régional, porté par le **Gérontopôle®**, initié par **sanofi-aventis**, fédère l'ensemble des acteurs de santé pour mettre en œuvre une action de prévention originale. Ce programme de formation est fondé sur le **modèle systémique validé de Reason** proposé par le groupe **Santé en Action**.

Description du projet

Objectifs - Ce ne peut être résolu que par une meilleure vigilance de tous

- **sensibiliser** les professionnels de santé et les usagers au bon usage des médicaments
- **former** avec les organismes de formation médicale continue partenaires du programme et accrédités CNFMC de la région (médecins et pharmaciens)
- **former des groupes pluridisciplinaires et pluriprofessionnels**
- **diffuser** aux professionnels de santé et aux usagers des outils conçus et validés à l'échelle nationale



Programme

- réunions locales de formation pluridisciplinaires (médecins, pharmaciens, infirmiers, kiné, ...)
- conférences auprès des médecins coordonnateurs d'EHPAD et gériatres
- réunions mixtes entre professionnels hospitaliers et libéraux
- conférences mixtes en facultés de médecine et de pharmacie
- intégration d'un module dans le cursus des internes (spécialités et MG)
- évaluation du programme de formation par l'ORS et l'Assurance maladie de Bourgogne

Bilan Évaluation

Conclusion et bilan à mi-parcours

- plus de 500 professionnels de santé formés entre 2008 et 2010
- 12 réunions mixtes organisées en ville et 12 en EHPAD
- 3 réunions mixtes en Centre Hospitalier
- une évaluation du programme en pluridisciplinaire encourageante
- une communication « professionnels et usagers » amorcée

Points forts

- **Agir ensemble pour mieux lutter et mieux sensibiliser** répond à un problème majeur de santé publique aux conséquences économiques et humaines
- **pluridisciplinarité** du groupe de travail et **transversalité**
- large visibilité de par la **représentativité des acteurs**

Communication

En plus des actions visant les professionnels,

- une sensibilisation des usagers pour prévenir l'accident iatrogène des médicaments (conférences, ateliers, supports d'information, soutien des officines...)
- une communication large pros et grand public (sites web, relations presse...)

Financement



États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Dépistage des risques cardiovasculaires à l'officine



Contexte et objectif

Sensibiliser et dépister une population a priori en bonne santé à l'officine pour contribuer aux soins de premiers recours par la prévention, la facilité d'accès et la proximité.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Collectif National des Groupements
des Pharmaciens d'Officine (CNGPO)

Description du projet

Le dépistage des risques cardiovasculaires à l'officine :

- Un service pérenne proposé à toutes les officines françaises
- Un protocole défini par un comité d'experts (médecins, pharmaciens) : formation équipe officinale, déroulement du dépistage, méthode d'évaluation
- Une formation obligatoire du pharmacien avant la mise en place de ce service
- Des partenaires d'horizons différents : l'assurance (Allianz) et l'industrie (10 laboratoires pharmaceutiques)
- www.depistage-officine.com : un site internet dédié pour informer le grand public et trouver l'officine la plus proche de chez soi ayant mis en place ce service
- **Population cible** : tous les adultes de plus de 35 ans a priori en bonne santé
- **Le dépistage des risques cardiovasculaires à l'officine** consiste en la mesure de 5 facteurs (cholestérolémie, glycémie, hypertension, indice de masse corporelle et tour de taille, tabagisme). Il s'accompagne de la remise d'un coffret Santé comprenant un carnet de dépistage personnalisé ainsi qu'un CD-rom d'1 heure d'éducation à la prévention et au maintien du capital santé
- Ce nouvel acte pharmaceutique (prix conseillé 18 euros) se réalise en 20 minutes et permet d'obtenir des résultats immédiats

Bilan Évaluation

Une évaluation médico-économique a été mise en place avec l'accord de la CNIL.

Les premiers résultats sont prévus pour fin 2011



Communication

Cible professionnels de santé (dont pharmaciens d'officine), administration et grand public – (Presse, réunion d'information, courrier)

Financement

CNGPO et partenaires économiques : Allianz, Biogaran, Hartman, Mylan, Novartis, Roche, Teva, Upsa, Urgo

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Dépistage des allergies

soyez précoce, consultez

Journée nationale
de dépistage
des allergies



Contexte et objectif

Que l'on soit un nourrisson ou un quinquagénaire, **l'allergie apparaît à tout âge**

Dépister les maladies allergiques qui augmentent à cause de notre environnement mais aussi de notre mode de vie (hygiène, polluants, industrialisation de notre vie etc.).

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation



**L'Association Française
de Prévention des Allergies**



L'Actualité des allergies
www.allergique.org (Aquitaine)

Description du projet

- Permettre au public, notamment les jeunes mamans et les enfants, de **rencontrer gratuitement un allergologue sans rendez-vous** le temps d'une journée (**le 7 avril 2011**) pour se faire **dépister** d'une possible **allergie**
- **Mobiliser les allergologues dans chaque région** pour accueillir et conseiller le public sur les allergies (alimentaires, pneumallergènes, médicamenteuses, de contact et professionnelles)
- **Diffuser une documentation de prévention** auprès des pharmacies, des allergologues, des médecins généralistes des régions concernées
- **Proposer un tchatte** avec des allergologues pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer (milieux ruraux)
- **Diffuser largement** ce rendez-vous par le biais de **réseaux sociaux** (facebook, twitter)
- **Créer un site internet** relatif à cette journée de dépistage (www.journeedepistageallergies.fr) qui préconise des attitudes préventives en fonctions des symptômes et donne l'adresse des points d'accueil par région

Bilan Évaluation

- **15 régions** ont participé à l'action, avec une forte mobilisation en **Aquitaine, Polynésie, Pays de Loire, Paris** et **Languedoc-Roussillon**.
- **55 % des personnes dépistées** lors de cette journée se sont révélés, après l'enquête orale et les tests, d'authentiques **allergiques**.
Elles n'avaient jamais reçu d'informations spécifiques à ce sujet et leur médecin traitant ne les avait jamais aiguillés vers un spécialiste.

Communication

- Presse spécialisée santé et grand public, réseau des mutuelles, pharmacies.

Financement

Autofinancement pour la première année (2011).

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Les marchés santé en Bourgogne



Contexte et objectif

Permettre à la population dite « vulnérable » fréquentant les marchés de Bourgogne de s'engager dans une démarche de pratique d'activité physique régulière et de consommation de fruits et légumes adaptée, en référence aux recommandations du PNNS.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Le Collectif Régional Autour de la Nutrition (CRAN) est le promoteur du projet. Il est constitué d'un ensemble de partenaires institutionnels, associatifs, professionnels et bénévoles pluridisciplinaires.



Description du projet

Choix des territoires

- Mise en place d'une étude psychosociale afin de mettre à jour les représentations et motivations des populations dites « vulnérables » fréquentant les marchés de Bourgogne
- Choix des territoires et des marchés selon des indicateurs socio-sanitaires défavorables et le dynamisme des acteurs locaux

Mobilisation des acteurs

- Création d'un comité de pilotage régional
- Création de comités de pilotages locaux, qui assurent la mise en œuvre du projet sur leur territoire
- Formation des acteurs locaux pour développer un langage commun sur la nutrition et s'approprier les outils et animations pédagogiques déclinés sur les marchés

Actions sur les marchés

- Quatre séances d'animations par marché, avec un libre choix dans la périodicité
- Un stand complet d'animation (jeux, tests d'évaluation d'activité physique, conseils de professionnels, dégustations, documentation...) offrant la possibilité aux populations d'échanger autour des bienfaits de la consommation de fruits et légumes et de la pratique d'une activité physique régulière adaptée

Évaluation

- Évaluation qualitative du point de vue des animateurs, des organisateurs et des bénéficiaires
- Évaluation quantitative à chaque marché (fréquentation des stands)

Bilan Évaluation

- Depuis 2008, 4 marchés de Bourgogne ciblés et 32 actions éducatives réalisées.
- Évaluations qualitatives de l'Observatoire Régional de Santé en 2009 et 2010**
- 150 personnes interrogées à distance des marchés
 - Plus de 50 % des interrogés sont venus au moins une fois sur le stand d'activités alimentation et activités physiques
 - 62 % déclarent se déplacer à pied plus régulièrement, utiliser quotidiennement le podomètre, refaire les exercices d'équilibre...
 - 45 % déclarent refaire les recettes à base de fruits et légumes, cuisiner plus souvent et découvrir des aliments, varier plus leur alimentation et faire des choix plus « sains »...

Communication

Création d'outils de communication adaptés (Communiqué de presse, affiches, classeur de l'animateur, dépliants, stylos, podomètres, t-shirt...).

Financement

- L'Agence Régionale de Santé de Bourgogne
- Sanofi Aventis
- La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Des citoyens extraordinaires veulent vous dire...



Contexte et objectif

Suite aux 1^{ers} États Généraux des Malades de MICI (EGMM), 10 rencontres nationales en région pour parler vrai et changer la vie des malades de MICI

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Association François Aupetit (AFA)

Sous le haut patronage du Ministère de la Santé

Description du projet

À partir du témoignage des malades de Crohn et de RCH (MICI)

- 1) **Sensibiliser** les acteurs de santé (professionnels de santé, institutionnels) ainsi que les élus locaux sur les difficultés rencontrées par les malades
- 2) **Développer une réflexion à la fois globale et locale sur 10 thématiques repérées comme prioritaires lors des 1^{ers} EGMM et rassemblées dans un livre-propositions intitulé « Des citoyens extraordinaires veulent vous dire... »** : Venir à bout des tabous ; réduire les délais de diagnostic ; donner toute sa place à l'annonce diagnostique ; faire reconnaître l'expertise des malades ; éduquer l'école à la tolérance ; assurer une meilleure équité au travail ; faire des toilettes une priorité de santé publique ; avancer vers une prise en charge globale et personnalisée ; garantir une égalité de traitement pour tous et partout ; abolir l'injustice de l'accès aux assurances
- 3) **Élaborer avec les acteurs locaux des solutions modélisables**
- 4) **Faire prendre conscience aux malades** en région des solutions et dispositifs existants. Développer leur implication dans la prise en charge de leur pathologie

Populations cibles :

- 200 000 malades de MICI à travers tout le territoire et leurs proches plus toute personne atteinte d'une pathologie chronique
- Les acteurs de la chaîne de soin (généralistes, gastroentérologues libéraux et hospitaliers, infirmières...) et de la vie quotidienne (insertion professionnelle...)
- Les institutionnels de santé (CPAM, ARS...)
- Les élus locaux (maires, conseillers généraux et régionaux...)

Bilan Évaluation

• Résultats obtenus

Intérêt des débats ++ ; prise de conscience en régions sur des problématiques peu connues des acteurs locaux ; émergence de nouveaux projets liés aux thématiques, par ex. aide à la diffusion d'une campagne de com. pour briser les tabous...

• Évaluation du différentiel vis-à-vis des objectifs recherchés

Participation des malades inférieure aux attentes. Débats d'experts ressentis comme trop pointus (l'assurabilité des malades chroniques...)

• Difficultés rencontrées

Difficultés à mobiliser les acteurs locaux, qui ne se déplacent pas facilement en dehors de leurs cadres réglementaires ou pour des causes moins médiatiques.

• Solutions apportées

Effort de conviction pour attirer les décideurs (lobbying) + visibilité presse locale

• Vision prospective

Vers des travaux d'experts sur le long terme grâce à des actes de colloque plus utilisation des conclusions pour élaborer le programme des 2^{èmes} États Généraux

Communication

Cible malades et proches, professionnels de santé, décideurs de santé (élus et institutionnels) et grand public via web, mailing, presse...

Financement

- Conseils généraux, municipalités
- Schering Plough

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Réseau de santé PLURADYS



Contexte et objectif

Le réseau régional PLURADYS vise à coordonner le parcours diagnostique des mineurs présentant des troubles du développement et/ou des apprentissages. Il permet aux familles de mettre en place un parcours thérapeutique coordonné. Le réseau a également une mission d'information et de formations des acteurs locaux.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Association PLURADYS
dont la Présidente est Mme Saltarelli.

Description du projet

Le réseau a pour objectif :

- identifier les acteurs spécialisés
- diffuser les informations aux acteurs locaux
- former et informer les acteurs de terrains
- établir un parcours patient transdisciplinaire coordonné
- favoriser l'accès à un diagnostic ou une évaluation des besoins
- mettre en place une coordination du suivi thérapeutique
- accompagner la famille à la mise en place du scénario thérapeutique choisi

Concernant le parcours patient, **PLURADYS** propose aux familles un parcours en plusieurs étapes, permettant d'établir un diagnostic et de proposer un suivi thérapeutique adapté.

L'association défend l'idée que la famille doit être au cœur du projet. En ce sens, elle est garante du partage des informations. Elle est associée à chaque étape de la réflexion et des décisions autour du projet de son enfant.

PLURADYS est soucieux de transparence, d'efficacité, de liberté de choix du praticien et des actions thérapeutiques.

PLURADYS veut ainsi offrir aux familles la possibilité d'un parcours coordonné basé sur la transdisciplinarité entre les professionnels du monde de la santé, de l'éducation et du secteur social.

Le réseau organise, tous les ans :

- une journée régionale des DYS destinée au grand public et aux professionnels (08/10/2011)
- une journée régionale de formation sur les troubles des apprentissages et du développement destinée aux professionnels des secteurs sanitaire, éducatif, social (27/05/2011)
- des sessions de formations sur les troubles des apprentissages

Bilan Évaluation

Le réseau est né fin 2008 en Côte-d'Or. Tous les ans, il fait l'objet d'un rapport d'activité rigoureux à destination de l'ARS.

Depuis le 1^{er} janvier 2011, le réseau est régional et tend à se développer progressivement sur l'Yonne, la Nièvre et la Saône-et-Loire.

En 2011, **PLURADYS** est financé pour coordonner le parcours diagnostique de 50 enfants dans l'année.

Communication

- Site Internet : <http://www.pluradys.org/>

Financement

- Subventions du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) de l'ARS.
- Subventions ponctuelles de la Ville de Dijon, la Caisse d'Allocation Familiale de Côte-d'Or.

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Coordination à domicile Support aux professionnels Éducation thérapeutique



Contexte et objectif

Sécuriser le retour ou le maintien à domicile
Développer des parcours spécifiques de soins
Assurer une fonction de support aux professionnels
Développer l'éducation thérapeutique (diabète/asthme)

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

ResoVal, association Loi 1901
Agence Régionale de Santé de Bourgogne

Description du projet

COORDINATION A DOMICILE

- depuis 1998, coordination pour 4500 patients
- patients atteints de pathologie lourde, situation complexe
- 700 professionnels du mâconnais impliqués
- évaluation des besoins par l'infirmière coordinatrice
- organisation du retour ou du maintien à domicile
- planification des interventions
- accompagnement des patients et de leur entourage :
 - l'assistante sociale → administratif et financier
 - l'ergothérapeute → aménagement du domicile
 - la psychologue → suivi, soutien
- coordination de parcours pour des pathologies spécifiques (lymphoœdème, hémochromatose, cancer, gériatrie)



FONCTION SUPPORT AUX PROFESSIONNELS

- système d'information innovant :
 - **Domelis**® : partage du dossier médical hôpital/médecin traitant
 - **Resomel**® : messagerie sécurisée pour les professionnels et associations du mâconnais
 - annuaires des professionnels
- organisme de formation agréé pour les professionnels de santé paramédicaux, les aides à domiciles, les auxiliaires de vie...

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

- programme EDIAM (diabète de type II)
- programme ABCd'air (asthme & bronchite chronique)

Bilan Évaluation

- Pour les **PATIENTS/AIDANTS** : ResoVal respecte le souhait (100 %) et facilite le retour à domicile (95 %), est rassurant (62 %), écoute (91 %)
- 92 % des **PROFESSIONNELS** sont (très) satisfaits de l'intervention de ResoVal, jugé disponible (90 %) et réactif (84 %). *[Source : enquête QUALITE 2010]*
- **Domelis**® : 170 généralistes sur 220 potentiels, 1 000 connexions par mois
- **Resomel**® : 500 inscrits, 150 messages lus par jour
- **3 à 4 sessions de formations** aux professionnels par an
- **Éducation thérapeutique** : 44 % des 97 patients EDIAM 2010 sont adressés par un généraliste, 150 patients en cours d'éducation ABCd'air
- **Satisfaction des patients** (apports de connaissances et compétences, qualité des échanges...) et des médecins traitants (retours d'informations, complémentarité du discours de l'équipe éducative au discours médical...)

Communication

- Participation à des colloques
- Contacts et articles de Presse

Financement

ARS Bourgogne - FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) et FNPEIS (Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire) pour l'éducation thérapeutique

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Accès au soin en Ile de France : les libéraux s'investissent



Contexte et objectif

Valoriser l'efficacité du couple patient/médecin au travers des nouveaux modes d'exercice.
Valoriser le partenariat entre l'URPS Médecins et l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

URPS Médecins Ile de France

Description du projet

Accès aux soins en Ile de France : état des lieux, mise en évidence des atouts et des failles, perspectives démographiques :

- prise en compte des diversités populationnelles (grande mixité sociale, particularités ethniques, religieuses et linguistiques) et géographiques (Paris, Banlieue et zones semi-rurales)
- prise en compte des ressentis des médecins libéraux
- analyse des besoins de soins vue par les collectivités locales sur les 3 zones cibles ainsi que les attentes populationnelles
- analyses des implantations actuelles des structures libérales, répartitions des secteurs tarifaires d'exercice
- étude du coût d'un acte médical dans les centres de santé et les cabinets de groupe de médecins libéraux sur les 3 zones cibles

Développement de nouveaux modes d'exercices en tenant compte des objectifs de santé publique, des contraintes des tutelles, de l'évolution des pratiques et des perspectives démographiques.

Insertion du projet dans l'éducation thérapeutique et la formation médicale.

Problématique de la Permanence Des Soins (PDS) : analyse et valorisation de l'existant, identifications des périodes critiques en terme de demande, en terme de réponse et propositions de solutions.

Moyens utilisés :

- base de données URPS
- collectivités locales
- Agence Régionale de Santé (ARS)
- associations de patients
- Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM)
- syndicats médicaux de Médecins Généralistes et de Spécialistes

Bilan Évaluation

Le Projet est en phase d'initialisation, les premiers résultats seront communicables dans 1 an.

Résultats attendus :

- anticiper la désertification médicale
- améliorer le schéma d'implantation des cabinets médicaux
- moderniser et optimiser les pratiques médicales au travers des coopérations de soins, de la formation à la pertinence des choix thérapeutiques et des nouveaux modes de rémunérations
- favoriser l'équité d'accès aux soins
- répondre aux objectifs de santé publique au travers des structures libérales modulables
- asservir le Reste à Charge (RAC) du patient au grade de sévérité de la pathologie médico-chirurgicale

Communication

Médias régionaux grand public, médias nationaux professionnels

Financement

URPS Médecin Ile de France

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Amélioration de la prise en charge des cardiomyopathies



Contexte et objectif

Encourager la recherche autour de la cardiomyopathie, (groupe hétérogène de maladies rares pour lesquels peu de fonds publics sont consacrés) afin d'améliorer la prise en charge des malades

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Promoteur : **la Ligue contre la Cardiomyopathie**
Accréditation : le CRMCH (Centre de Référence des Maladies Cardiaques Héritaires) implanté à la Pitié Salpêtrière.

Description du projet

Organisation d'appels à projets tous les ans au mois de mars pour :

- un projet de recherche fondamentale d'un montant de 35 000 €
- un projet de recherche clinique d'un montant de 35 000 €

Rédaction de l'appel à projet : rédigé par le Comité scientifique de l'association composé des principaux spécialistes des cardiomyopathies en France.

Diffusion de l'appel à projet :

- le Centre de Référence et les 17 centres de compétence
- le réseau de communication du Centre de Référence (Société Française de Cardiologie, Fédération Française de Cardiologie, ...)

Illustration de projets financés :

- recherche de nouveaux gènes impliqués dans certaines cardiomyopathies
- amélioration des techniques de tests génétiques
- étude statistique sur une population concernée : CardioMyopathie Dilatée post partum (CMD)

Bilan Évaluation

Évaluation du projet :

- les premiers projets ont été financés en 2008 et sont en cours de réalisation
- une évaluation sera faite par le Comité scientifique de l'association à l'issue des travaux. S'ils sont concluants, des publications dans la presse scientifique pourront être envisagées.

Difficultés rencontrées : nombre insuffisant de projets déposés dans le cadre de l'appel d'offres et recherche perpétuelle de fonds

Solutions apportées :

- développer la communication de l'action de l'association auprès du corps médical et du grand public
- création d'une journée nationale (annuelle) des maladies cardiaques héréditaires sous le haut patronage du Ministère de la santé

Communication

- Organismes sociaux : Mutualité Sociale Agricole (MSA), Régime Social des Indépendants (RSI), médias (radio, presse, etc) et partenaires : Crédit Agricole Val de France, relayent les actions de l'association
- Remise des dotations de recherche lors des Journées Européennes de Cardiologie

Financement

Fonds privés particuliers et institutionnels

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

École du Rein La dialyse, où, quand, comment ?

Ligue Rein & Santé

Contexte et objectif

Apporter aux établissements de soins et patients en insuffisance rénale et/ou en maladie rénale chronique terminale des éléments de réflexion sur les techniques et méthodes de dialyse disponibles

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

LIGUE REIN ET SANTÉ et ses partenaires (soutien des industriels de la santé et d'autres associations de patients du collectif maladies chroniques en appui)

Description du projet

- Une revue semestrielle papier gracieuse, **Rein échos numéro 10 spécial dialyse**, distribuée à 17 000 ex dans les établissements de santé néphrologie et en lecture permanente sur le site Web de la Ligue Rein et Santé
- Un DVD (7 000 ex) utilisable en éducation thérapeutique « **La dialyse, où, quand, comment ?** », montrant les trois principales techniques de dialyses
- Un colloque médical **EGIRE2011** (États Généraux inter associatifs de l'Insuffisance Rénale), programmé le 28/10/11 à l'ASIEM (Association Immobilière de l'École Militaire) à Paris, avec de nombreux intervenants et repris en vidéo sur Dailymotion
- **Sur Dailymotion** les séquences du DVD utilisables en éducation thérapeutique et le colloque médical précédent EGIRE2009, en attente de celui de 2011
- Enfin un **projet de concept de dialyse assistée simplifiée** (structure légère de proximité) centré sur le mieux être du patient ; utilisant les nouvelles techniques de dialyse à l'horizon 2015

La Ligue Rein et Santé travaille en direct avec les médecins (auteurs et intervenants) et les établissements de santé (pour la distribution de ses médias gratuits), dans le cadre du bénévolat qu'implique sa reconnaissance d'association reconnue d'intérêt général.

Bilan Évaluation

- Diffusion d'une information appropriée gracieuse sur l'hexagone, au moment où la mise en dialyse augmente et que la disponibilité de greffons rénaux diminue
- Facilite la vie des patients, conforte l'éducation thérapeutique en cours dans les unités et les opérations pré dialyse, à partir de documents appropriés, grâce à une vision partagée patients et médecins

Communication

Utilisation de nos médias gratuits, des réseaux sociaux, de nos réseaux professionnels aidés de nos sponsors

Financement

Recours aux aides, subventions et dons, des industries pharmaceutiques pour réaliser du multimédia gratuit

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Site internet d'informations sur la sexualité



Contexte et objectif

Proposer des informations de qualité sur la sexualité sur un plan départemental et régional en utilisant les nouveaux outils de communications pour le grand public.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

**Centre de planification Flora Tristan
du CHU d'Angers**
Pôle de gynécologie du CHU d'Angers

Description du projet

Favoriser la diffusion d'informations sur la sexualité afin de diminuer le nombre de grossesses non prévues, d'IST

Permettre au grand public de s'informer facilement sur un sujet encore tabou

Permettre au grand public de mieux connaître les ressources locales (centres de planification, planning familial...) en lien avec cette thématique

Le site comporte de nombreux modules :

- informations sur différentes thématiques (examen gynécologique, la contraception, l'IVG, les relations parents/ados...)
- les centres de planification (coordonnées, actions...)
- structures en liens : associations ou structures de santé et/ou sociales locales avec missions, coordonnées.
- foire aux questions
- vidéos
- documents à télécharger
- contact (possibilité de questions anonymes)

Site géré par l'équipe du centre de planification Flora Tristan du CHU d'Angers

Population cible : adolescents, jeunes adultes, adultes, parents, professionnels, public éloigné des centres urbains

Professionnels et structures impliqués : Médecins, conseillères conjugales, CHU

Critères d'évaluation : statistiques du site

Bilan Évaluation

Résultats obtenus :

- site www.planif49.fr mis en place en février 2010
- 46 172 internautes sont venus consulter le site sur les 10 premiers mois
- Actuellement 250 internautes se rendent sur le site quotidiennement
- contact croissant avec de nombreuses structures de santé locales
- retour positif du site par les internautes et les professionnels de santé

Évaluation du différentiel vis-à-vis des objectifs recherchés :

- 5000 internautes étaient attendus par an sur le site
- les objectifs ont été 9 fois supérieurs sur la 1^{ère} année et devraient encore doubler en 2011

Difficultés rencontrées : Investissement financier

Solution apportée : Soutien financier de l'ARS des Pays de la Loire

Vision prospective : poursuivre les mises à jour hebdomadaires et le développement du site en ajoutant de nouveaux modules (ex. grossesse) afin d'assurer la qualité d'information du site.

Communication

Cible grand public et professionnels de santé : presse, affiche, panneau électronique, Éducation Nationale

Financement

Budget interne au centre de planification Flora Tristan du CHU d'Angers par une association loi 1901 (Association Gynove)

Subvention ARS des Pays de la Loire

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Partage et Écoute



Contexte et objectif

Les TCA (Troubles du Comportement Alimentaire : anorexie, boulimie, hyperphagie) ne sont pas une maladie mais une « mal-à-dire » dont les causes sont multifactorielles.

La vocation de Partage et Écoute est d'aider les personnes atteintes de TCA, ainsi que leurs proches, et de les accompagner vers la guérison. Nos groupes de partage ont pour but d'écouter, de partager et de s'exprimer ; tout cela dans le respect et l'anonymat, afin de se libérer des peurs et du mal-être qui nous rassemblent.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Association Partage et Écoute
Psychologue

Description du projet

Nos interventions sont :

- création et animation de groupes de parole réunissant personnes en souffrance et des familles
- conférences sur des thèmes relatifs aux TCA (psychogénéalogie, peur de guérir....)
- lancement de thèmes de réflexion et animation sur le forum « La tribune » du site enfine.com
- participation active à d'autres structures (Fédération Nationale d'Association TCA, association infine...)
- permanence téléphonique pour les parents et les souffrants, souvent envoyés par la Maison de Solenn ou ayant trouvé notre site

Partage et Écoute

Vous souffrez de Troubles du Comportement Alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie) ?

Une personne que vous aimez souffre de TCA et vous voulez l'aider ?

Votre enfant souffre de TCA et vous vous sentez dépassé ?

Ne restez plus seul, venez vider votre sac !

Un groupe de parole (on peut se contenter d'écouter) fonctionne pour vous à Niort

Amiens, Courbevoie, Niort

Pour plus d'informations:
☎ 05 46 66 36 53
🌐 www.partage-et-ecoute.com

Nous créons un parcours de soin en Poitou Charentes et nous l'appelons « Comprendre, manger, bouger, créer... » :

- son but est de remédier à l'errance thérapeutique en proposant et coordonnant les parcours de soin pour les personnes souffrant de TCA
- notre originalité est de d'intégrer le médecin référent (généraliste, pédiatre, endocrinologue...) au réseau de soin. Il accompagne le souffrant dans le suivi somatique ainsi que son entourage. Il est informé du suivi par le réseau pluridisciplinaire et participe aux réunions de synthèse du réseau de soin.
- on s'en sort d'autant plus vite que l'entourage se met lui aussi à « travailler »

Bilan Évaluation

9 ans d'existence sur Courbevoie, Amiens et Niort
4800 passages dans l'ensemble des groupes

Sur le site <http://www.enfine.com/forum/tribune/> : 116 000 lectures des comptes rendus en 6 ans

Le groupe de Niort est ouvert sur l'incitation de la CAF

Communication

Site internet : www.partage-et-ecoute.com

Les médias régionaux (papier, audio,...), réseaux associatifs...

Financement

Passage d'un chapeau : perception moyenne de 2 €/participant/réunion

Les psychologues, les modérations, la permanence téléphonique sont du bénévolat

Le parcours de soin requiert 11 500 € pour lequel sont en cours des demandes de subvention

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

L'aide au repas : favoriser la relation pour un soin de qualité



Contexte et objectif

Mettre la relation au cœur du soin.
Faire de l'aide au repas un temps de qualité
au plus près des besoins humains de la personne
et créer un guide de bonnes pratiques à l'usage
du personnel et des étudiants

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Clinique de Gériatrie Saint Damien
de Mulhouse (68), Groupe Saint Sauveur

Description du projet

Dans le cadre des réunions régulières d'un groupe pluridisciplinaire "Groupe soins relationnels" créé en 2005 :

- création d'un support destiné à évaluer les pratiques des soignants, lors de l'aide au repas en USLD (Unités de Soins de Longue Durée) et en EHPAD avec une évaluation de la communication verbale et non verbale
- analyse des résultats de l'enquête
- confrontation à des repères théoriques
- choix d'items pertinents à retenir à partir d'un questionnaire diffusé à l'ensemble du groupe
- rédaction d'un guide illustré de bonnes pratiques : une version "affiche" (format A3) apposée dans les services et dans les lieux de repas, une version destinée aux livrets d'accueil (nouveaux personnels et étudiants)
- photos prises en situation dans l'établissement pour illustrer les bonnes pratiques



Bilan Évaluation

- Enquête à renouveler auprès, si possible, des mêmes résidents.
- Enquête de satisfaction pour le personnel

Communication

- Les référents de chaque unité de soins (2 par unité) sont chargés avec la psychologue de présenter la charte et d'être garant de sa mise en œuvre
- Diffusion inter-établissement (Groupe Saint Sauveur)
- Diffusion par la CRUQPC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge) et le CLAN (Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition)
- Diffusion intranet

Financement

Budget interne (temps de travail des concepteurs)

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

DIABÈTE : LES PATIENTS EXPERTS AFD, UN ÉLAN SOLIDAIRE POUR UN ACCOMPAGNEMENT DE QUALITÉ



Contexte et objectif

Développer et mettre en œuvre un programme de formation pour des bénévoles Patients Experts, atteints de diabète, dans l'objectif d'accompagner d'autres personnes diabétiques à l'amélioration de leur qualité de vie.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Association Française des Diabétiques (AFD), association de patients au service des patients
Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMts)
Direction Générale de la Santé (DGS)

Description du projet

L'accompagnement de patient à patient développé par l'AFD intervient en complémentarité des programmes d'éducation thérapeutique menés par des soignants car il améliore l'intégration du traitement dans la vie des personnes atteintes de diabète.

L'AFD a conçu un programme spécifique de formation de bénévoles et d'accompagnement par les pairs qui traduit concrètement la conviction que des patients peuvent, s'ils sont formés, accompagner d'autres patients :

- **la formation des patients experts** : les bénévoles renforcent, dans une première étape leurs connaissances sur les diabètes (environ 10 heures d'autoformation grâce à un CD-ROM dédié). Puis ils sont formés à l'accueil, l'écoute, l'empathie et à l'accompagnement d'autres patients (5 jours de formation)
- **l'accompagnement de patient à patient** : une fois formés, les bénévoles animent des temps d'accueil individualisés et des groupes de rencontre de patients à patients

L'esprit des groupes de rencontre est de permettre aux personnes accompagnées de trouver elles-mêmes les réponses aux questions qu'elles se posent sur la vie avec la maladie, en bénéficiant du regard, des connaissances et des expériences de leurs pairs.

Bilan Évaluation

- Nombre de sites : 19 départements (2008 : 8 départements pilotes ; 2010 : extension à 11 nouveaux)
- Nombre de patients experts validés : 104
- Nombre de personnes accompagnées : 692 sur deux cycles de 10 mois

Une étude en cours a permis de révéler que le développement de ce programme de formation et d'accompagnement par les pairs a eu 3 effets :

- **sur les bénévoles formés** : mettre à jour leurs connaissances sur le diabète, prendre du recul par rapport à leur vécu avec le diabète les a aidés à mieux gérer leur propre diabète et à améliorer leur qualité de vie
- **sur les personnes accompagnées** : l'évaluation est basée sur des critères d'amélioration de la qualité de vie et non sur des critères médicaux. 75 % ont modifié positivement leur relation au diabète à l'issue de l'accompagnement
- **sur le développement des associations locales AFD** : augmentation du nombre d'adhérents, développement des autres activités de l'association, recrutement de nouveaux bénévoles

Le programme est encore jeune (3 ans) et son ancrage dans la durée repose sur la supervision de pratique des Patients Experts et leur formation continue, objectif actuel de l'AFD.

Communication

Patients diabétiques, Professionnels de santé, grand public (presse, réunions d'information, courriers...)

Financement

Association Française des Diabétiques (AFD), association de patients au service des patients
Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMts)
Direction Générale de la Santé (DGS)

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Réseau Célest



Contexte et objectif

Le réseau contribue à améliorer l'efficacité des soins en proposant une prise en charge globale et de proximité des usagers par la prévention et l'éducation à la santé

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Le Réseau de Santé des 3 Rivières
Responsable juridique :
Dr LANDREAU Michel

Réseau de
Santé des
3
Rivières

Description du projet

POUR QUI :

- les femmes enceintes
- les familles
- les enfants de moins de 12 ans

POURQUOI :

- agir pour améliorer la qualité de la prise en charge des femmes enceintes, des familles et des enfants de moins de 12 ans
- anticiper les difficultés médico-psycho-sociales qui pourraient advenir
- coordonner les acteurs des secteurs médico-psycho-sociaux dans l'intérêt des usagers
- informer, orienter, renseigner
- être un lieu de recensement des besoins

COMMENT : l'utilisateur ou un professionnel du domaine médical, psychologique ou social prend contact avec l'équipe du réseau pour une demande de prise en charge. L'évaluatrice propose une évaluation environnementale qui permet la mise en place d'un projet d'aide adapté aux besoins. Elle peut proposer entre autres : un entretien du 4^{ème} mois de grossesse pratiqué au sein du réseau, un accompagnement au projet de naissance, un soutien psychologique et/ou diététique, une visite de retour à domicile dans le cadre d'une grossesse...

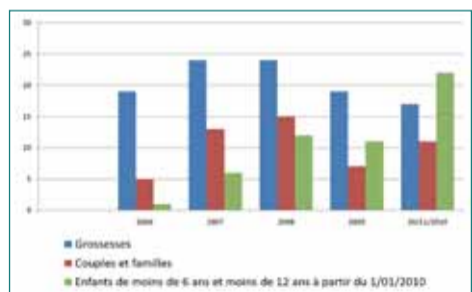
Le réseau propose aussi : des cafés de parents (autour d'un thème recensé en amont), des formations ou débats (autour de thèmes recensés), la semaine de la famille, un centre documentaire adapté aux usagers et/ou aux professionnels.

Bilan Évaluation

Nombre d'entrées par catégories de prise en charge :

Perspectives :

- être reconnu pivot entre le ou les usagers et les professionnels médico-psycho-sociaux sur le secteur d'intervention du réseau
- augmenter le nombre de prise en charge
- poursuivre les actions de prévention et d'éducation à la santé
- poursuivre et développer nos partenariats, notamment avec les CH de Chalon sur Saône et Mâcon, la PMI et la CAF



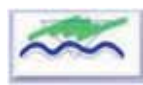
Communication

Affichage, tract publicitaire, site internet, lettre du réseau, nos partenaires

Financement

ARS de Bourgogne, financement Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) pour une durée de 3 ans.

Partenaires :



États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Coordination du parcours personnalisé de soins des patients pendant et après le cancer



Contexte et objectif

Suite au Plan Cancer 2 et à l'initiative de l'INCa (Institut National du Cancer) et de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins), conduire une expérimentation de coordination du parcours de soins des patients afin d'en évaluer les principes, la qualité, la reproductibilité et la faisabilité (coût)

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Pr J.-M. Nabholz, Centre Hospitalier de Montluçon (CHM), Centre de radiothérapie Joseph Bellot partenaire du CH de Montluçon, Centre de Lutte Contre le Cancer Jean Perrin de Clermont-Ferrand, Institut National du Cancer (INCa)
Prestataire de santé : **Sherpa Santé**

Description du projet

Mise à disposition d'une organisation spécifique et externalisée de soins pour assurer la coordination personnalisée des patients atteints de cancer, traités au CHM, tout au long de leurs parcours de soins :

- une IDE de coordination dédiée, externalisée mais intégrée à l'équipe soignante
- une méthodologie de coordination centrée sur le patient, validée avec les acteurs de soins locaux
- un système d'information partagée de coordination, sécurisé, complémentaire, répondant aux contraintes réglementaires et DMP compatible
- des indicateurs de suivi d'activité, d'évaluation, de résultats et d'aide à la décision
- un management de l'activité garant de l'obligation de moyens et de résultats

Période d'expérimentation : octobre 2010 à septembre 2011, résultats oct.-nov. 2011

Population cible : tous les nouveaux patients (*de novo* et ou rechute) atteints de cancer (gynécologie, sénologie et digestif) traités au CH de Montluçon, soit environ 150 patients/an suivis en coordination

Acteurs de santé impliqués :

- tous les soignants « cancer » du CHM : chirurgiens, médecins oncologues, acteurs de soins de support (y compris social), les radiothérapeutes du centre de RT partenaire
- tous les acteurs de ville concernés : médecins traitants, acteurs sociaux, kinésithérapeutes...

Critères d'évaluation INCa :

- quantitatifs : nb de patients inclus, nb de PPS (Plan Personnalisé de Soins), % de consultation sociale initiale, intermédiaire et de fin de traitement, nb de contacts avec les patients et avec les acteurs sociaux, nb de contact avec les MT, nb de PPAC (Programme Personnalisé de l'Après Cancer) mis en œuvre...
- qualitatifs : enquêtes de satisfaction patients, médecins référents, médecins traitants, acteurs de soins de support ...

Bilan Évaluation

En cours car l'issue de l'expérimentation est fin septembre 2011

Premiers résultats intermédiaires : à mi-mai 67 patients ont été inclus soit environ 9 nouveaux patients par mois :

- 94 % des patients éligibles ont été inclus dans le projet
- 100 % de PPS
- 100 % de Cs sociale initiale, intermédiaire et de fin de traitement. Tous les patients nécessitant une prise en charge sociale ont été en contact avec l'assistante sociale de l'hôpital ou de ville
- 100 % des patients ont été évalués sur leurs éventuels besoins en soins de support notamment Douleur, Nutrition et Psychologie
- 80 % des MT concernés ont été impliqués par l'IDE de coordination
- 95 % des patients en fin de traitement bénéficient d'un PPAC
- satisfaction patients / médecins traitants / acteurs médico-sociaux de ville / acteurs soins de support / médecins référents ++++++

Communication

Locale : auprès des acteurs de santé de ville

Nationale : auprès des oncologues, des directeurs d'établissements de santé, des réseaux régionaux et territoriaux de cancérologie, des CPAM, des ARS...

Presse (conférence et article scientifique), réunions locales et spécifiques, courrier

Financement

Contractualisation avec le CHM via une subvention de l'INCa spécifique à ce projet d'expérimentation

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Réseau de Santé du Haut Nivernais Volet Addictologie



Contexte et objectif

Le territoire du Haut Nivernais est un secteur qui connaît un fort taux de mortalité évitable, notamment à cause des pathologies liées à l'alcool. Alors que l'ANPAA58 (Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme et des Addictions de la Nièvre) ne bénéficiait plus de temps médical sur le site de Clamecy, le Réseau de Santé du Haut Nivernais a étudié la possibilité de mise en place d'un volet Addictologie, en partenariat avec l'ensemble des professionnels touchés par cette problématique et via une prise en charge innovante.

Il s'agit du dernier volet du Réseau de Santé du Haut Nivernais, mis en place en avril 2009.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Réseau de Santé du Haut Nivernais

Description du projet

Tout patient demandant son inclusion au réseau est reçu par une psychologue formée (DU Pratiques Addictives).

Une évaluation est réalisée avec le patient, qui permet d'établir un diagnostic addictologique et un projet de soins négocié avec le patient.

Une revue des dossiers permet une supervision médicale par un médecin référent formé (capacité en Addictologie).

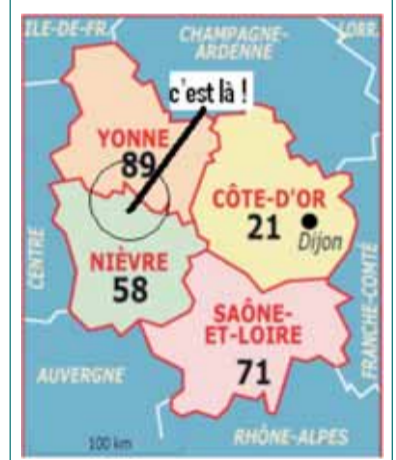
Un retour d'information est systématiquement réalisé auprès du médecin traitant, avec l'accord du patient.

Ce retour peut éventuellement permettre une aide et des conseils de prise en charge.

Le patient est ensuite suivi par la psychologue pour une thérapie de soutien (analytique et/ou cognitivo-comportementale), pour une durée adaptée à chaque situation.

La psychologue intervient également en établissement de Soins de Suite et de Réadaptation, en EHPAD et en service de Médecine du centre hospitalier de Clamecy, sur demande des équipes médicales.

Zone d'action du réseau



Bilan Évaluation

63 % des demandes d'inclusion au réseau sont effectués par les médecins traitants

77 % des demandes d'inclusion sont suivies d'une prise en charge « réseau » acceptée par le patient

D'avril 2009 à avril 2011 :

- 122 patients inclus
- 61 ont toujours un suivi en cours (l'alcool étant la problématique principale)

Communication

Plaquettes d'informations laissées chez les professionnels, soirées d'informations, presse, site internet : <http://www.rshn58.fr>

Financement

Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), CH Clamecy, adhésion symbolique des professionnels locaux.

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Réseau de Santé du Haut Nivernais Volet Gériatrie



Contexte et objectif

Dès 2002, le RSHN a lancé les premiers travaux de construction du volet gériatrie, dont les objectifs ont été revus et réorientés en 2007 :

- mettre en place des actions de prévention, soutien et accompagnement
- permettre un diagnostic gériatrie précoce et réalisé sur l'orientation systématique du médecin traitant
- améliorer la gestion globale des flux de patients âgés

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

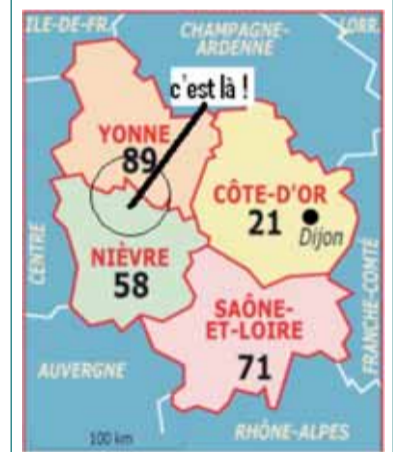
Réseau de Santé du Haut Nivernais

Description du projet

Le volet Gériatrie a permis :

- la mise en place d'une consultation gériatrie de base hebdomadaire, réalisée par un médecin généraliste capacitaine en gériatrie et une psychologue spécialisée dans les problématiques liées au vieillissement, sur un territoire dépourvu de gériatre. Un retour systématique est effectué auprès du médecin traitant, avec l'accord du patient
- la possibilité de recourir à des séances de rééducation cognitive, suite aux consultations gériatrie de base
- l'aide à l'évaluation des troubles cognitifs en institution (Soins de Suite et de Rééducation et EHPAD). Un retour systématique est effectué auprès du médecin traitant, avec l'accord du patient
- l'amélioration des pratiques via l'animation de groupe de parole au sein des services d'aide à domicile du secteur
- la coordination des acteurs via l'organisation de points mensuels d'échanges : Services de Soins Infirmiers à Domicile, services d'aide à domicile, service APA du conseil général de la Nièvre, service de médecine du centre hospitalier de Clamecy, Centres Locaux d'Information et de Coordination gériatrie (CLIC), Soins de Suite et de Rééducation (SSR), équipe réseau

Zone d'action du réseau



Bilan Évaluation

617 personnes incluses depuis la mise en place du volet gériatrie en juillet 2004

Une file active de 169 patients (faisant suite aux consultations gériatrie uniquement)

Pour 2010 :

184 nouvelles inclusions (89 patients évalués en SSR et 17 en EHPAD + 78 consultations gériatrie)

Communication

Plaquettes d'informations laissées chez les professionnels, soirées d'informations, presse, site internet : <http://www.rshn58.fr>

Financement

Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), CH Clamecy, adhésion symbolique des professionnels locaux.

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Réseau de Santé du Haut Nivernais Volet Périnatalité



Contexte et objectif

Informer les patientes de l'offre de soin territoriale, repérer les risques médico-psycho-sociaux et coordonner les prises en charge en période périnatale

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Réseau de Santé du Haut Nivernais

Description du projet

Les grossesses du territoire couvert par le Réseau de Santé du Haut Nivernais sont connues :

- par le signalement des grossesses effectué par un professionnel de santé auprès du pôle administratif (médecin qui déclare la grossesse, professionnel qui suit la grossesse ...)
- par la réception des déclarations de grossesse via la PMI 58 pour la partie « Nièvre » du territoire

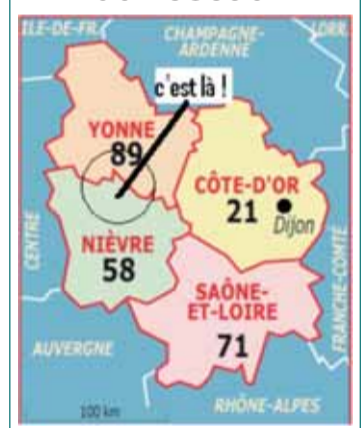
Toutes les patientes enceintes se voient proposer un entretien prénatal précoce, permettant leur inclusion au Réseau de Santé du Haut Nivernais et base du suivi coordonné de leur grossesse.

Avec l'accord de la patiente, tout entretien est suivi d'une information au médecin qui a déclaré la grossesse, au professionnel qui la suit, au Centre Périnatal de Proximité de Clamecy et à la maternité choisie pour l'accouchement, ainsi qu'au service de Protection Maternelle et Infantile concerné si besoin d'un accompagnement de la grossesse.

Les éventuels risques médicaux, sociaux ou psychologiques sont repérés. Des relais peuvent alors être mis en place ou des organisations de prise en charge proposées à la patiente (suivi médical renforcé, aide aux démarches administratives, soutien psychologique ...).

Par un travail de coordination, le Réseau de Santé du Haut Nivernais doit être informé de toute hospitalisation pendant la grossesse, de tout accouchement et de toute prise en charge particulière demandée en post-partum. Charge au réseau de diffuser ces informations aux professionnels locaux concernés et d'organiser les prises en charge demandées, en accord avec la patiente et en respectant ses choix.

Zone d'action du réseau



Bilan Évaluation

En 2010 :

- 65 % des femmes enceintes du secteur acceptent l'entretien prénatal précoce, soit 169 patientes sur 262 grossesses connues
- avant la fermeture de la maternité pivot de Clamecy en 2008, ces taux atteignaient 82 % : tout un travail de réorganisation est en cours depuis, avec 6 maternités, 2 CPP (Centre Périnatal de Proximité)

Les principaux risques repérés en 2010 :

- **médicaux** : 87 patientes avec un risque repéré : 37 tabac (42,52 %), 14 pathologies médicales (16,09 %), 15 antécédents d'utérus cicatriciel (17,24 %)
- **sociaux** : 46 patientes avec un risque repéré : 25 problèmes de transport = pas de moyen de locomotion (54,34 %), 12 mères isolées (26,08 %), 21 CMU/RSA (45,65 %), 14 Précarité, Logement, Emploi (30,43 %)
- **psychologiques** : 26 patientes avec un risque repéré : 7 contextes familiaux fragilisants (26,93 %), 5 contextes sociaux fragilisants (19,23 %)

Communication

Plaquettes d'informations laissées chez les professionnels, soirées d'informations, presse, site internet : <http://www.rshn58.fr>

Financement

Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), Conseil Général de la Nièvre, CH Clamecy, adhésion symbolique des professionnels locaux.

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

1001 BÛCHES : La pédagogie ludique pour la prévention des chutes chez la personne âgée



Contexte et objectif

La chute chez les personnes âgées est un enjeu de santé publique : un risque quotidien dont la fréquence et la gravité augmentent avec l'âge, des conséquences sur l'autonomie des personnes âgées et un coût financier très important en constante augmentation. L'objectif est de développer une action originale de prévention des chutes, pluridisciplinaire et pluri partenariale

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

LEAN DE VIE (Dr. Corinne GHOZLAN directrice)
Co-promoteurs : Pr. Raoul Ghozlan, Dr. Stéphane Hanczyk
Agrément recherche en sciences médicales délivré par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

Description du projet

Une éducation à la santé par le jeu !

Réalisation d'un programme éducatif innovant, ludique, interactif, pluridisciplinaire, et mobilisateur sur la prévention des chutes chez la personne âgée :

- **de juin 2009 à mars 2011** : conception, expérimentations et optimisation d'un jeu pédagogique. Conception d'un livret détaillé (présentation, conseils aux animateurs, recommandations et bonnes pratiques) accompagnant le jeu et de supports de communication (fiche synthétique des règles du jeu)
- **population cible** : professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, aidants familiaux et personnes âgées
- **professionnels et structures impliqués** : ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmiers, auxiliaires de vie, aides-soignantes, aides à domicile, animateurs, école d'auxiliaires de vie, maisons de retraites et domiciles de particuliers
- **critères d'évaluation** : implication des participants et appropriation de la démarche de prévention, grille d'évaluation, observation des séances, recueil des avis



Bilan Évaluation

Lauréat des Trophées du Grand Âge 2011 pour l'originalité de sa démarche innovante !

Relations soignants-soignés et aidants-aidés renouvelées et revigorées :

- **ambiance** détendue, ludique et conviviale, interactions constantes et enthousiastes, apprentissage dynamisé, motivant et interactif, attention mobilisée, mémoire et facultés cognitives sollicitées
- **compétences** relationnelles renouvelées, appréhension diminuée, prise de parole facilitée, estime de soi renforcée
- **difficultés rencontrées** : concevoir une démarche de prévention appropriée par rapport aux recommandations hétérogènes des personnes consultées
- **solutions apportées** : intégrer dans la phase de conception, les critères d'évaluation des outils d'intervention en éducation pour la santé, optimiser le contenu et la qualité graphique du support, ajuster le cadre de formation en fonction du public et des structures

Communication

Lauréat des Trophées du Grand Âge 2011, formations, communication dans des congrès (CNPG) et colloques (SGGIF), poster, plaquettes et brochures, articles dans des revues professionnelles, communiqué de presse, site internet (www.leandevie.com)

Financement

LEAN DE VIE, des partenariats pour des financements de projets sont à l'étude. Des actions de formation auprès des professionnels des établissements de santé et médico-sociaux, des maisons de retraite, des CPAM, des collectivités locales, départementales et régionales.

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

L'accès aux soins des personnes sans résidence stable dans une dynamique de sortie de rue



VERSAILLES

Contexte et objectif

L'accès aux soins, élément central de la dynamique de sortie de rue, partagé par un grand nombre de partenaires du territoire

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Versailles et Ville de Versailles, Centre Hospitalier de Versailles, Ordre de Malte Association Médecins de Rue

Description du projet

Développement d'une prise en charge hospitalière permettant d'identifier le contexte de la personne en difficulté et de créer le lien pour le suivi avec le médecin.

Mise en place de réunions entre la direction de l'hôpital et les services du CCAS (service de suivi social des SRS) et de la Ville (service hygiène).

Mise au point de procédures d'accueil aux urgences des personnes SRS (Sans Résidence Stable) :

- transmission d'informations entre les services sociaux de l'hôpital et du CCAS
- attention particulière des médecins à l'accueil du public SRS (arrivée spontanée ou transporté sur demande des pompiers ou police)

Mise en place de maraudes médicalisées avec l'Ordre de Malte : réalisation de soins infirmiers légers, transport facilité vers les urgences...

Transversalité entre les suivis sociaux : ouverture du service social de l'hôpital aux coordinations des travailleurs sociaux du territoire : réunion de coordination des acteurs de terrain qui étudie des situations spécifiques, maraudes...

Développement de la prise en charge en médecine de ville : partenariat avec l'association "médecins de rue" qui délivre des consultations médicales aux personnes SRS et facilite l'engagement d'un parcours de soins de ville

Public cible : personnes sans résidence stable (SRS)

Professionnels : travailleurs sociaux, médecins hospitaliers et médecins de ville

Mise en œuvre : 2009 - 2010 et poursuite en 2011

Bilan Évaluation

Résultats obtenus : meilleure transversalité entre les équipes sociales et médicales, meilleure acceptation par les personnes SRS de l'entrée en hospitalisation ou dans un parcours de soins

Difficultés rencontrées :

- les sorties d'hospitalisation et de cure (hébergement non adaptés, places de soins de suite et réadaptation difficiles à trouver, non existence de Lits Halte Soins Santé...)
- liens avec la psychiatrie et l'addictologie hospitalière et de ville complexes
- coordination médicale autour de la prise en charge des personnes

Perspectives :

- mobiliser les médecins hospitaliers et de ville (en lien avec l'Ordre des Médecins)
- identifier et développer les solutions pour les sorties d'hospitalisation
- réflexion sur la création d'une maison de santé ouverte aux personnes précaires

Communication

Réunions de travail entre professionnels
Guide à destination de professionnels

Financement

CCAS et Ville de Versailles
ARS pour Médecins de Rue
Centre Hospitalier de Versailles

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

RÉSEAU DE SANTÉ DU PAYS NIVERNAIS MORVAN



Contexte et objectif

Territoire Pays Nivernais Morvan : 38 000 habitants - densité 14 habitants/km²
 Informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux dans tous les domaines d'exercice de la santé

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Réseau de Santé du Pays Nivernais Morvan, Pays Nivernais Morvan (PNM), Centres Sociaux, hôpitaux locaux, Réseaux de Santé thématiques, Conseil Général, Organismes de Sécurité Sociale, Education Nationale, Mission locale, Mutuelles, Communauté de Communes, Maison de Santé Pluridisciplinaire, ORS (Observatoire Régional de Santé), IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé), Alecta.

Description du projet

Assurer les missions d'un CLIC (*Centre Local d'Information et de Coordination*) à destination des personnes handicapées et/ou âgées de plus de 60 ans ; dans l'accueil, le conseil, l'orientation, la préconisation, l'accompagnement social individuel et/ou collectif, la coordination des intervenants et la mise en place d'actions, tels des colloques, en partenariat avec le Conseil Général et autres organisations sur cette thématique

Promouvoir, à partir du projet territorial santé du Pays Nivernais Morvan, une nouvelle organisation de l'offre de soins de proximité avec l'Agence Régionale de la Santé.

L'association participe également à la mise en place de **nouvelles pratiques en décroissant les professions médicales, paramédicales et médico-sociales**, par une approche pluridisciplinaire et multisectorielle des problèmes de santé

Œuvrer pour le développement de la prévention et de la promotion de la santé, à partir de la demande locale en rapprochant les partenaires actifs et financiers



Bilan Évaluation

Résultats obtenus :

- observatoire permanent de l'offre de soins en lien avec les professionnels du PNM, ceux de l'Autunois/Morvan et l'ASPAM (Association pour la Promotion de la Santé en Autunois/Morvan)
- stratégie de recherche et d'accueil permanent de professionnels en lien avec les cabinets spécialisés de recrutement
- appui à la mise en place de projets locaux de santé à l'échelle des Communautés de Communes : 4 maisons de santé pluridisciplinaires en fonction, 4 autres projets bien avancés.
- reconnaissance du territoire comme terrain de stages pour étudiants en santé
- mise en place de manifestations événementielles
- projet expérimental pluriannuel prévention santé sur 5 cantons à partir de collectifs santé d'usagers dont 3 sont d'ores et déjà mis en place

Perspectives :

- projet d'élaboration d'un contrat de santé avec l'ARS et le Pays Nivernais Morvan
- projet Action/Recherche/Formation « santé-illettrisme »

Communication

Cible : professionnels de santé, habitants, organisations, élus du territoire et du territoire proche.

Émissions mensuelles et ponctuelles sur radio locale « Radio Morvan » fréquence 95.8
 Campagnes d'information : courrier, mail, affichage, flyers, presse, slam, théâtre, jeux

Financement

Conseil Général, Caisses de Sécurité Sociale, Conseil Régional, Mutuelles
 Réponses appel à projets : FEADER (Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural), ARS, Pays Nivernais Morvan, MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie)



États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

De la musique au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers



Contexte et objectif

Dans le cadre de la politique culturelle du CHU d'Angers, l'établissement accueille régulièrement les musiciens de l'Orchestre National des Pays de la Loire (ONPL), dans les services de soins

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Acteurs du projet :

- le CHU : les services de pneumologie, rhumatologie, dermatologie, soins de suite et de soins de longue durée, médecine E, pédiatrie...
- l'ONPL : duo, trio, quatuor de musiciens

Description du projet

La politique culturelle du CHU :

Durant l'hospitalisation, il est des temps où les patients sont en attente : attente de diagnostic, d'un rendez-vous, d'une perfusion, d'une visite, mais aussi en attente que le temps passe. Ces moments, nécessaires au repos du malade, peuvent également **favoriser la construction d'espaces de rencontres et de découvertes**. Les actions culturelles ont trouvé leur place dans ce quotidien hospitalier.

Le CHU d'Angers et l'ONPL se réunissent pour **favoriser l'entrée de la musique vivante dans les services de soins pour atténuer, autant que faire se peut, la rupture qu'entraînent la maladie et l'hospitalisation.**

La musique au CHU :

Cette action a comme objectif de favoriser l'amélioration de la prise en charge globale du patient en proposant, grâce à la venue de musiciens professionnels, un temps musical adapté au milieu hospitalier.

Les musiciens interviennent en petite formation dans les chambres ou le salon des familles des services.

Cette collaboration est le vecteur de temps forts vécus par les patients et leurs familles, les musiciens et le personnel hospitalier : **moment de partage et de dialogue autre que l'échange médical.**



Photo: Éric MOUSSEAU - Ouest France

Bilan Évaluation

Après chaque intervention, les musiciens font un bilan de la séance menée avec le cadre de santé du service de soin. Ce temps est nécessaire à la bonne conduite du projet. Il permet d'échanger sur l'action réalisée, les ressentis des musiciens et ce qu'ils ont pu vivre durant l'intervention.

C'est également un moyen pour le professionnel hospitalier de connaître autrement les personnes hospitalisées.

Durant l'année, un bilan général est réalisé par l'ensemble des équipes concernées.

Communication

- Communication interne : affiches, tracts, Intranet ...
- Communication externe : site Internet, presse ...

Financement

Financements croisés : Orchestre National des Pays de la Loire, Crédit Mutuel de l'Anjou, Entreprise Aliséo et Entreprise JES

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Plus d'enseignements partagés pour une responsabilité conjointe des Professionnels de Santé

Contexte et objectif

L'application de la loi HPST, rend indispensables les rapprochements entre professionnels de santé dès la formation initiale.

Les UFR de Pharmacie et de Médecine et l'IFSI de Dijon ont augmenté la capacité des étudiants à travailler ensemble, se connaître et utiliser les compétences spécifiques à chaque profession

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Université de Bourgogne – UFR Pharmacie

- Dr Mathieu Guerriaud
- Dr Agnès Tabutiaux
- Pr Sylvette Huichard



Description du projet

Les premiers ponts jetés entre les deux cursus à l'Université de Bourgogne :

Depuis 2010, les étudiants de médecine et pharmacie se rencontrent dans la Première Année Commune des Études de Santé afin d'acquérir un embryon de culture commune.

Des UE de spécialisation sont accessibles aussi bien aux étudiants de médecine que de pharmacie.

Depuis plus de 10 ans sont organisées des journées sur le thème de l'iatrogénèse où étudiants de DCEM4 et PH5 officine partagent leurs compétences lors de cas pratiques.

Depuis 2010 sont organisés des séminaires regroupant des internes en médecine générale, des PH6 officine, des étudiants infirmiers en fin d'études afin de leur faire découvrir les plus-values de chacun dans l'intérêt du patient.

La faculté de Pharmacie organise d'ores et déjà des formations continues communes :

- DU Alimentation Santé micronutrition : 100 participants/an
- Formation grippe aviaire : 7800 professionnels en Bourgogne

Promouvoir, consolider et diversifier des actions pédagogiques communes :

- renforcer la durée des actions déjà en place
- concevoir de nouvelles actions comme des stages croisés
- avoir des outils pédagogiques innovants tels que les mises en situation dans des cadres futuristes (pharmacothèque)

Bilan Évaluation

Les responsables des enseignements réaliseront des évaluations à la fin de chaque enseignement par l'amélioration des compétences grâce à la coordination interprofessionnelle.

Développée dans le cadre du projet Européen Leonardo da Vinci, l'application SEVAQ+ permet une automatisation des évaluations avec une puissante analyse statistique.

Communication

La communication est opérée auprès de tous les acteurs concernés : Patients, Médecins, Pharmaciens, Étudiants, Enseignants.

Financement

Financement par l'Université de Bourgogne - UFR de Santé Formation Initiale et Continue.

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Un contrat type pour une réelle coordination des soins

Contexte et objectif

Une quarantaine de réseaux de santé ont été créés en Bourgogne depuis la publication de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Devant la diversité d'organisation des réseaux et leurs apparentes spécificités, il était nécessaire de faire ressortir les éléments fondamentaux indispensables pour une coordination des soins.

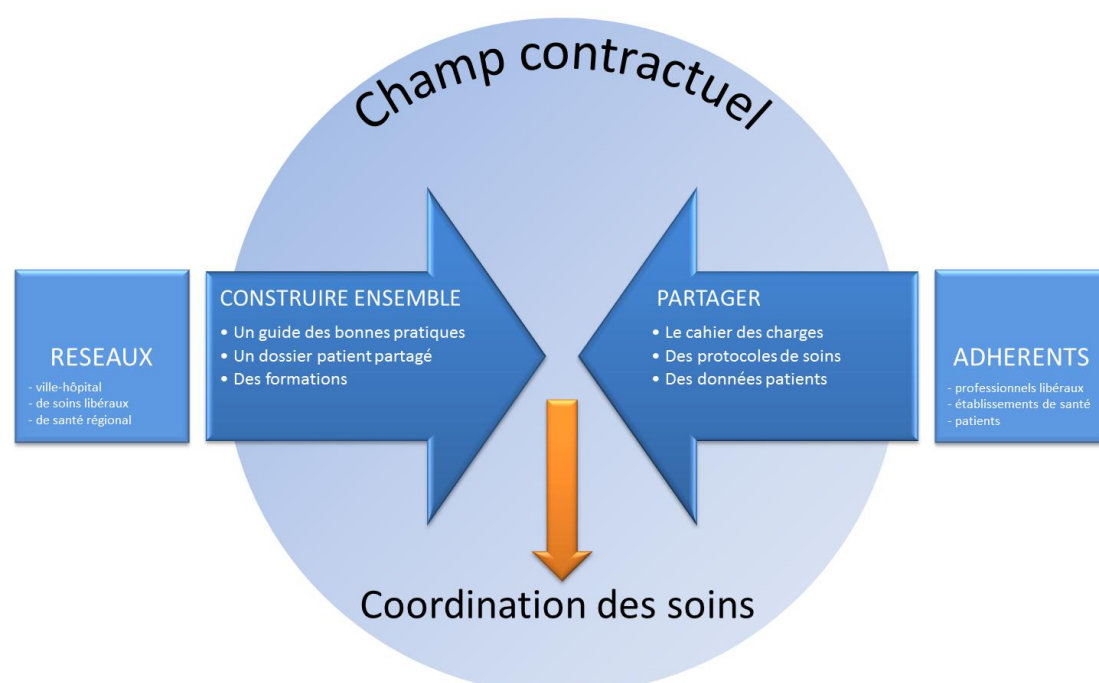
Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Université de Bourgogne – UFR Pharmacie

- Dr Agnès Tabutiaux
- Dr Mathieu Guerriaud
- Solène Dupuis
- Pr Sylvette Huichard



Description du projet



Nous proposons que soit établi par l'ARS, un contrat type, avec des engagements réciproques (synallagmatique) entre les réseaux et leurs adhérents.

Les clauses de ce contrat devraient être obligatoires pour obtenir un financement. L'évaluation devrait porter non seulement sur l'organisation des soins mais aussi sur la coordination effective entre les acteurs du système.

Bilan Évaluation

Une enquête est en cours auprès des 40 réseaux bourguignons pour valider les critères suggérés. Nous comptons sur la collaboration des responsables de ces réseaux pour mener à bien cette étude.

Communication

Restitution des résultats aux différents réseaux et à l'ARS.

Financement

Université de Bourgogne – UFR Pharmacie

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Communiquer sur la place du Pharmacien correspondant dans la coordination des soins

Contexte et objectif

La loi du 21 juillet 2009 dite HPST dans le cadre de l'accès de tous à des soins de qualité (titre II) a instauré de nouvelles coopérations entre médecins et pharmaciens d'officine.

Les protocoles de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités sont soumis à l'ARS

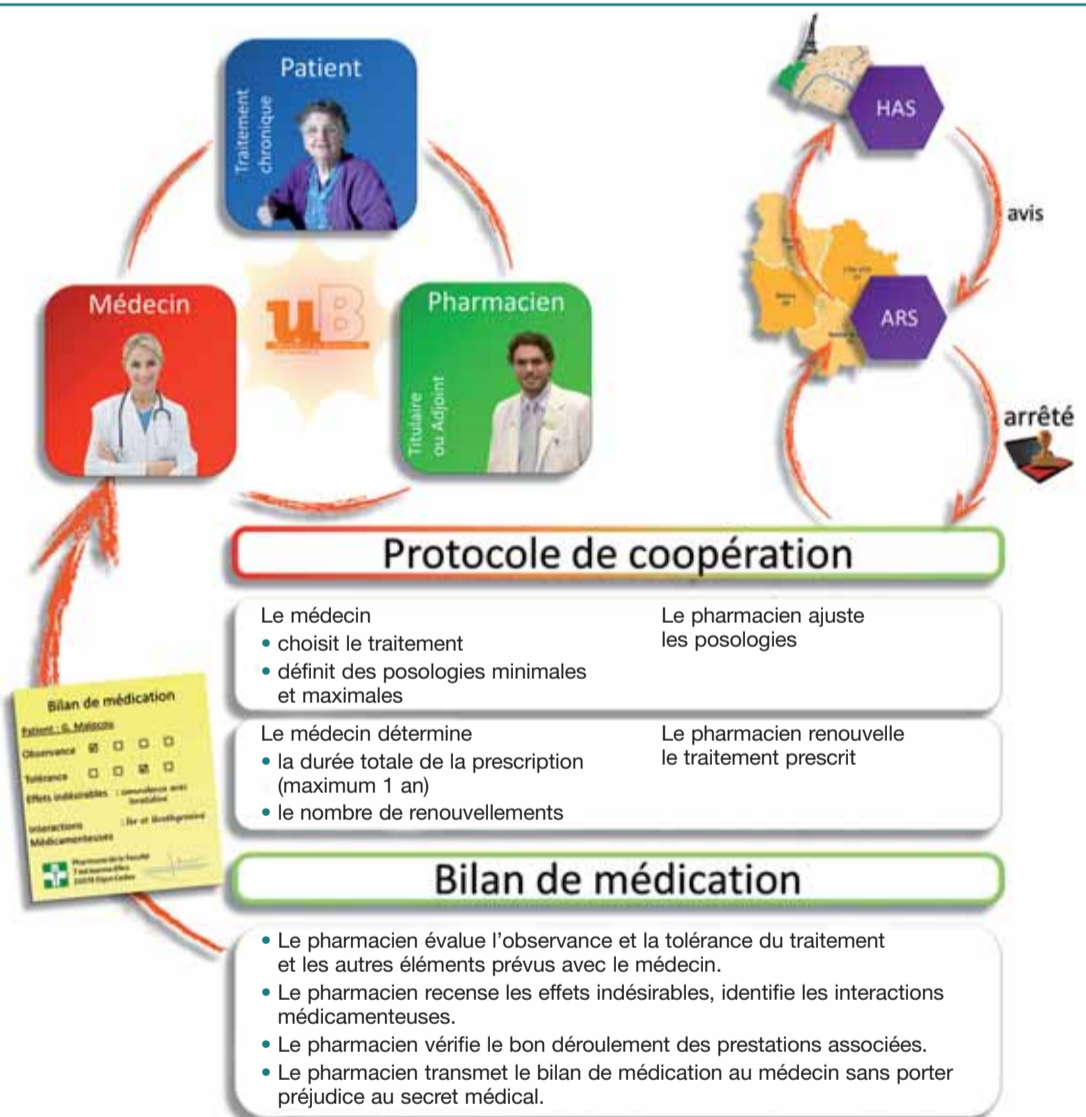
Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Université de Bourgogne – UFR Pharmacie

- Dr Mathieu Guerriaud
- Dr Agnès Tabutiaux
- Pr Sylvette Huichard



Description du projet



Bilan Évaluation

La mise en place et le suivi de l'action de communication seront **confiés aux étudiants de 5^{ème} et 6^{ème} année de Pharmacie** sur une période de 6 mois.

Ils devront, au sein de l'officine, **tester des indicateurs** pouvant servir à l'évaluation, par l'ARS, des futurs protocoles de coopération.

Pourront notamment être évalués : la modification de la fréquence de la pathologie, la modification d'un marqueur biologique, la diminution de la consommation de médicaments, la diminution des hospitalisations.

Communication

La communication est opérée auprès de tous les acteurs concernés : Patients, Médecins, Pharmaciens, Étudiants, Enseignants.

Financement

Financement par l'Université de Bourgogne - UFR de Santé Formation Initiale et Continue.

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Meilleure prise en charge de la personne Déficiente Intellectuelle

Contexte et objectif

Assurer l'évaluation et la coordination du projet de soins et de prise en charge des personnes déficientes intellectuelles

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Les centres de référence des déficiences intellectuelles de causes rares.
Le collectif DI (13 associations de maladies rares avec déficience intellectuelle).
L'association Intelli'cure, réseau de professionnels au service de la personne déficiente intellectuelle et de sa famille.

Description du projet

La globalité des retards dans les acquisitions nécessite des prises en charge pluridisciplinaires nombreuses et des actions de soutien coordonnées. Il convient de mettre en place un réseau structuré qui soit le garant de l'application à chaque personne des différents types d'accompagnement.

Les missions du réseau de santé : apporter un service de proximité à travers la formation et le regroupement de professionnels de différentes spécialités formés aux connaissances spécifiques de la DI et agir en complément des dispositifs existants.

Actions d'information et de formation :

- vis-à-vis des professionnels : formaliser et diffuser les bonnes pratiques en faisant le lien entre les connaissances cliniques, rééducatives et pédagogiques, et les diffuser à travers des actions de formation
- vis-à-vis des familles : informer sur les maladies, le parcours de la personne souffrant de déficience intellectuelle, les prises en charge et les alternatives possibles

Les services du réseau de santé :

- évaluation neurodéveloppementale régulière, débouchant sur un plan individuel de prises en charge
- coordination des professionnels pour mettre en œuvre ces prises en charge
- accompagnement des familles dans la compréhension de leur situation et la recherche de solution

Le réseau permet ainsi une optimisation du parcours de soin et la mise en œuvre du projet de vie personnalisé, permettant une économie et une meilleure performance des ressources disponibles par l'optimisation des moyens, le partage des compétences et la prévention des risques associés.

Bilan Évaluation

Résultats obtenus :

- recensement des publics concernés : 650 000 personnes en situation de handicap mental, soit 1 % de la population française
- création d'un collectif de 13 Associations de maladies rares ayant pour point commun une déficience intellectuelle dont Valentin Association de Porteurs d'Anomalies Chromosomiques, Génération 22, Mosaïques, AFSA, Xtraordinaire, Le Réseau-Lucioles, autour des Williams



- recensement des professionnels concernés : > 100 professionnels formés, 140 membres du réseau Intellicure, une coopération des spécialistes de la question : 65 intervenants du DIU Déficience Intellectuelle (Universitaires, professionnels de terrain)

Obstacles :

- une pluralité d'acteurs. Réponse : structuration par un réseau de santé
- un parcours du combattant pour les familles. Réponse : le gestionnaire de cas
- absence de consensus sur le périmètre de la Déficience Intellectuelle. Réponse : saisine de l'HAS pour créer un référentiel de Bonnes Pratiques et une nouvelle classification des actes médicaux

Communication

Assemblée Générale des Associations de patients, interventions au niveau de l'APHP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris), interventions au cours des congrès (pédiatrie, neuropédiatrie, orthophonie, psychomotricité)
Formations comme le DIU Déficience Intellectuelle

Financement

Dossiers FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) Université, fondations privées, soutien logistique de l'Académie nationale de Médecine

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Création d'Associations Régionales France-Dépression



Contexte et objectif

Les objectifs de l'Association sont :

- soutenir et informer les personnes sur la dépression et les troubles bipolaires, notamment sur l'évolution, les traitements, la manière d'y faire face, les recherches en cours
- susciter la compréhension du grand public
- promouvoir le développement de programmes de recherche concernant les causes, le traitement et la prophylaxie de ces maladies.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

L'appui des acteurs du terrain : hôpitaux spécialisés, CMP (Centres Médico-Psychologiques), cliniques du réseau UNCPSY (Union Nationale des Cliniques Psychiatriques Privées), réseaux locaux de santé mentale, URCAM, sections locales d'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques), élus locaux ...

Description du projet

Une équipe initiale assez solide avec nos trois catégories d'adhérents – patients, membres de la famille et professionnels de la santé – est indispensable avant le lancement d'une association 1901 déclarée.

Étapes pour la création d'une Association Régionale :

- rencontre à plusieurs reprises entre le Conseil d'Administration (CA) national et les fondateurs potentiels d'une Association Régionale afin de s'assurer que le projet est viable
- rencontres avec nos adhérents existants et des médecins sympathisants de la région concernée, ainsi qu'avec des réseaux de partenaires locaux
- organisation de réunions d'information, de groupes de parole et de mini-conférences pour mettre en place un futur CA et une assemblée générale constitutive.

Caractéristiques des Associations Régionales :

- soutien et liens étroits avec l'Association Nationale
- associations 1901 indépendantes ayant leurs propres spécificités en fonction des besoins et des préférences des adhérents de la région et qui sont liées par une convention à l'Association Nationale
- une marraine ou un parrain de l'Association Nationale est désigné(e) pour suivre la vie de l'Association et un représentant de chaque Association Régionale siège au Conseil d'administration national
- des réunions Inter-régionales sont organisées et sont très utiles pour parler de nos axes de travail, échanger et partager nos stratégies pour mobiliser nos adhérents en province
- Il s'agit de parler d'une seule voix, mieux représenter les intérêts de tous nos adhérents et se battre contre la disparité de qualité et d'accès aux soins.

Bilan Évaluation

Aujourd'hui nos Associations Régionales sont devenues des acteurs importants dans le paysage de la santé mentale dans leurs régions :

- France-Dépression Bourgogne a été fondée en 2000 à SENS et après cinq ans de travail sur le terrain, elle est aujourd'hui en sommeil par manque de bénévoles
- France-Dépression Normandie, créée en 2001 à ROUEN, représente les intérêts de nos adhérents et a des liens privilégiés avec le CHU de Rouen
- France-Dépression Lorraine, fondée à la fin de 2002 à NANCY, commence à essaimer dans plusieurs départements de la région
- France-Dépression Centre lancée en octobre 2004 à TOURS a fait des efforts importants pour déstigmatiser les troubles de l'humeur avec plusieurs manifestations remarquées
- Agrément national du Ministère de la Santé en tant qu'association de santé pour représenter les usagers depuis octobre 2007.

Communication

Organisation, chaque année en octobre, de la Journée Européenne de la Dépression. A cette occasion, nos communiqués et dossiers de presse sont envoyés à plus de 600 journalistes, un spot d'information et de prévention est diffusé gracieusement sur plus de 9 chaînes de télévision publiques et privées, ainsi que sur de nombreuses stations de radio.

Financement

France-Dépression est financée grâce aux cotisations et dons de ses membres, et une subvention du Ministère de la Santé et de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé). La politique de l'Association interdit le financement de la part de l'industrie pharmaceutique.

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Réseau de Santé AURA 77



Contexte et objectif

Avec une prévalence d'un enfant sur 150, le dépistage précoce des Troubles Envahissants du Développement (T.E.D) constitue une véritable priorité de santé publique. Le Réseau de Santé AURA 77 propose de sensibiliser l'ensemble des acteurs de santé de première ligne, médecins généralistes libéraux et services de PMI en adaptant le mode de formation aux particularités d'exercice de chacun.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Réseau de Santé AURA 77
Conseil Général de Seine-et-Marne (PMI)

Description du projet

Sensibilisation des professionnels de santé de première ligne au dépistage précoce des T.E.D.

Médecins généralistes	Services de PMI
Secteur géographique concerné	
2 villes nouvelles Marne La Vallée et Sénart Soit 300 000 habitants	Département de Seine et Marne soit 1 228 917 habitants
Nombre de professionnels concernés	
294 médecins généralistes soit 25 % des médecins en exercice	11 équipes soit 100 % des équipes de PMI
Modalités de formation des partenaires	
Entretiens au cabinet sur rendez-vous : <ul style="list-style-type: none"> • 218 entretiens • 74 % des médecins sollicités • 4 Formations Médicale Continue • 40 participants • 18 % des médecins vus en entretien 	Réunions sur site : <ul style="list-style-type: none"> • 10 réunions de formation • 164 professionnels formés

- 6 Consultations conjointes médecin généraliste/ infirmière de pratique avancée
- 382 Recommandations HAS diffusées

Bilan Évaluation

Le repérage précoce des T.E.D. fait l'objet d'un consensus ; cependant il apparaît nécessaire de développer des modalités nouvelles pour répondre à cette nécessité de santé publique.

Cette expérience de collaboration médecin généraliste/infirmière de pratique avancée offre une réponse adaptée aux conditions d'exercice en libéral des médecins. L'expertise infirmière est au service de la pratique du médecin généraliste dans le cadre de son activité quotidienne en libéral.

La pratique avancée a permis de réduire le délai d'accès aux soins spécialisés des enfants dépistés.

Cette pratique nouvelle implique la définition de nouveaux référentiels de compétences propres et partagées. Ces référentiels de compétences partagées définiront la médecine de demain, non pas comme une réponse à la pénurie médicale mais comme l'évolution naturelle de la profession infirmière.

Communication

Bilan de l'action diffusée auprès de l'ARS, du GRSP (Groupement Régional de Santé Publique)
Présentation des résultats au Conseil Général

Financement

Subvention GRSP jusqu'en 2010
À partir de 2011, Dotation FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) ARS Ile-de-France

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

FIBROMYALGIE : de la théorie à la pratique, un vrai partenariat



Contexte et objectif

Le retentissement de la fibromyalgie a dépassé le cadre médical pour progressivement envahir tous les champs d'application de la vie des patients sur le plan social, familial ou environnemental.

Un objectif commun s'est imposé aux différents thérapeutes : créer un outil de mise en commun des savoirs pour diffuser l'information destinée autant aux soignants qu'aux malades.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Pr Paul LE GOFF, Dr Jean-Luc POINDESSOUS, Dr Pascale PICARD, CeNAF (Centre National des Associations de Fibromyalgiques).

Cet ouvrage a été réalisé avec l'aide du Conseil Général du Finistère, des Laboratoires GLAXOSMITHKLINE France, du service de MPR (Médecine Physique et de Réadaptation) du CHG de Dreux

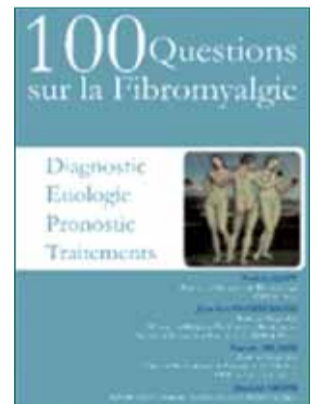
Description du projet

Les données : la fibromyalgie est une pathologie douloureuse chronique associant notamment fatigue et douleurs musculo - tendineuses multiples et diffuses.

Elle représente une véritable problématique médico-sociale tant par la souffrance occasionnée aux patients et les conséquences dans tous les domaines, que par les enjeux économiques représentés notamment par les soins dispensés, souvent non remboursés, les arrêts de travail et le coût global de la maladie.

Aussi des professionnels de santé d'horizons différents, rhumatologue, rééducateur physique et algologue, et les associations de patients réunies au sein du CeNAF ont travaillé ensemble pour créer une brochure pratique et technique sur la fibromyalgie en essayant de livrer l'expérience et les sensibilités de nombreux acteurs de santé avec pour but notamment :

- d'informer les malades sur leur pathologie,
- de créer un ouvrage de référence accessible à tous,
- de montrer l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire.



Bilan Évaluation

Ce travail a bien démontré que professionnels de santé et associations de patients peuvent travailler ensemble pour une optimisation de la prise en charge thérapeutique.

Il laisse donc présager d'une ouverture positive sur un partenariat efficace au-delà des clivages classiques mettant en évidence que la bonne volonté et la mise en commun d'expériences humaines est toujours profitable à la collectivité.

« **Tenter l'impossible : c'est déjà s'en rapprocher** »

Communication

La brochure peut être commandée via les associations affiliées au CeNAF ou par courriel : info@cenaf.org - Prix 5,00 € + 2,50 € frais de port

- communiqué de presse à l'automne vers les médias sélectionnés, et présentation de l'ouvrage aux salons SFR et SFETD (Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur) à PARIS
- chaque association donne plusieurs exemplaires aux services hospitaliers de sa région concernés : rhumatologie, rééducation physique, médecine interne, et aux consultations anti-douleurs.

Financement

Conseil Général du Finistère, les Laboratoires GLAXOSMITHKLINE FRANCE

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Promouvoir les formations

ETP (Éducation thérapeutique du patient)

dans les maladies cardiovasculaires



Contexte et objectif

L'**ETP** (Éducation Thérapeutique du Patient) est essentielle dans les maladies cardiovasculaires.
De nombreux programmes ETP existent sans la collaboration de patients.
Favoriser la réussite de la prise en charge et éviter les complications.
Rendre conscient et mobilisé contre la maladie

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Alliance du Cœur

Sites pilotes : HEGP à Paris, CHU de Caen, CHU de Nancy, Strasbourg, Marseille, Dijon, etc.
Réseaux de santé

Description du projet

Objectifs opérationnels du projet :

- élaborer une intervention éducative « patient expert »
- recruter des représentants associatifs (patients ou proches)
- proposer cette intervention à des équipes porteuses de programmes ETP
- mettre en œuvre ces programmes en incluant les patients experts formés
- observer le processus d'implication de ces patients experts

Chronologie du projet :

- **Phase de préparation**
 - mise en place du comité de pilotage
 - élaborer une intervention éducative sur plusieurs séances
 - recruter et sélectionner des patients ou proches
 - former les patients (7 jours / 3 sessions)

Illustration de projets financés :

- **Phase de mise en œuvre**
 - mettre en place des comités de pilotage locaux (sites pilotes)
 - mettre en relation les équipes ETP existantes avec nos patients
 - réaliser l'intervention éducative
 - accompagner et soutenir les patients éducateurs
 - communiquer sur les conclusions de cette expérimentation

Bilan Évaluation

Résultats attendus : augmentation des programmes ETP sur les sites hospitaliers et renforcement des équipes porteuses en place.

Évaluation du projet :

- conditions d'acceptabilité et faisabilité de l'intervention de patients dans les programmes ETP par les équipes de soins
- pré requis et compétences nécessaires aux patients
- modalités de recrutement, de formation et de suivi
- correspondance des séquences pédagogiques animées par les patients experts au regard du besoin des patients
- plus-value ou non, des patients experts dans les programmes ETP en place

Communication

Cible : les professionnels de santé (hospitaliers) grand public (bénévoles) et membres des associations de l'Alliance du Cœur

Financement

DGS (Direction Générale de la Santé)

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Prévenir la maltraitance, Tendre à la Bienveillance



Contexte et objectif

Faire prendre conscience à tous les membres de la communauté du soin de la problématique Bienveillance/maltraitance. Améliorer la qualité d'accueil des personnes soignées. Redonner un sens aux soignants pour améliorer leur bien-être au travail. Pérenniser l'action et former des relais.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Le Groupe Hospitalier du Centre Alsace (GHCA), la Haute Autorité de Santé (HAS), l'ANAP (Agence Nationale pour l'Amélioration des Performances), le Ministère et des représentants des usagers

Description du projet

Mise en place en milieu hospitalier d'un groupe de travail pérenne (professionnels du soin et représentants des patients) puis rédaction d'une charte Qualité : « **Tendre à la Bienveillance Prévenir la Maltraitance** » :

- réflexion sur les valeurs fondamentales du soignant et les conduites inacceptables
- définition des valeurs fondamentales du soignant
- définition des conduites inacceptables
- charte
- fiches pratiques visant à passer du conceptuel à l'organisationnel

Depuis 2009 :

- formation aux stagiaires, internes, au Comité des Vigilances, aux Journées Institutionnelles des Vigilances
- nomination d'un correspondant Bienveillance/Maltraitance au Comité des Risques et de la Vigilance (COVIRIS)
- cours (deux heures annuelles) institutionnalisés aux Ecoles des Manipulateurs d'Électroradiologie Médicale (Strasbourg et Mulhouse) et d'IDE
- communications externes multiples visant à faire s'approprier la démarche par les plus jeunes membres des équipes de soin dans un but de pérennisation
- communications dans la presse pour créer une dynamique « incitative » dans le public
- pilotage de la mission nationale : Bienveillance en établissement de santé.

Bilan Évaluation

Méthodologie proposée :

- prise de conscience de la problématique "Bienveillance/maltraitance"
- définition par les professionnels de Valeurs Fondamentales partagées
- définition des conduites inacceptables et maltraitantes
- satisfaction des patients valorisée par les enquêtes de satisfaction menées deux fois par an et dont les résultats sont affichés dans les salles d'attente
- enquêtes de satisfaction des patients et des personnels
- audits menés par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la performance) et les HAS

Communication

Rédaction de chartes qualité en 2008, 2009 puis 2010

Communications externes multiples visant à faire s'approprier la démarche par les plus jeunes membres des équipes de soin dans un but de pérennisation
Communications dans la presse pour créer une dynamique « incitative » dans le public : presse écrite (Quotidien du Médecin, Alsace, DNA, Revues de Consommateurs, Presse Professionnelles), parlée (Radio France Bleue, Radios locales) et télévisée

Bulletin de l'Ordre National des Médecins et Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine

Financement

Beaucoup de bénévolat et quelques heures prises sur le temps de travail pour le personnel membre des groupes de travail

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Ecole d'Ingénieurs ISIS Informatique et Systèmes d'Information pour la Santé



Contexte et objectif

Former des ingénieurs informaticiens capables de dominer les enjeux de la modernisation du secteur de la santé

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Centre Universitaire de Formation et de Recherche Jean-François Champollion, Castres
Accréditation : École reconnue par la Commission des Titres d'Ingénieurs

Description du projet

- Première école du secteur "numérique et santé", ISIS a été créée en 2006 pour répondre aux besoins professionnels dans ce domaine par la formation de nouveaux profils dotés d'une double compétence, à la fois de maîtrise des nouvelles technologies et de compréhension des enjeux actuels de la santé.
- Le **curriculum** est organisé sur 3 ans avec un programme pluridisciplinaire visant à la maîtrise des systèmes d'information et de l'ingénierie informatique, en 1^{ère} année, l'acquisition d'une vision professionnelle précise des systèmes d'information de santé, en 2^{ème} année, et des compétences pour conduire le changement et l'innovation dans ce secteur, en 3^{ème} année.
- L'acquisition d'un **savoir-faire** organisationnel et technique, ainsi que de la connaissance des pratiques et usages des acteurs de la santé est facilitée par une pédagogie centrée sur les projets – les clients étant des donneurs d'ordre du secteur de la santé – et par une expérience sur le terrain acquise au cours d'au moins 9 mois de stages répartis sur toute la durée de la formation.
- L'admission se fait après un bac+2 : 2/3 de l'effectif est recruté au travers de la banque de concours e3a ; admissions parallèles pour les candidats issus de filières à dominante informatique.
- L'école est adossée à une **équipe de recherche pluridisciplinaire** rattachée à des laboratoires du PRES (Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur) Université de Toulouse. Les recherches de l'équipe concernent la e-santé, avec une thématique centrale portant sur la liaison hôpital – ville et l'optimisation des systèmes de maintien à domicile.
- ISIS bénéficie de la **qualification particulière du territoire** de Castres-Mazamet dans le domaine du numérique et de la santé. Ses activités s'inscrivent dans la dynamique impulsée par le pôle de compétitivité Cancer-Bio-Santé et par le Centre e-santé du CHU de Toulouse.
- ISIS participe à la structuration, sur le site de Castres, d'un pôle de formation et de recherche en e-santé, en particulier en créant dans ses locaux le **Connected Health Lab**, plateforme de démonstration et de recherche des applications en e-santé conçue pour fonctionner à la fois comme un lieu d'expérimentation, une vitrine technologique et un site de formation continue ouvert aux partenaires académiques, médicaux et industriels de l'école.

Bilan Évaluation

Métiers : Spécialiste des systèmes d'information, l'ingénieur ISIS évolue dans le domaine des soins, de la télémédecine, de l'industrie médicale, de l'édition des logiciels "métiers" pour la santé, de l'organisation et de la gestion de la santé.

Exemples de métiers : responsable de projet de développement et d'intégration d'applications, architecte de systèmes d'information médicaux, responsable du système d'information métier, assistant à la maîtrise d'ouvrage, ...

Insertion professionnelle : 100 % après obtention du diplôme.

Communication

Site web : www.isis-ingenieur.fr (plaquette téléchargeable)
Journée portes ouvertes, salons Étudiants et Grandes Écoles
Plaquette papier sur demande : 05 63 51 24 01

Financement

Les sources de financement de l'école sont l'État, la Région Midi-Pyrénées et les collectivités territoriales.

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Dialyse Péritonéale Automatisée

Contexte et objectif

La Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA) est une méthode de dialyse péritonéale devenue simple et fiable.

Elle permet aux patients de préserver une qualité de vie et de minimiser l'impact quotidien des contraintes de la dialyse, leur permettant au mieux de conserver une activité professionnelle et sociale adaptée à leur mode de vie.

Cette méthode de suppléance extra-rénale reste encore très peu enseignée lors du cursus de néphrologie.

Les bénéfices de cette formation sont :

- permettre aux jeunes néphrologues des CHU de se familiariser et comprendre la technique, d'en maîtriser les paramètres de prescription, de prévenir les complications et de savoir gérer ces dernières lorsqu'elles surviennent
- diffuser et commenter les dernières recommandations Européennes/ Internationales en vigueur concernant l'évolution des prescriptions et les cibles de dialyse adéquate à atteindre
- diffuser et commenter les articles phares et les plus récents sur la technique
- créer des échanges professionnels entre les jeunes néphrologues
- pérenniser la formation à la dialyse péritonéale en facilitant l'appropriation de ces « Réunions inter-CHU » par les services de néphrologie des établissements

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Promoteur : le Laboratoire Baxter,
les CHU de Besançon, Grenoble, Lyon, Reims
et Saint-Étienne,

Description du projet

Une formation théorique et pratique à la DPA pour les jeunes néphrologues des CHU :

- recommandations HAS : indications et non indications à la DP
- comprendre les principes et particularités par rapport à la DPCA, la première prescription et l'adaptation des prescriptions en fonction des besoins évolutifs du patient,
- connaître et identifier les indications et contre-indications à la DPA
- connaître les critères de dialyse adéquate et les moyens de les atteindre
- savoir maîtriser la prescription de la DPA à l'aide des outils adaptés
 - présentation du logiciel ADEQUEST
 - utilisation et simulation de prescription
- savoir programmer un cycleur et gérer les alarmes éventuelles
- valider les conduites à tenir à partir de cas cliniques

Bilan Évaluation

- 14 internes de néphrologie étaient présents
- Évaluation en 12 questions et 3 choix possibles (À revoir et /ou améliorer, Bien, Très bien) pour chaque point évalué
100% des réponses ont été Bien ou Très bien

Communication

Aval des chefs de service des CHU
Promotion au sein du nouveau syndicat des Jeunes Néphrologues

Financement

Laboratoire Baxter

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Étude de faisabilité d'une méthode de soin préventive et éducative au sein de la Maison de la Santé municipale de la ville de Chenôve au service des populations souffrant de douleurs chroniques



Contexte et objectif

Traitement et éducation thérapeutique du patient douloureux chronique : prise en charge innovante du stress et de la douleur chroniques, avec une innovation technologique, l'ensemble constituant une innovation thérapeutique.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Nom du promoteur : Municipalité de Chenôve, M. Meunier
Co-promoteurs et partenaires : Université, Caisse Primaire d'Assurance Maladie
Validations, accréditations, labels : AFSSAPS : normes CE, Pré-études cliniques sur les TMS

Description du projet

La ville de Chenôve souhaite intégrer une problématique de santé publique dans la politique municipale.

Elle constate un décalage croissant entre une population qui stagne à des niveaux marqués de pauvreté, et l'accès aux soins ; cette population isolée souffrant de douleurs chroniques, en particulier liées à des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS).

La problématique de la douleur :

- contrairement à la douleur aiguë, considérée comme vitale en vertu de sa fonction protectrice, la douleur chronique apparaît comme illégitime, voire inutile dans la mesure où elle est dépourvue de fonction homéostatique
- en effet, son développement se caractérise par une dé-corrélation progressive entre l'intensité du stimulus nociceptif et le ressenti de la douleur qu'il provoque. En perdant de son sens, la douleur chronique peut déclencher un profond sentiment de rejet de la part de la personne qui en est victime
- cette part croissante de la composante affective de la douleur ne pourra alors que renforcer son intensité, sa persistance et son effet délétère
- s'intéresser à toute nouvelle thérapie contre la douleur chronique devient alors nécessaire

Association du dispositif médical DEDOLOR® de classe 2a et d'une technique d'exposition issue des thérapies cognitives et comportementales, selon le protocole suivant :

- **étape 1 :** information des professionnels de santé, de la population concernée par la douleur et le stress chroniques
- **étape 2 :** prise en charge, après prescription médicale, par les professionnels de santé formés à la méthode DEDOLOR® :
 - évaluation par EVA (Echelle Visuelle Analogique) avant et après chaque séance, au repos et en mouvement
 - mesure de qualité de vie par échelle ISPN (Indicielle de Perception de Santé de Nottingham)
 - mesure des amplitudes articulaires avant après séance sachant que le nombre de séances sera égal au plus à 5
 - 2^{ème} visite auprès du médecin prescripteur, effectuée à la fin du traitement.
- **étape 3 :** traitement et exploitation des données, rédaction du rapport final à T0 + 7 mois

Bilan Évaluation

- Un comité de pilotage, associant notamment Monsieur le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie est constitué. Il se réunira régulièrement afin d'évaluer l'avancement de l'étude.
 - Analyse des résultats en termes de qualité de vie
 - Diagnostic de la démarche : forces, faiblesses, opportunités, menaces
- Conclusions :** Conditions de pérennisation de la démarche avec des extensions possibles dans le champ de la santé publique en cohérence avec la politique municipale.

Communication

La municipalité de Chenôve garde la maîtrise de la communication :

- vers les habitants de la ville
- vers les professionnels de santé de la ville
- vers l'Université responsable de l'essai non interventionnel de la méthode de soins DEDOLOR®
- vers la Direction de la CPAM (utilisation des dossiers patients inclus pour évaluation des résultats à travers le parcours de soins des personnes)

Financement

Municipalité de Chenôve, mécénat, Association Prix Liliane et Pierre Dusserre

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Sensibiliser le personnel encadrant au vécu du cancer afin de faciliter la réintégration du salarié



Contexte et objectif

S'appuyant sur la mesure 29 du plan cancer 2009-2013 : "Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer", le Collectif K propose une formation au personnel encadrant afin de les aider à :

- gérer les salariés confrontés à une maladie grave telle que le cancer
- connaître les répercussions de la maladie sur le psychisme et le contexte médico-social
- lever les incompréhensions, préjugés et croyances et favoriser la solidarité

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Le Collectif K est l'association nationale des associations de soutien aux malades atteints de cancer. Il regroupe 11 associations fondatrices.

Description du projet

Public rencontré : employeurs, RRH, chefs de service

Déroulement de la formation :

- informations générales :
 - le cancer : définition, traitements
 - appréhension du vécu de la maladie : les phases psychologiques
- outils d'accompagnement : les dispositifs à mettre en place pour gérer le salarié malade au cours des différentes phases critiques
 - préannonce, annonce
 - le parcours de soins (arrêt maladie ou maintien dans l'emploi)
 - retour au travail - accueil du salarié après son arrêt maladie - reprise du poste de travail ou reclassement

Méthode pédagogique :

- mise en situation : ateliers, jeux de rôle, études de cas
- témoignages
- support écrit remis à l'issue de la formation
- évaluation

Durée : 1 journée

Intervenante : Martine Pecqueur, Présidente fondatrice de l'association Émeraude soutien aux personnes atteintes d'un cancer (Lille) ; l'association Émeraude est membre du Collectif K.

Bilan Évaluation

Mise en place dans le courant du premier semestre 2011.

Demande d'agrément Formation Professionnelle Continue (FMC) prévue.

Questionnaire d'évaluation remis en fin de formation :

- impact de la formation
- pertinence liée à l'analyse des besoins

Rencontre ultérieure avec les participants et suivi téléphonique pour évaluation des acquis et de la mise en œuvre sur le terrain.

Bilan effectué par le Collectif K sur un trimestre afin de mesurer sur le nombre de participants et de formation. Analyse de la formation et de son impact réalisée par l'étude des questionnaires et une rencontre avec le responsable de l'entreprise.

Communication

Brochures, site internet, médias, associations DRH, fédérations femmes chefs d'entreprise, collectivités locales, institutions, mutuelles et assurances qui peuvent proposer la formation à leurs entreprises adhérentes.

Financement

Coût de la journée : 1 500 € pour un groupe de 12 participants maximum

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Partenariat entre Alliance Cœur et le SNSMCV

Contexte et objectif

Le SNSMCV et Alliance du Cœur, ont choisi de mener une politique de relations, basée sur la transparence, la définition d'objectifs communs, ainsi que le respect des critères d'équilibre et de pérennité. Cette volonté s'est traduite par la signature d'une charte d'engagement, qui rappelle les grands principes et le cadre général, dans lesquels s'inscrit la démarche du syndicat. De même qu'une convention formalise les engagements pris par les partenaires signataires.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Alliance du Cœur (Union Nationale des Fédérations & Associations de Malades du Cœur et de la Circulation Sanguine)
SNSMCV (Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux)

Description du projet

Objectifs de la Charte :

- le SNSMCV s'engage à nouer des partenariats et à accompagner les associations de patients, qui œuvrent activement dans le domaine de la prévention.
- actuellement, ce partenariat porte sur la création du site internet « moncardio.org »
- sur ce site, Alliance du Cœur apportera son concours, pour répondre aux questions du public, portant sur des sujets comme : vivre au quotidien avec sa maladie cardiovasculaire, apprivoiser son traitement
- des articles à paraître dans la revue « Le Cardiologue » sont écrits ou relus par des membres de l'Alliance du Cœur (Convention Aéras) sous contrôle du SNSMCV
- sensibiliser le public aux maladies cardiaques et vasculaires
- contribuer à une meilleure connaissance et prise en charge de ces maladies
- favoriser les bonnes relations entre les malades, leurs familles et accompagnants et les professionnels de santé

Objectifs de la Convention :

- des actions d'information auprès du grand public
- organisation de conférences avec des cardiologues et des professionnels de santé
- ces manifestations seront programmées à la demande de l'une ou l'autre des parties
- Alliance du Cœur mettra à la disposition des professionnels de santé (cardiologues) les brochures « COOL la VIE », réalisées et conçues par des membres de l'association

Bilan Évaluation

Résultats attendus : Amélioration des relations entre les cardiologues et les patients, que les attentes et besoins des malades soient mieux énoncées auprès des professionnels de santé ; qu'en échange, les membres des associations de l'Alliance du Cœur, puissent répondre présent à la sollicitation du SNSMCV, pour participer à des manifestations et apporter leurs témoignages, en tant que patient et usager.

Communication

La communication de cet engagement réciproque, se fera par les membres du SNSMCV et par le réseau associatif d'Alliance du Cœur ; tout support comme la revue « Le Cardiologue » et « COOL la VIE Mag », les sites internet respectifs, et toute intervention publique dans les médias, permettront de rappeler les termes et engagements de cette charte et convention, signées par les deux parties.

Financement

SNSMCV et ALLIANCE du CŒUR

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS



Plateforme d'Aide au Suivi et à la cOordination des activités de Soins

Contexte et objectif

Le projet **PLAS'O'SOINS** vise à répondre aux problèmes contemporains auxquels se trouvent confrontés les structures de soins et services à domicile, en fournissant un outil permettant d'établir une coordination structurée entre les différents acteurs de la santé et des services à domicile et de valoriser leurs actions.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Le projet **PLAS'O'SOINS**, porté par l'équipe de recherche ISIS, est un projet de recherche collaboratif sélectionné dans le cadre de l'appel à projets TecSan 2010 de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), et labellisé par le pôle de compétitivité Cancer-Bio-Santé. Lancé en avril 2011, porte sur une durée de 3 ans

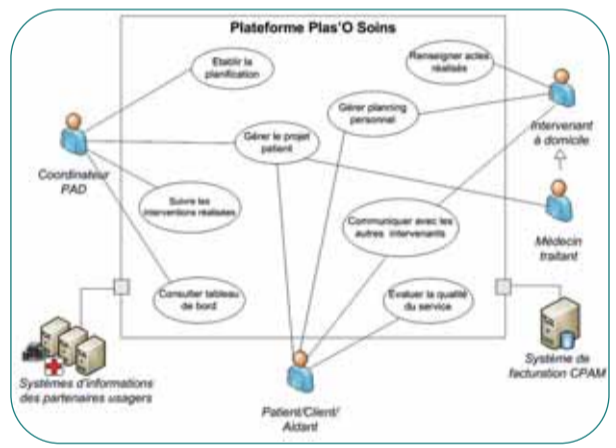


Description du projet

L'objectif du projet est de mettre en place une plate-forme technologique permettant d'orchestrer les activités des acteurs de la prise en charge à domicile, dans le but d'améliorer l'efficacité de ce type de soins et de réagir de manière agile aux aléas qui, loin d'être l'exception, sont plutôt la règle dans ce type de processus. Cette plateforme est destinée à répondre aux besoins des structures d'hospitalisation ou de maintien à domicile en termes de coordination, de planification et de suivi de projets de soins des patients et des activités des intervenants.

Il s'agit de **concevoir un système** qui, en mémorisant toutes les informations utiles (profil patient, protocoles, prescriptions, interventions, résultats d'analyse, géolocalisation...) et leur évolution, fournisse à tout instant :

- la restitution de l'état actuel du processus de prise en charge du patient, d'une manière globale ou avec une vision spécifiquement adaptée au profil de l'acteur concerné
- la remontée en temps opportun des informations (alertes, arrivée sur site, retard de l'intervenant...) vers la partie prenante la mieux adaptée, qu'il s'agisse d'un service d'urgence, d'un acteur social, du médecin traitant, d'un proche, d'un voisin, etc
- la planification et la coordination des interventions, et leur re-planification dynamique face aux aléas
- la vérification de cohérence d'intégrité, la traçabilité des interventions



Bilan Évaluation

Les aspects innovants du projet sont multiples : Ils résident d'une part dans le caractère inter-organisationnel de la coordination nécessaire entre des acteurs qui présentent un niveau variable de support en termes de systèmes d'information. D'autre part le système doit prendre en compte la grande dynamisme des activités, due à la mobilité des acteurs, et au besoin de personnalisation des processus de soin. **Plas'O'Soins** s'attache à intégrer toutes les contraintes liées au caractère sensible des données prises en compte, et à maîtriser les problèmes d'utilisabilité et d'acceptabilité sociale des solutions proposées.

Les verrous scientifiques majeurs traités dans le projet consistent en :

- la définition d'un langage spécifique au domaine (DSL) de la prise en charge à domicile et la programmation par l'utilisateur (End-User Programming) des processus de PAD
- la définition d'une architecture de médiation agile basée sur des web services, permettant une exécution maîtrisée et agile des processus définis par le DSL
- la définition d'un processus de continuité des activités, permettant d'assurer la continuité des soins faces aux aléas techniques et organisationnels

Communication

<http://www.plasosoins.org>

Pr Rémi Bastide : remi.bastide@irit.fr

Dr Elyes Lamine : elyes.lamine@univ-jfc.fr

Julien Venne : venne@castres-mazamet.com

Financement

Coût total du programme : 3,6 M€
Montant de l'aide obtenue : 1,2 M€
Taux moyen d'aides publiques : 30,8 %



États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Prévention des conduites à risques par usage de drogues auprès de tout public



Contexte et objectif

Prévention des addictions auprès de tout public
Formation d'intervenants en prévention
sur l'ensemble du territoire et à l'Étranger

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

EDVO (Écouter... Développer... Vivre... Orienter)
avec des intervenants diplômés,
la participation de 2 de ses ex-pensionnaires,
une méthode et des outils pédagogiques actualisés

Description du projet

Pour les adolescents et jeunes adultes en milieu scolaire ou universitaire, sensibilisation sur l'évolution des drogues et des mœurs, les conséquences dans son environnement social et familial. Sont abordés également, les effets et conséquences de l'usage des produits psycho-actifs licites et illicites, les addictions sans produits.

Pour les parents, enseignants, éducateurs, sensibilisation sur les comportements à risques des adolescents, les troubles repérables et changements nécessitant plus de vigilance et de dialogue sur le sujet. La demande d'aide et les services proposés.

Sur convention avec collège, lycée, université, à la demande du Chef d'Établissement ou de l'infirmière scolaire :

- séance de 2 heures par groupe de 2 classes, comprenant une première partie d'exposé avec supports audio visuels, suivie de deux témoignages et d'un débat avec les participants
- mise à disposition des documents de prévention de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé)
- conférence débat de 2 h 30 à 3 h pour les parents, enseignants, éducateurs, avec développement de tout ce qui a trait à l'éducatif, au préventif, concernant l'usage des drogues ou les conduites addictives. Les questions de ce public sont généralement nombreuses et nous permettent d'apporter un panel de réponses ou de solutions appropriées aux situations évoquées
- ces initiatives sont porteuses de réactions et de dialogue en famille sur les thèmes abordés ; elles sont souvent suivies de demandes individuelles de conseils ou d'orientation sur des services spécialisés

Bilan Évaluation

Un questionnaire anonyme d'évaluation est remis en fin de séance et renseigné par chaque bénéficiaire à l'issue de la séance de prévention. Il permet aux intervenants d'améliorer continuellement la méthode utilisée pour atteindre l'objectif précité.

Les résultats obtenus au terme de l'année suivant l'action menée, sont évalués par l'infirmière scolaire et par la direction de l'Établissement sur les critères suivants :

- nombre de situations où l'usage de produits psycho actifs ont perturbé individuellement ou collectivement l'enseignement
- nombre de dégradations, de vols et d'agressions en lien avec l'usage de drogues
- nombre de mesures disciplinaires et de convocations parentales en lien
- taux d'absentéisme et d'échec scolaire en lien

Vision prospective : évaluation de l'action au bout de 2 ans.

Communication

Plaquette de présentation de l'Établissement, information auprès de la Médecine scolaire, du Rectorat et des Fédération de parents d'élèves, comité local de prévention, presse locale

Financement

Une participation financière aux frais sera établie sur convention à 90 euros par heure d'intervention. La documentation ainsi que les temps supplémentaires consacrés aux questions ou demandes d'aide sont gratuites

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

Prévention des addictions et des risques liés à l'usage des produits modifiant les réflexes et le comportement dans le cadre du travail, en Entreprises et dans les Collectivités



Contexte et objectif

Permettre de réduire au sein des entreprises et des collectivités, l'usage des produits psycho actifs modifiant réflexes et comportement, Veiller à la santé et à la sécurité des salariés et répondre ainsi aux obligations légales du dirigeant, consignées sur le « Document Unique »

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

EDVO (Écouter... Développer... Vivre... Orienter) avec sa structure d'accueil et ses partenaires, son équipe d'intervenants « thérapeutes, formateurs, conférenciers » offre son savoir faire depuis plus de 20 ans

Description du projet

EDVO s'appuie sur sa longue expérience dans le domaine des addictions, dans les Entreprises et Collectivités novatrices sur le Territoire, pour apporter des prestations de qualité en proposant :

- un **partenariat** établi sur convention après un travail préparatoire avec la médecine du travail de secteur et un audit auprès de quelques membres du service pour établir un programme d'interventions adaptées et personnalisées
- des **interventions ponctuelles et pédagogiques** de sensibilisation auprès du personnel (information sur les risques d'accidents, l'incidence sur la santé et l'activité professionnelle en cas d'usage de produits psychotropes). Seront également abordés les aspects juridiques, sociétaux, familiaux avec toutes leurs conséquences
- la **formation d'Acteur** relais de proximité ou groupe relais addictions, permet de maintenir l'action de prévention par initiatives, écoute et aide auprès des salariés dans le domaine évoqué
- un **suivi individualisé** dans nos structures ou dans l'entreprise, pour toute personne concernée par une addiction. Le but est de permettre à chaque bénéficiaire, d'identifier ce besoin d'aide et de lui donner la possibilité d'accéder plus facilement aux soins spécifiques, avec notre accompagnement, jusqu'à son retour dans son cadre de travail
- l'animation d'un groupe de parole sur le sujet évoqué, porteur d'une dynamique pour les changements de comportement escomptés

L'entreprise peut ainsi consigner ces actions dans le « Document Unique » selon l'obligation qui est faite (Art R.4121-1) et faire évoluer le règlement intérieur pour les salariés avec nos conseils.

Bilan Évaluation

Bilan au terme de l'année sur les critères : accidents, absentéisme, dépistages, avertissement, mise à pied, licenciement, dégradations, réparations et remplacements de machines ou véhicules, recours assurances, recours inspection du travail

Évaluation du différentiel vis-à-vis des objectifs recherchés et consignés sur le Document Unique.

Difficultés rencontrées : dépistage, état incompatible avec l'emploi occupé, soins et retour à l'emploi, intervention du médecin, capacités de l'acteur relais de proximité.

Vision prospective : évaluation de l'action au bout de 2 ans.

Communication

Plaquette de présentation d'entreprise, information auprès de la Médecine du travail, de la Fédération si adhésion, Syndicats, comité d'entreprise, presse professionnelle, MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie)

Financement

Partenariat sous forme d'un « MÉCÉNAT DE SÉCURITÉ » entre l'entreprise et l'association, 60 % déductible de l'impôt société dans limite de 5 % du chiffre d'affaires HT. Pour les Collectivités, une participation financière aux frais à 90 euros par heure s/convention d'intervention, sera établie.

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

COACTIS SANTÉ

Contexte et objectif

Avenir de la médecine de ville, qui en l'état ne correspond plus aux aspirations des jeunes médecins et ne remplit pas toujours ses missions de santé publique
Accès aux soins pour tous notamment des personnes déficientes intellectuelles

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

Coactis Santé, loi 1901 et Médiocience SAS
Autorisation de l'ARS

Description du projet

Notre conviction : les centres de santé, lieux de consultation et de soins sans hébergement, présentent de nombreux atouts, en particulier une philosophie et des missions étonnamment actuelles

Pourtant, aujourd'hui, les centres de santé souffrent d'une image surannée de dispensaire, d'une forte connotation politique et sont, le plus souvent, lourdement déficitaires.

Le projet Coactis Santé : créer des centres de santé « nouvelle génération »

Un projet de santé ambitieux et orienté vers le patient :

- organiser l'offre de santé autour du premier recours
- compléter l'offre de santé en fonction des besoins locaux (diagnostic territorial nécessaire)
- articuler l'offre de santé aux autres offres sanitaires, sociales et médico-sociales présentes sur le territoire
- rendre les patients acteurs de leur santé
- garantir une pratique coordonnée, optimisée et dynamique

Un projet social innovant :

- favoriser l'accès aux soins pour tous (enjeu historique des centres de santé) en étant capable d'accueillir dans de bonnes conditions des personnes en situation de handicap et/ou dépendantes. Travail sur ce que signifie l'accessibilité des personnes déficientes intellectuelles avec ou non des troubles du développement
- rénover le sens du service au patient

Un modèle économique solvable et pérenne : mettre en œuvre le projet de santé et le projet social dans un cadre économique sécurisé via :

- l'optimisation des recettes
- une bonne gestion des flux de patients et de la facturation
- la maîtrise des charges de personnel, une montée en charge progressive de la structure
- négocier des financements ou créer de nouveaux outils de financement pour élargir l'offre de soins en temps (soir, week end...) et en contenu

Bilan Évaluation

Travail sur l'accessibilité reconnu par le monde associatif, l'ARS, HAS et les acteurs territoriaux

Réussite du projet pilote :

- centre à l'équilibre économique
- % de patients fragiles (handicap/dépendance, précarité) soignés dans le centre
- nombre de partenariats mis en place sur le territoire

Évaluation HAS démarche qualité

Déploiement du modèle sur d'autres centres

Communication

Cibles : professionnels de santé (article dans des revues professionnelles, bouche à oreille, personnalités dans le conseil d'administration) et grand public (dont public en situation de handicap) au niveau local : brochures, site internet, bouche à oreille, partenariat avec des acteurs locaux du monde de la santé (pharmacie, laboratoire, structure médico-sociale, hôpitaux)

Financement

Ville, région, ARS

Autres à envisager : Mutuelles / Fonds de dotation / Fondations

États Généraux de la SANTÉ en RÉGIONS

santéaucoeurdelacité.com

Contexte et objectif

SANTÉ AU CŒUR DE LA CITE s'est donnée pour mission d'explorer et d'exprimer la dimension urbaine de la santé.

Ce projet, né avant l'adoption de la loi HPST, se trouve renforcé par la mise en œuvre de cette réforme.

Promoteur, Co-promoteur, Accréditation

**COVOS BAXON SANTÉ
VALAUVAL SAS**

Description du projet

Format inédit de débats, d'échanges et d'initiatives sur la santé avec la ville pour cadre de réflexion et d'action.

Mise en place d'un « **congrès permanent** » sur Internet doublé d'opérations terrain – congrès, colloques, sympos – (open meetings), initiées ou associées.

Mise à disposition du label et de la démarche pour toute campagne de promotion du patient-citadin, d'éducation de la santé, de valorisation des professions de santé et de communication transversale.

Incitation des villes et leur région à définir, dans le cadre de partenariats public-privé, des programmes et des objectifs challengés promus et tracés par la campagne **SANTÉ AU CŒUR DE LA CITÉ**.

Le challenge de **SANTÉ AU CŒUR DE LA CITÉ** est de solliciter professionnels et grand public sur une plate-forme commune autour d'un label identitaire fort. Le site se doit d'être alimenté par des contributions régulières présentées de manière dynamique. Chaque manifestation terrain doit apparaître comme la représentation locale d'une campagne nationale.

Bilan Évaluation

Le site www.santeaucoeurdelacite.com est en ligne depuis décembre 2009. Les communications y sont conçues comme des abstracts afin de demeurer dans le modèle congrès

La première édition physique de **SANTÉ AU CŒUR DE LA CITÉ** s'est tenue à Boulogne-Billancourt les 22 et 23 octobre 2010, sous le Haut Patronage du Ministère de la Santé et des Sports et du Secrétariat d'État chargé du Logement et de l'Urbanisme.

Les actes de cette manifestation ont été publiés sur le site dans leur intégralité.

Communication

Cibles : professionnels de santé, professionnels de l'aménagement et de l'urbanisme, élus, grand public.

Financement

Partenaires, entreprises privées, institutionnels.
Moyens facilitateurs procurés par les collectivités locales.