

Expérimentation Accompagnement à l'Autonomie en Santé



RAPPORT DE FIN D'EXPERIMENTATION
OCTOBRE 2023



Article 92 LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016
de modernisation de notre système de santé

1 Synthèse

L'expérimentation de l'accompagnement à l'autonomie en santé est inscrite dans [l'article 92](#) de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Elle a pour objectif d'expérimenter et d'évaluer des projets pilotes innovants, reproductibles et diversifiés qui visent à « renforcer les capacités des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie, ainsi que des personnes handicapées à opérer leurs propres choix pour la préservation ou l'amélioration de leur santé »¹.

Sur 28 projets, sélectionnés à la suite d'un appel à projets en deux vagues successives en 2016 puis 2017, 26 projets ont pu être mis en œuvre dans 16 régions pour une durée de cinq ans.

Un travail avec les porteurs de projets pilotes a permis d'aboutir à une définition partagée de l'accompagnement à l'autonomie en santé défini comme une « intervention complexe en santé, proposée dans la durée à des personnes en situation de vulnérabilité ou à risque pour leur santé, dans le but d'améliorer leurs capacités à décider pour leur santé et de renforcer la motivation des personnes à agir et décider pour leur santé et à aspirer à une meilleure santé ».

Cette démarche de co-construction a également permis d'aboutir à un cadre d'évaluation des projets fondé sur quatre dimensions de l'*empowerment* : l'*empowerment* individuel, l'environnement capacitant, l'*empowerment* collectif et l'*empowerment* organisationnel.

Une [évaluation nationale](#) de l'expérimentation a permis la production d'une analyse transversale de l'ensemble des projets. Les résultats de cette évaluation transversale permettent d'identifier des fonctions clés d'interventions d'accompagnement à l'autonomie en santé. Ils permettent également d'émettre des recommandations concernant les projets qui montrent des « effets probants », c'est-à-dire avec des effets évalués et s'inscrivant dans la définition partagée de l'accompagnement à l'autonomie en santé.

Les projets d'accompagnement à l'autonomie en santé ont vocation à placer les personnes au cœur du système de santé et à favoriser l'*empowerment*. En ce sens, l'accompagnement à l'autonomie en santé contribue à créer une place pour l'usager, à améliorer sa santé et sa qualité de vie. Cette démarche d'accompagnement et de prévention vise à éviter des coûts supplémentaires liés aux inégalités d'accès aux soins et aux ruptures de parcours.

Malgré la diversité des projets dans leur mise en œuvre et les publics visés, l'évaluation nationale relève que les projets pilotes qui montrent des « effets probants » s'inscrivent dans trois démarches structurantes simultanément : la participation active des personnes, l'action sur l'environnement et la réduction des inégalités sociales de santé. La mise en œuvre de ces démarches structurantes est assurée par la contribution des fonctions clés.

Cette identification des trois démarches structurantes agissant sur les quatre dimensions de l'*empowerment* permet de dessiner un modèle commun d'intervention en accompagnement à l'autonomie en santé. Un tel modèle peut devenir une trame pour construire de futures interventions d'accompagnement à l'autonomie en santé.

¹ [Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé](#)

En partant de ces constats, une analyse de faisabilité [financière](#) permet de décrire les conditions de développement de projets d'accompagnement à l'autonomie en santé hors cadre expérimental.

Les fonctions donnant corps aux démarches structurantes sont variées et ne sont pas spécifiques et exclusives à l'accompagnement à l'autonomie en santé. Ainsi, les acteurs de santé, de prévention ou de soins, associatifs ou institutionnels, disposent d'ores et déjà de missions, de méthodes, de compétences ou de ressources leur permettant de mettre en œuvre au moins en partie des missions liées à l'accompagnement à l'autonomie en santé.

Il est proposé de s'appuyer sur des structures et des acteurs déjà présents sur le territoire et sur les conclusions de l'expérimentation pour développer de nouveaux projets s'inscrivant dans les trois démarches structurantes. Cela permettrait de promouvoir *l'empowerment*, la réduction contre les inégalités sociales de santé, le renforcement de l'autonomie du patient acteur majeur de son parcours de santé mais aussi de guider l'engagement des acteurs de la prévention, du soin ou du handicap vers ce cadre.

Le développement de projets s'inscrivant dans la définition de l'accompagnement à l'autonomie en santé permettrait de reconnaître les actions menées dans ce champ et leurs spécificités tout en valorisant la diversité des porteurs, des projets et des publics cibles.

Table des matières

1	Synthèse	2
2	Introduction.....	1
3	La personne comme acteur principal de sa santé.....	2
3.1	Le développement des droits des patients acteurs de leur santé	2
3.2	La publication du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et l'encadrement de l'éducation thérapeutique du patient favorisent l'émergence de l'accompagnement à l'autonomie en santé.....	3
3.3	En 2016, les droits et la place de la personne comme acteur de sa santé sont renforcés par la publication de l'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé	4
4	Une expérimentation nationale, cinq ans, 28 projets, 16 régions	6
4.1	Un appel à projets en deux vagues	6
4.2	Un comité d'animation pour faire vivre le dispositif.....	8
4.3	Un accompagnement autour de la définition de l'accompagnement à l'autonomie en santé comme jalon de l'expérimentation.....	8
4.4	La construction du cadre évaluatif et l'accompagnement des projets dans l'appropriation de l'évaluation nationale.....	9
4.5	Une évaluation nationale menée pendant plus de trois ans	10
4.6	Une analyse de faisabilité fondée sur les éléments fournis par l'évaluation nationale	11
5	Un modèle d'intervention d'accompagnement à l'autonomie en santé fondé sur quatre dimensions d' <i>empowerment</i>	12
5.1	Trois populations identifiées dans l'expérimentation.....	12
5.2	Des fonctions clés présentes dans les projets selon quatre niveaux d'intervention	12
5.3	Trois démarches structurantes dans lesquelles s'inscrivent les projets avec effets probants	14
5.3.1	La participation active des personnes.....	15
5.3.2	L'action sur l'environnement	16
5.3.3	La réduction des inégalités sociales de santé.....	17
6	Les conditions de développement de l'accompagnement à l'autonomie en santé	18
6.1	Diffuser la culture de l'accompagnement à l'autonomie en santé	18
6.1.1	La formation des acteurs.....	18
6.1.2	Mettre en place les outils garantissant l'implication des personnes accompagnées dans les dispositifs d'accompagnement à l'autonomie en santé	18
6.1.3	Renforcer des fonctions émergentes : médiateur en santé et gestionnaire de cas	19
6.1.4	S'appuyer sur l'expérience issue des projets pilotes et des éléments de transférabilité	19
6.2	Le financement de l'accompagnement à l'autonomie en santé	20
6.2.1	Une analyse des coûts par missions selon plusieurs hypothèses	20

6.2.2	Les principaux postes de dépenses	20
6.2.3	Les coûts par démarche structurante construits à partir de l'estimation des coûts de chaque mission.....	21
6.2.4	Une estimation variable des coûts selon plusieurs paramètres	22
7	Conclusion	25
8	Annexes	26
8.1	Annexe 1 - Article 92 de la Loi de modernisation de notre système de santé.....	26
8.2	Annexe 2 - Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges.....	27
8.3	Annexe 3 - Arrêté du 28 novembre 2016 fixant la liste des projets pilotes.....	33
8.4	Annexe 4 - Arrêté du 21 novembre 2017 fixant la liste des projets pilotes.....	35
8.5	Annexe 5 - Rapport d'évaluation nationale par Regards Santé et l'Atelier de l'Evaluation..	37
8.6	Annexe 6 - Analyse financière par Acsantis.....	38

2 Introduction

Une première définition de l'accompagnement à l'autonomie en santé a été proposée en 2015 dans le rapport « Cap Santé ! »² par Christian Saout, secrétaire général délégué du Collectif Interassociatif sur la Santé, à la demande de la ministre chargée de la santé.

Cette définition couvre un champ large, allant de la promotion de la santé jusqu'à la prise en charge d'une maladie chronique. Elle porte un impact fort dans le cadre existant du soin en recouvrant à la fois « la capacité d'une personne à choisir son praticien, à maîtriser sa volonté à consentir ou non à un traitement, à suivre ou non les recommandations ou les conseils du soignant, » mais aussi « elle presuppose la capacité de juger, de prévoir, de choisir et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement éclairé. Elle sous-tend le droit du patient à l'autodétermination. »³

A partir de ces notions, ce rapport présente l'évaluation et l'analyse de l'ensemble de l'expérimentation « Accompagnement à l'Autonomie en Santé ». Il décrit le contexte d'apparition de la notion d'accompagnement à l'autonomie en santé, la mise en place de l'expérimentation, les différentes étapes de l'évaluation nationale et ses conclusions.

² [Saout, C. \(2015, juillet\). CAP Santé ! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé.](#)

³ [Bracconi, M., Hervé C., Pirnay, P. \(2017, mars\). Réflexions éthiques sur le principe de l'autonomie du patient. Eastern Mediterranean Health Journal - WHO/EMRO](#)

3 La personne comme acteur principal de sa santé

De nombreux mouvements depuis les années 60 ont mené à des évolutions du système de soins et de la place de la personne au sein de celui-ci. La loi Kouchner de 2002, le Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques en 2007 et l'encadrement de l'éducation thérapeutique du patient en 2009 ont favorisé l'émergence de l'accompagnement à l'autonomie en santé. Ce terme est apparu officiellement avec la publication de l'article 92 dans la loi de modernisation du système de santé de 2016 et inscrivant le lancement d'une expérimentation de l'accompagnement à l'autonomie en santé.

3.1 Le développement des droits des patients acteurs de leur santé

En 1974, l'humanisation des hôpitaux donne lieu à la charte du malade hospitalisé proposée par Simone Veil, ministre en charge de la santé. Plus tard, dans un contexte marqué par l'épidémie de sida et l'affaire du sang contaminé, les associations portent la voix des malades et transforment l'action publique, notamment avec la création du Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) en 1996 qui deviendra Frances Assos Santé en 2017. Dans la continuité, associations, syndicats et représentants de professionnels de santé sont consultés dans le cadre des Etats Généraux de la santé de 1998. A l'issue de cette concertation, les conclusions et les préconisations donnent naissance à la loi du 4 mars 2002.

L'avènement du patient-usager est ainsi marqué par la publication de la loi dite « Kouchner »⁴ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Dans un même texte sont exposés les droits individuels des malades, les droits collectifs exprimés via les associations d'usagers agréées et le droit à la qualité des soins. La loi permet d'appuyer ces droits et de créer un vocabulaire dédié. Elle a également pour objectif de restaurer la confiance des français dans leur système de santé. Ce texte fondateur des droits des patients est issu de différentes évolutions tant en France qu'à l'international⁵.

Aux Etats-Unis, la prise en compte du point de vue du patient se formalise et se développe dès la fin des années 60 avec l'émergence d'instruments de mesure de qualité de vie liée à la santé⁶. Ces outils permettent de répondre à la volonté d'améliorer le système de santé et de fournir des soins de qualité adaptés à la demande. Ils prennent progressivement de l'importance dans la décision clinique et l'élaboration de politiques publiques de santé, d'autant que la prévalence des maladies chroniques augmente, en raison d'une progression de l'espérance de vie et du vieillissement de la population.

En 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques une priorité dans son rapport « Former les professionnels de santé du XXI^e siècle : le défi des maladies chroniques ».

⁴ [Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé](#)

⁵ [Droit des malades : la loi Kouchner de 2002, inédite et fondatrice \(Le Monde, 2022\)](#)

⁶ [Baumann, C., Briançon, S. \(2010\). Maladie chronique et qualité de vie : enjeux, définition et mesure. ADSP, 72, 19-21.](#)

3.2 La publication du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et l'encadrement de l'éducation thérapeutique du patient favorisent l'émergence de l'accompagnement à l'autonomie en santé

La loi de santé publique du 9 août 2004⁷ prévoit la mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Ce plan se veut plus global que les plans de prévention spécifiques de certaines maladies comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers, la maladie d'Alzheimer ou les maladies rares. Pour la première fois, la qualité de vie est l'objet d'un plan de santé publique centré sur le malade et non sur la maladie.

Le plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques⁸ fait écho à de forts constats :

- Plus le patient est impliqué dans les soins et la gestion de sa maladie, plus la prise en charge est efficace ;
- De nombreuses complications peuvent être évitées si le patient est conscient des risques attachés à la maladie chronique dont il souffre et si on l'aide à acquérir les bons réflexes ;
- Du fait de l'allongement de l'espérance de vie et des progrès de la médecine, de plus en plus de personnes vivent plus longtemps avec ce type de maladie ;
- Notre système de santé doit s'y adapter ;
- Dans bien des cas, les effets négatifs des maladies chroniques sur la vie des patients, les incapacités qu'elles engendrent et les contraintes qu'occasionne leur traitement peuvent être considérablement réduits ;

Le plan se décline alors en 4 objectifs :

- Aider chaque patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer ;
- Élargir la pratique médicale vers la prévention ;
- Faciliter la vie quotidienne des malades ;
- Mieux connaître les conséquences de la maladie sur la qualité de vie.

Ce plan « constitue une avancée importante dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. » et voit « l'émergence d'une réflexion sur les maladies chroniques et d'un nouveau rôle pour le patient»⁹.

Les prémisses de l'accompagnement à l'autonomie en santé se dessinent. La notion d'autonomie est présente dans le concept d'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui a été consacré par la loi HPST du 21 juillet 2009¹⁰ et a pour « objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ». L'usager devient l'acteur principal de sa prise en charge. L'éducation thérapeutique du patient poursuit un objectif double : l'amélioration de la qualité de vie des malades et la réduction des coûts de prise en charge.

⁷ [Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique](#)

⁸ [Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

⁹ [HCSP \(2013, mai\). Évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007–2011.](#)

¹⁰ [LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#)

En 2013, la feuille de route de la stratégie nationale de santé¹¹ est publiée. Les droits des malades y figurent comme une priorité à travers l'axe 3 « Renforcer la démocratie sanitaire ». Les associations de patients sont sollicitées pour accompagner la transformation du système et sont associées aux réflexions autour de la cohérence des parcours de soins et d'orientation des usagers.

L'accompagnement à l'autonomie en santé peut alors émerger, dans le prolongement de ces différentes évolutions vers le développement des droits des personnes.

3.3 En 2016, les droits et la place de la personne comme acteur de sa santé sont renforcés par la publication de l'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé

Le 15 octobre 2014, Marisol Touraine, ministre en charge de la santé présente en conseil des ministres un projet de loi relatif à la santé qui vise à engager des réformes structurelles pour l'amélioration du système de santé et le renforcement de la cohérence des parcours des usagers. Plusieurs mesures ont pour objectif de renforcer l'autonomie des usagers, dont une proposition d'expérimentation d'actions d'accompagnement des patients.

La ministre missionne Christian Saout, Secrétaire Général Délégué du Collectif Inter-associatif sur la Santé, pour l'élaboration de propositions en vue d'établir le cahier des charges national de cette expérimentation. A sa publication, le rapport « Cap Santé !»¹² émet des recommandations pour la conduite d'expérimentations et pour le cahier des charges. Ces recommandations sont de nature opérationnelle : elles portent sur les acteurs potentiels, l'évaluation de l'expérimentation, la sélection des offres, l'animation de la démarche, l'impact financier de l'expérimentation, la mise en place d'un plan personnalisé de soins et d'accompagnement pour le bénéficiaire et les conditions de recueil et d'échange des données. Le cahier des charges non restrictif proposé est propice à la participation de projets divers et variés.

La loi de modernisation de notre système de santé est publiée au Journal Officiel le 27 janvier 2016¹³. Elle s'inscrit dans une vision innovante où l'accès au système de santé a vocation à être simplifié en proposant des accompagnements spécifiques pour les populations vulnérables. Elle contient l'article 92 qui encadre l'expérimentation au sein de son Chapitre III intitulé « Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé ». ([Annexe 1](#))

L'article 92 dispose – « *A titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être mis en œuvre des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie, ainsi que des personnes handicapées. Avec l'accord de la personne concernée, ils peuvent bénéficier à son entourage.*

Cet accompagnement a pour but l'autonomie de la personne et lui permet à de disposer des informations, des conseils, des soutiens et des formations leur permettant de maintenir ou d'accroître

¹¹ [Stratégie nationale de santé, feuille de route - 23 septembre 2013](#)

¹² [Saout, C. \(2015, juillet\). CAP Santé ! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé.](#)

¹³ [Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#)

leur autonomie, de participer à l'élaboration du parcours de santé les concernant, de faire valoir leurs droits et de développer leur projet de vie. »

L'article présente également l'encadrement financier et le suivi par les ARS « *En vue de l'éventuelle généralisation des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif à l'ensemble du territoire, les agences régionales de santé participant à l'expérimentation assurent un suivi et une évaluation annuelle de ces projets.* »

Il est également indiqué que « *Le Gouvernement, après avis de la Conférence nationale de santé, présente au Parlement un rapport portant évaluation de l'ensemble de l'expérimentation, au plus tard trois mois avant son terme.* ».

Le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé est publié par arrêté du 17 mars 2016 ([Annexe 2](#)) sur la base des propositions du rapport « Cap Santé ! ».

L'objectif principal de cette expérimentation est d'expérimenter des projets pilotes innovants, reproductibles et diversifiés qui visent à « renforcer les capacités des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées à opérer leurs propres choix pour la préservation ou l'amélioration de leur santé »¹⁴. Pour cela, des actions d'accompagnement à l'autonomie en santé ont été développées dans des territoires spécifiques pour des publics déterminés.

¹⁴ [Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé](#)

4 Une expérimentation nationale, cinq ans, 28 projets, 16 régions

Deux vagues d'un appel à projets ont permis de retenir 28 projets sur cinq ans, dont 26 ont été mis en œuvre. L'expérimentation est animée par un comité d'animation durant les cinq années. En début d'expérimentation, un travail avec les porteurs de projets a permis d'aboutir à une définition partagée de l'accompagnement à l'autonomie en santé puis à la co-construction d'un cadre évaluatif. Une évaluation transversale nationale sur plus de trois ans et une analyse de faisabilité financière ont pour objectif de documenter le cadre de développement des projets.

4.1 Un appel à projets en deux vagues

Les projets d'accompagnement à l'autonomie en santé reposent sur:

- Une définition des objectifs opérationnels en rapport avec les publics cibles;
- La plasticité et la multiplicité des formes d'action;
- Des actions de soutien psycho-social, notamment l'auto-support;
- Une approche globale de la personne et de son proche entourage;
- Les principes de l'éducation à la santé, notamment l'éducation thérapeutique du patient;
- Les principes de la promotion de la santé, notamment l'approche communautaire et l'éducation par les pairs.

Chacun d'entre eux repose sur une perspective d'engagement dans la durée, car l'autonomie en santé se construit et évolue en fonction de la manière dont la personne appréhende sa propre santé.

De plus, le cahier des charges national précise qu'« une attention devra être portée à ce que les projets soient portés par des associations de patients et d'usagers en santé, de préférence agréées. Lorsque ce n'est pas le cas, les porteurs doivent démontrer la participation de ces dernières à leur co-construction en déterminant clairement leur place dans la gouvernance et l'impact sur la conduite des projets ».

Les projets, répartis sur l'ensemble du territoire, ont été proposés par les ARS puis évalués par un comité national d'évaluation. Les critères d'évaluation du comité national étaient répartis sur 3 axes :

- Intérêt du projet : ciblage des objectifs, aptitude du porteur, intégration dans l'environnement local, impact sur les inégalités sociales de santé.
- Qualité de la méthodologie et faisabilité : approche intégrée d'outils multidimensionnels, co-construction avec les bénéficiaires, adéquation des ressources, crédibilité du calendrier.
- Qualité du volet évaluation / recherche : évaluation de l'adhésion des publics, de l'impact sur les capacités des bénéficiaires, de l'impact sur l'organisation de l'offre en santé, de l'impact

sur les déterminants de santé et sur les inégalités sociales de santé, identification des fonctions clés permettant la réPLICATION et pérennisation des projets.

Des éléments clés ont attiré l'attention du comité national d'évaluation, comme le caractère novateur du projet, l'implication des bénéficiaires, l'intégration d'une démarche de recherche et d'évaluation, ou encore l'importance de la thématique ou de la population cible au regard des priorités régionales ou nationales.

Pour retenir les projets, deux vagues d'un même appel à projets se sont succédées. A l'issue de ces deux vagues, 28 projets pilotes sur 16 régions ont ainsi été retenus pour une période de cinq ans. La première vague en 2016 a retenu 19 projets ([Annexe 3](#)) et la seconde vague en 2017, 9 projets supplémentaires ([Annexe 4](#)). En 2019, un projet sort de l'expérimentation par arrêté¹⁵ et un autre est interrompu, par dissolution de l'association porteuse du projet. Au total, l'expérimentation repose donc sur 26 projets distincts.

Les projets soutenus ont pour objectif principal de renforcer l'autonomie en santé de leur public, dans la finalité plus large de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Les équipes étaient invitées à s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé, avec participation active des publics ciblés à toutes les étapes du projet, sur le plan individuel et sur le plan collectif.

Les projets pilotes s'inscrivent dans un cadre théorique incluant : promotion de la santé, santé communautaire, éducation populaire, éducation thérapeutique du patient, réadaptation, éducation pour la santé, réduction des risques.

Ainsi, les projets pilotes défendent des thématiques diverses comme l'amélioration de l'accès aux dépistages, la transition des adolescents, l'hygiène de vie, le bien-être, les connaissances, la gestion quotidienne de la maladie, ou encore, les relations interpersonnelles. (Cf. Figure 1).

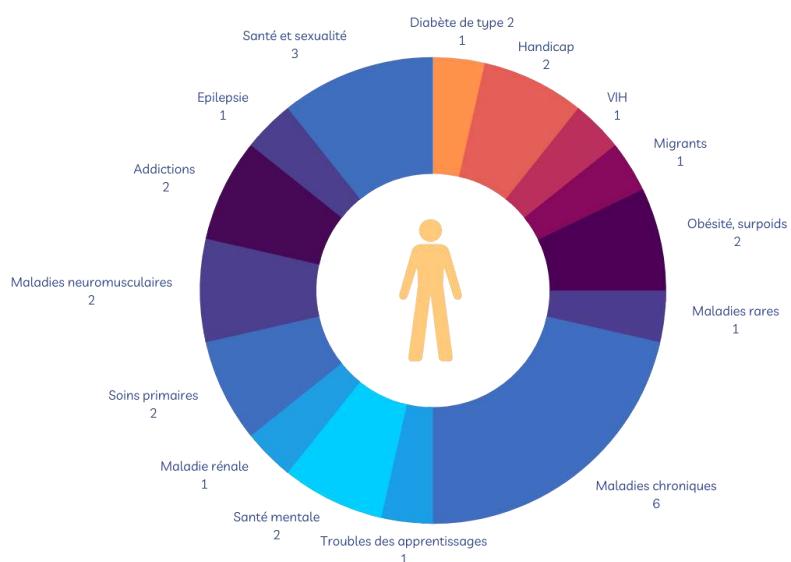


Figure 1 : Thématiques visées par les 28 dispositifs expérimentaux retenus à l'issue de l'appel à projets¹⁶

¹⁵ Arrêté du 31 octobre 2019 portant modification de l'arrêté du 28 novembre 2016 fixant la liste des projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé

¹⁶ [Résultats de l'appel à projets et résumés des projets retenus \(solidarites-sante.gouv.fr\)](http://solidarites-sante.gouv.fr)

4.2 Un comité d'animation pour faire vivre le dispositif

Après le travail de sélection des projets, un comité d'animation composé de représentants institutionnels et de personnes qualifiées (usagers et représentants de malades) a été installé. La présidence de ce comité a été confiée au Secrétaire Général délégué du CISS, et la vice-présidence au Secrétariat Général des Ministères des Affaires Sociales (SGMAS). La Direction Générale de la Santé (DGS) en assure son secrétariat.

Le comité est chargé de deux missions principales :

- Installer une dynamique au service du développement des projets pilotes et de leur évaluation ;
- Faire vivre le dispositif tout au long de la durée de l'expérimentation au niveau national.

Depuis le début de l'expérimentation, trois séminaires d'échanges nationaux rassemblant les acteurs de l'expérimentation ont eu lieu en 2017, 2018 et 2019. Le contexte sanitaire lié à la crise COVID a conduit à l'organisation d'échanges par visioconférences lors de journées spécifiques en septembre 2020 et en mai 2022.

4.3 Un accompagnement autour de la définition de l'accompagnement à l'autonomie en santé comme jalon de l'expérimentation.

En amont de l'expérimentation, le rapport « Cap Santé ! » définit l'accompagnement à l'autonomie en santé comme suit: « *l'accompagnement à l'autonomie en santé met en œuvre des actions d'information, d'éducation, de conseil et de soutien destinées à toute personne, ou à son entourage, éprouvant une vulnérabilité en santé, dans une visée de renforcement de ses capacités à opérer ses propres choix pour la préservation ou l'amélioration de sa santé* ».

Pour l'expérimentation nationale, un accompagnement spécifique a été mis en place par le Laboratoire Educations et Pratiques de Santé EA3412 (Université Paris 13), désigné par l'Institut de Recherche en Santé Publique.

Le Laboratoire Éducations et Pratiques de Santé (LEPS)¹⁷ propose une définition de l'accompagnement à l'autonomie en santé. Celle-ci est construite à partir d'une revue de la littérature et de l'identification des descripteurs des projets dans une approche participative avec les porteurs des projets pilotes (méthode DELPHI). Cette définition devient alors un point de repère dans la construction de cette expérimentation et de son évaluation :

« *Intervention complexe en santé, proposée dans la durée, à des personnes en situation de vulnérabilité ou à risque pour leur santé, dans le but d'améliorer leurs capacités à décider pour leur santé, et de renforcer la motivation des personnes à agir et décider pour leur santé et à aspirer à une meilleure santé* »

L'autonomie en santé fait le lien entre trois domaines : sanitaire, médico-social et social. Elle est le témoin d'une prise en compte du parcours de vie des personnes dans lequel s'intègre le parcours de soins.

¹⁷ Gross, O. (2018) Accompagnement à l'autonomie en santé : périmètre des missions et cadre évaluatif, Rapport à la Direction Générale de la Santé.

Le terme autonomie fait référence au renforcement des capacités de prise de décision et d'action : c'est l'*empowerment* des personnes concernées ou « pouvoir d'agir ». L'*empowerment* est défini comme un « processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique ».¹⁸

Les projets retenus dans le cadre de l'expérimentation visent donc à modifier à la fois les comportements individuels mais aussi l'environnement dans lequel ces derniers évoluent.

De plus, tous les projets pilotes sont portés ou menés en partenariat étroit avec une association d'usagers pour une intégration du point de vue des bénéficiaires à toutes les étapes.

4.4 La construction du cadre évaluatif et l'accompagnement des projets dans l'appropriation de l'évaluation nationale

Si chaque projet a été libre de définir son évaluation ou son projet de recherche, l'arrêté du 17 mars 2016 précise que les équipes doivent produire des éléments permettant de nourrir l'évaluation nationale, notamment par la comparaison entre projets.

Ainsi, le ministère chargé de la santé a confié l'élaboration d'un cadre évaluatif national à l'Institut de Recherche en Santé Publique

Une démarche participative a été conduite entre les coordonnateurs de projets et le LEPS afin d'identifier un cadre évaluatif unique. Une vision pragmatiste¹⁹ a guidé la production de ce cadre. Des critères évaluatifs communs ont été identifiés selon quatre dimensions de l'*empowerment* :

- L'*empowerment* individuel dépend de la conscience chez les patients de leur état de santé, de leur littératie en santé et du sentiment de contrôle qu'ils développent sur leur santé. L'estime de soi, la reconnaissance et l'inclusion sociale en sont des composantes importantes.
- L'environnement capacitant comprend les bonnes pratiques de l'accompagnement qui facilitent les processus d'*empowerment* individuels. Cette dimension explore les moyens et activités mises en place par le projet, les actions sur les ressources de soins, de droits, de citoyenneté...
- L'*empowerment* collectif concerne les facteurs sociaux, les mécanismes de groupes et les déterminants autres qu'individuels qui impactent les situations de santé. Par exemple, cela permet aux patients de favoriser leur esprit critique au moyen d'un processus d'identification à un groupe et d'échanges collectifs. Cela renvoie à un processus de prise de conscience collective.
- L'*empowerment* organisationnel renvoi quant à lui à la conjonction des actions et des compétences des différents acteurs ou membres d'une organisation contribue à la connaissance de celle-ci.

Si l'*empowerment* individuel est la fin recherché, les autres types d'*empowerment* représentent des moyens pour y parvenir. Ces dimensions sont interconnectées. L'*empowerment* individuel découle

¹⁸ Commission européenne, Rusch E. (coord.) Glossaire européen en santé publique, 2003

¹⁹ Gross, O., Gagnayre, R., Lombrai, P. (2020) [L'évaluation des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé : pourquoi privilégier une approche pragmatiste ?](#), Santé Publique

forcément d'un ensemble de bonnes pratiques et des conceptions exprimées dans les autres dimensions.

L'inscription des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé dans ces quatre dimensions identifiées permet de les différencier d'autres interventions en santé qui ne viseraient que l'*empowerment* individuel indépendamment des autres déterminants.

Le LEPS a ensuite été missionné pour accompagner les porteurs de projet, de février à juin 2019, dans l'appropriation de ce cadre d'évaluation nationale.

4.5 Une évaluation nationale menée pendant plus de trois ans

En 2019, à l'issue d'un marché public, l'évaluation nationale des projets expérimentaux a été confiée à un consortium formé par Regards Santé et l'Atelier de l'Evaluation.

Chaque projet a été analysé par rapport : au cahier des charges, à sa maturité mais aussi à ses effets au regard des quatre dimensions d'*empowerment*, du cadre évaluatif national et de la réduction des inégalités de santé. L'évaluateur a ensuite procédé à une analyse transversale des projets en identifiant les fonctions clés et les caractères innovants importants au regard de l'objectif d'accompagnement à l'autonomie en santé.

L'équipe d'évaluation, dans une démarche de co-construction, a ensuite organisé des temps de concertation et d'échanges avec les porteurs des projets pilotes, comprenant 4 groupes de travail sur :

- Participation et action sur l'environnement ;
- Accessibilité ;
- Nouveaux métiers et nouvelles missions ;
- Groupe avec les équipes d'évaluations afin de valider le modèle et confronter les analyses.

L'évaluation nationale vise à identifier les modalités probantes d'accompagnement à l'autonomie en santé et à produire des recommandations, notamment en ce qui concerne les publics et les échelles auxquelles les interventions ont vocation à être déployées. Par ailleurs, l'évaluation nationale doit permettre de disposer d'éléments de comparaison entre les projets au travers d'indicateurs clés relevant notamment de la littératie en santé et des changements de comportements.

Le rapport final d'évaluation nationale ([Annexe 5](#)) rassemble l'analyse de l'ensemble des projets. L'analyse transversale des projets pilotes permet d'émettre des recommandations à partir des projets qui montrent des « effets probants », c'est-à-dire avec des effets évalués et s'inscrivant dans la définition partagée de l'accompagnement à l'autonomie en santé.

L'évaluation de cette expérimentation permet de détailler les fonctions clés caractérisant les interventions d'accompagnement à l'autonomie en santé et d'appréhender leur importance respective.

L'évaluation nationale évalue individuellement les effets et les impacts de chaque projet sur les quatre dimensions de l'*empowerment*. Cependant, les effets à long terme et le maintien de l'autonomie en santé n'ont pu être mesurés sur la durée de l'expérimentation de cinq ans. L'évaluation ne mesure donc pas l'impact à long terme du développement de l'accompagnement à l'autonomie en santé.

4.6 Une analyse de faisabilité fondée sur les éléments fournis par l'évaluation nationale

Une analyse de la faisabilité du développement de projets d'accompagnement à l'autonomie en santé est menée à partir de deux éléments : le rapport annuel 2022 de l'évaluation nationale et le contexte financier de l'expérimentation.

Cette analyse de faisabilité financière est une analyse des sources, des contenus du financement des modalités d'intervention. En juin 2022, cette analyse financière est confiée au prestataire Acsantis dans le cadre d'un marché public. Le rapport de cette analyse ([Annexe 6](#)) permet d'estimer le montant des charges associées à chaque type d'intervention qui montre des « effets probants » et d'identifier leurs sources de financement.

5 Un modèle d'intervention d'accompagnement à l'autonomie en santé fondé sur quatre dimensions d'empowerment

Le rapport final d'évaluation 2023 porte sur les 26 projets de l'expérimentation ([Annexe 5](#)). L'analyse transversale de ces projets fait apparaître un modèle commun de fonctions clés identifiées. L'analyse permet de définir trois démarches structurantes de l'accompagnement à l'autonomie en santé agissant sur les quatre dimensions de l'empowerment.

5.1 Trois populations identifiées dans l'expérimentation

La démarche de réduction des inégalités sociales de santé favorise le développement de l'accompagnement à l'autonomie en santé en faveur des personnes les plus éloignées des soins, avec des ruptures de parcours, en errance diagnostique ou qui cumulent des vulnérabilités. Ainsi à l'issue de cette expérimentation, l'évaluation nationale identifie plus particulièrement trois publics en matière de déploiement de l'accompagnement à l'autonomie en santé :

- **Personnes confrontées à des difficultés spécifiques** (personnes migrantes, publics des quartiers prioritaires de la ville, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, personnes en situation de prostitution, personnes en situation de précarité socio-économique, éloignées du système de soins...) ;
- **Personnes vivant avec un trouble psychique** ;
- **Personnes vivant avec des maladies chroniques en situation complexe ou en situation de handicap** : ces dispositifs ciblent des personnes qui s'inscrivent dans un parcours, rendu chaotique par l'isolement géographique, ou font face à l'errance diagnostique. Ils peuvent aussi cibler des personnes avec un besoin de compensation du handicap. Ces dispositifs utilisent des méthodes de prévention des ruptures des parcours.

Les trois publics identifiés dans le cadre de l'expérimentation ne préjugent pas des publics destinataires définitifs hors cadre expérimental. Dans une hypothèse de développement de projets d'accompagnement à l'autonomie en santé, d'autres publics pourraient être destinataires pour l'accompagnement à l'autonomie en santé.

5.2 Des fonctions clés présentes dans les projets selon quatre niveaux d'intervention

L'analyse transversale des projets pilotes dégage un modèle des fonctions clés avec lesquelles sont construites les actions d'accompagnement à l'autonomie en santé. Les fonctions clés sont des

méthodes, des outils, des missions et des métiers identifiés qui favorisent le renforcement de l'autonomie en santé dans le cadre de ces actions.

Ces fonctions clés se répartissent sur quatre niveaux d'intervention (Cf. Figure 2) :

- **L'accessibilité.** Elle a pour objectif de lever les obstacles et les freins qui empêchent les personnes concernées d'accéder à l'offre de soins ou d'accompagnement dont elles ont besoin.
- **L'accompagnement/appui multimodal** des personnes malades et handicapées. Elle doit permettre à chaque personne suivie de s'inscrire durablement dans son parcours de santé, en ayant accès aux droits, aux soins et au soutien qui lui sont dus.
- **L'action sur l'environnement** (structures, dispositifs, réglementation). Elle permet de faire reconnaître les personnes vulnérables, malades et handicapées comme acteurs du système sanitaire et social.
- **Le pilotage.** Il permet de garantir la cohérence interne et externe du projet, par la définition des actions, la gestion des intervenants et des relations avec les partenaires. Il s'appuie notamment sur l'évaluation et la démarche qualité.

	Accessibilité	Accompagnement	Action sur l'environnement	Pilotage
Méthodes	Prévention des ruptures de parcours Implication des partenaires et des PA Participation des personnes dont approche communautaire		Action sur l'offre territoriale Evolution du projet	
Outils	Aller-vers Accueil bas seuil Outils numériques	Accompagnement individuel et collectif Techniques d'animation Formation pour favoriser la participation : écoute, relation d'aide, counseling, entretien motivationnel	Plaidoyer pour l'aménagement du droit commun, reconnaissance des droits Analyse de pratique Echange d'expérience Processus d'évaluation en continu	
Métiers		Médiateur santé Référent parcours Gestionnaire de cas		
Missions	Relai	Pair-aidant Patient expert	Coordination territoriale	Appui à la participation

Figure 2 : Classement des fonctions clés selon les quatre niveaux d'intervention lors du rapport annuel 2022

5.3 Trois démarches structurantes dans lesquelles s'inscrivent les projets avec effets probants

L'évaluation nationale relève que les projets pilotes qui montrent des « effets probants », c'est-à-dire avec des effets évalués et s'inscrivant dans la définition partagée de l'accompagnement à l'autonomie en santé, s'inscrivent dans trois démarches structurantes complémentaires :

- La participation active des personnes,
- L'action sur l'environnement,
- La poursuite de la réduction d'inégalités sociales de santé.

La mise en œuvre de ces démarches structurantes est assurée par la contribution de fonctions clés. Ces fonctions clés identifiées par l'évaluation nationale sont présentées dans le tableau précédent (Figure 2). Un nouveau classement des fonctions clés pour chacune des trois démarches structurantes est proposé ici (Cf. Figure 3).

Ces trois démarches structurantes, piliers du concept d'*empowerment*²⁰, confirment la place centrale de l'*empowerment* dans l'accompagnement à l'autonomie en santé.

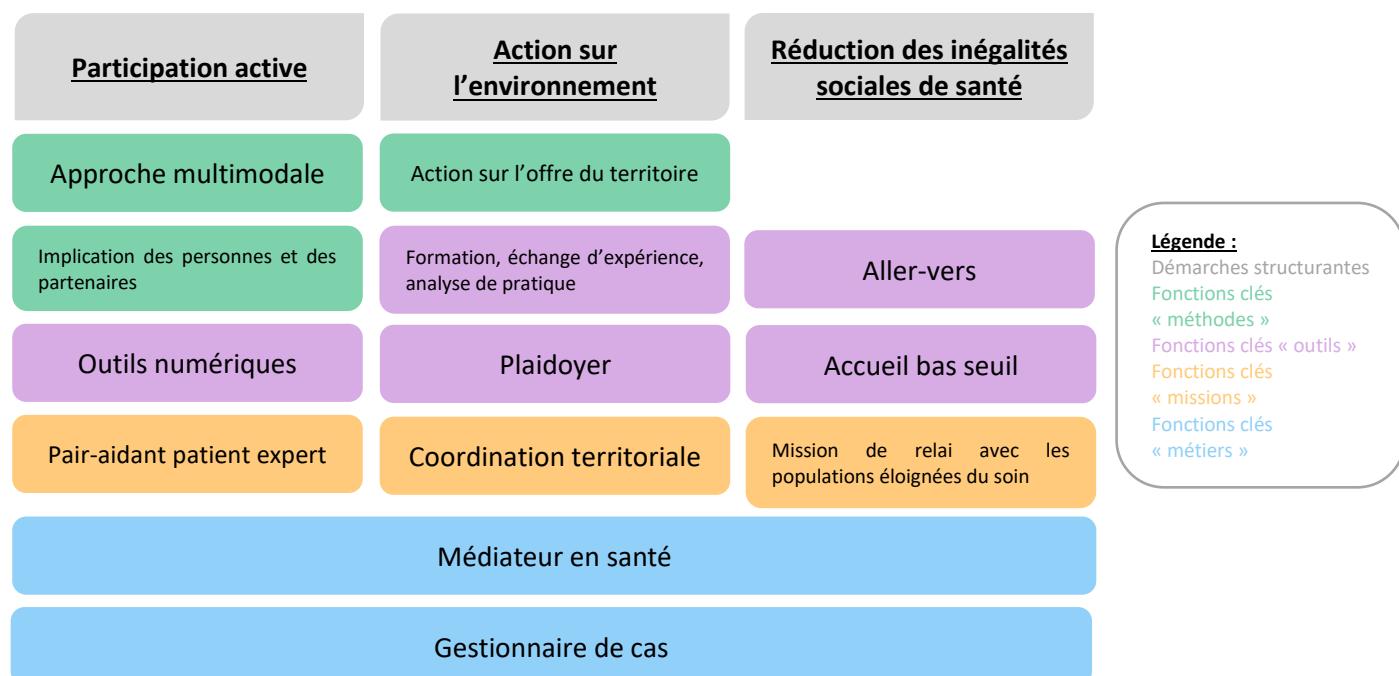


Figure 3 : Modèle final du classement des fonctions clés pour chacune des trois démarches structurantes
[Cliquer sur le nom d'une démarche structurante pour être redirigé vers sa définition]

Cette classification dessine un modèle commun d'intervention en accompagnement à l'autonomie en santé, qui s'appuie sur ces trois démarches structurantes.

Ce modèle peut devenir une trame pour construire de futures interventions d'accompagnement à l'autonomie en santé.

²⁰ [Ferron, C. \(2010\) Empowerment et participation : de la théorie à la pratique, Journée SFSP-FNES « Prévention en santé »](#)

Parmi les fonctions clés, deux fonctions « métiers » contribuent aux trois démarches structurantes de manière transversale :

- **Médiateur en santé** : sept projets pilotes s'appuie sur des médiateurs en santé. Les médiateurs interviennent au sein d'une équipe pluridisciplinaire et favorisent l'aller-vers, l'accompagnement et l'action sur l'environnement. La dimension communautaire est soulignée par rapport au référentiel HAS relatif à la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention²¹. Dans le cadre de l'accompagnement à l'autonomie en santé, le dénominateur commun des médiateurs est la prépondérance d'un savoir expérientiel.
- **Gestionnaire de cas** : les gestionnaires de cas accompagnent les personnes dans leurs démarches d'accès aux soins ou les font à leur place, quand les personnes ne peuvent plus les assurer. C'est un métier d'accompagnement utile aux parcours complexes, plus particulièrement destiné aux situations de maladie chronique ou de handicap. Ils interviennent également sur l'accessibilité, en prévenant les ruptures de parcours et sur l'environnement, par un contact régulier avec les partenaires locaux pour faciliter les parcours.

5.3.1 La participation active des personnes

Une participation active des personnes est la préoccupation constante des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé, quels que soient le public concerné ou le type de porteur. Cette participation doit également être présente dans la conception des interventions et dans le pilotage des dispositifs.

Permettre aux personnes une participation comme acteurs de leur parcours de santé demande de s'intéresser aussi à leur situation de vie, à leurs priorités et à leurs projets. L'*empowerment* individuel repose sur une démarche positive pour renforcer le sentiment de légitimité à agir, la confiance en soi, le sentiment de contrôle.

Les équipes des projets pilotes insistent sur l'inscription des projets et de l'accompagnement dans un temps long. L'engagement doit pouvoir se faire progressivement, au rythme de chacun.

En ce qui concerne la participation active, les fonctions relevées sont les suivantes :

- **L'approche multimodale personnalisée** : elle définit et met en œuvre une gamme d'interventions ou d'actes et a pour but de mieux répondre aux besoins des personnes accompagnées. Les modalités déployées sont nombreuses : consultation, entretien individuel, physique ou à distance, visite à domicile, orientation ou accompagnement, atelier collectif, groupe de parole, activité culturelle ou sportive, temps de convivialité...
- **L'implication des partenaires et des personnes accompagnées** : les choix de gouvernance doivent être en cohérence avec les objectifs de l'autonomie en santé. La participation aux décisions doit faire une place aux personnes accompagnées qui développent leur pouvoir d'agir et aux partenaires qui détiennent les clés de l'adaptation de l'offre locale. Il s'agit de permettre à des personnes accompagnées de prendre la place qu'elles souhaitent dans le projet.

²¹ [Haute Autorité de Santé \(2017\), La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques](#)

- **L'utilisation des outils numériques :** plusieurs projets pilotes utilisent des outils numériques, comme la téléconsultation ou la visioconférence, en raison de l'éloignement géographique de leurs publics. Ces outils de communication peuvent donc servir à l'accompagnement et aux soins. Ils ont prouvé leur utilité durant la pandémie liée au COVID-19.
- **La pair-aidance et le patient expert :** la pair-aidance met en évidence l'importance des échanges d'expérience et des savoirs expérientiels, aux côtés des connaissances, des savoir-faire techniques et du savoir-être. En matière d'accompagnement à l'autonomie en santé, l'intervention de personnes vivant avec la même maladie ou le même handicap et qui ont appris à « vivre avec » peut être déterminante pour des personnes au début de leur parcours. Les pairs aidants peuvent intervenir à tous les niveaux des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé : l'accessibilité, l'accompagnement, l'action sur l'environnement et le pilotage. Ils font le lien avec l'approche communautaire.

5.3.2 L'action sur l'environnement

L'évaluation transversale relève que l'accompagnement à l'autonomie en santé ne repose pas uniquement sur les personnes elles-mêmes. L'accès et le maintien des personnes ayant des difficultés spécifiques dans leur parcours de santé relèvent avant tout de la capacité du système sanitaire et social à se réformer, à prendre en compte leurs avis et leurs aspirations et à valoriser leurs positions d'acteurs.

Les actions sur l'environnement, les structures, les dispositifs et les réglementations sont essentielles. Le développement de l'accompagnement à l'autonomie en santé suppose donc de promouvoir des dispositifs qui s'inscrivent dans ce champ sur l'ensemble du territoire national, selon les besoins. L'objectif est d'accompagner la transformation du système pour faciliter la participation des publics concernés, en particulier l'accès des publics vulnérables à des parcours de santé.

Pour l'action sur l'environnement, les fonctions clés sont :

- **L'action sur l'offre du territoire :** pour aider l'offre sanitaire et sociale à prendre en compte les personnes en situation complexe, les projets ont agi sur l'offre du territoire, afin que les personnes accompagnées puissent y avoir accès et en bénéficier dans la durée. L'*empowerment* des personnes malades et/ou en situation de handicap doit être complété par l'adaptation et la modification de l'offre de droit commun pour limiter le non-recours aux droits et aux soins.
- **La formation, l'échange d'expérience et l'analyse de la pratique :** la formation continue est un bon moyen de faire évoluer les pratiques, comme le sont les échanges d'expérience, les rencontres avec des usagers, le travail avec des médiateurs ou des pairs aidants. Plusieurs équipes des projets expérimentaux se sont impliquées dans la formation et les échanges de pratiques avec les équipes des partenaires du projet ou des dispositifs sanitaires et sociaux du territoire.
- **Le plaidoyer pour l'aménagement dans le droit commun et pour la reconnaissance des droits :** le plaidoyer s'exerce auprès des décideurs, pour obtenir une amélioration de l'accès aux services par la levée de freins identifiés.
- **La coordination territoriale :** plusieurs projets ont mis en place des coordinateurs territoriaux, postes pensés dès l'origine du projet ou qui se sont imposés en fonction des

besoins. Métiers nouveaux ou fonction assurée par la direction, ces postes ont pour objectif de développer une coopération efficace avec les acteurs du territoire, pour permettre l'accès aux droits et aux services des personnes accompagnées.

5.3.3 La réduction des inégalités sociales de santé

Les inégalités concernent toutes les dimensions de la santé: mortalité, morbidités, expositions aux déterminants, facteurs de risques et déterminants socio-environnementaux. Les publics les plus vulnérables souffrent d'un inégal accès aux droits, souvent lié à une méconnaissance ou des difficultés à la réalisation des démarches. Des inégalités territoriales d'offres de soins s'ajoutent à ces inégalités sociales.

Par ailleurs, la pandémie de COVID-19 a rappelé la nécessité d'accompagnement pour les publics les plus vulnérables. Au cours de l'expérimentation, des pratiques ont été adaptées afin d'atteindre ces populations encore plus isolées par la crise sanitaire. Les outils ont évolué avec un large recours au numérique pour permettre une meilleure diffusion de l'information. L'utilisation de technologies comme la téléconsultation ou la visioconférence s'est révélée particulièrement adaptée à la lutte contre l'isolement social.

Les visites à domicile ont été empêchées pendant cette période, ce qui a incité les associations à revoir leur mode d'approche. Certains porteurs de projets ont dû établir de nouveaux partenariats.

La réduction des inégalités sociales de santé est abordée par les fonctions clés suivantes :

- **L'aller-vers** : ensemble de pratiques permettant de rencontrer les personnes pour lesquelles le programme ou les actions sont destinés, et qui ne viendraient pas d'elles-mêmes. Il s'agit de faire en sorte que les personnes les plus éloignées du système sanitaire et social puissent connaître les actions proposées, comprendre en quoi elles leur sont utiles, et décider de s'en servir pour initier, reprendre ou améliorer leur parcours de santé.
- **L'accueil à bas seuil d'exigence** : si l'aller vers permet aux personnes éloignées du système de soins de faire le premier pas vers un dispositif de soins, l'accueil à bas seuil d'exigence doit leur permettre d'accéder à, puis de s'inscrire durablement dans, un parcours d'accompagnement et de santé. L'accueil bas seuil comprend des techniques d'entretien de type counseling, écoute non directive, l'interprétariat (en contexte de migration), l'adaptabilité de l'accueil (accueil des enfants pour créer des conditions favorables à l'accueil des parents).
- **Mission de relai avec les populations éloignées du soin** : plusieurs projets montrent l'intérêt des relais de professionnels, d'associatifs ou issus de la population, comme une des clés de l'accessibilité et donc de la réduction des inégalités sociales.

6 Les conditions de développement de l'accompagnement à l'autonomie en santé

Les constats issus de l'évaluation permettent de dessiner les axes de développement de l'accompagnement à l'autonomie en santé. Ce développement doit s'appuyer sur plusieurs points : la diffusion de la culture de l'accompagnement à l'autonomie en santé, l'expérience acquise des projets pilotes et l'identification des sources de financement.

6.1 Diffuser la culture de l'accompagnement à l'autonomie en santé

L'évaluation nationale a révélé un retard culturel important de l'ensemble des acteurs concernant l'*empowerment*, la participation active des personnes accompagnées, l'action sur l'environnement et la lutte contre les inégalités sociales de santé. En effet, lors de prise de décisions liées aux parcours de soin des usagers, l'implication faite de ces derniers dans l'organisation de l'offre est encore peu inscrite dans la culture commune des professionnels. En vue de diffuser cette culture de l'accompagnement à l'autonomie en santé, les professionnels et les autorités publiques doivent donc s'emparer du sujet.

6.1.1 La formation des acteurs

La formation est un outil essentiel pour la diffusion de la connaissance de l'accompagnement à l'autonomie en santé. Elle permettra aux acteurs de s'emparer de ce concept afin d'agir sur le système de santé, dans le but d'améliorer la capacité des personnes à décider pour leur santé. Durant l'expérimentation, les porteurs de projets se sont formés aux techniques spécifiques favorisant la participation des personnes, la prise en compte des préférences des personnes et l'autodétermination.

La formation s'appuierait sur les axes suivants :

- L'intégration des notions d'*empowerment* et d'accompagnement à l'autonomie en santé dans les formations initiales et dans les dispositifs de formation professionnelle continue des professionnels de santé ;
- La modélisation de formations spécifiques aux compétences et métiers de l'accompagnement à l'autonomie en santé.

6.1.2 Mettre en place les outils garantissant l'implication des personnes accompagnées dans les dispositifs d'accompagnement à l'autonomie en santé

La participation active présente dans plusieurs textes récents répond à une forte demande des usagers. La Haute Autorité de Santé a publié des recommandations²² pour soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire en juillet 2020.

L'OMS²³ établit un lien fort entre la participation des personnes et la réduction des inégalités sociales de santé.

²² [HAS \(2020\) outil d'amélioration des pratiques professionnelles, Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/publications/outil-d-amelioration-des-pratiques-professionnelles-soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire)

²³ [World Health Organization \(2019\) Participation as a driver of health equity](https://www.who.int/teams/health-equity/participation-as-a-driver-of-health-equity)

Aujourd’hui seule la participation des représentants des usagers est reconnue dans la réglementation. L’accompagnement à l’autonomie en santé promeut alors le passage d’une démocratie représentative en santé à une démocratie participative. Cette modification permet l’implication des personnes accompagnées dans les dispositifs.

6.1.3 Renforcer des fonctions émergentes : médiateur en santé et gestionnaire de cas

La participation active est facilitée par les médiateurs en santé, pour lesquels le savoir expérientiel est un préalable. L’encadrement de cette fonction ou l’inscription dans le répertoire des métiers pourrait-être un levier au développement des projets et de la culture d’accompagnement à l’autonomie en santé.

Dans les travaux actuels sur la médiation en santé (référentiel de la Haute Autorité de Santé²⁴), deux piliers sont décrits : l’aller-vers et le faire-avec.

L’expérimentation permet de proposer l’ajout de deux autres piliers :

- L’être-avec (ou l’aller-vers symbolique, la reconnaissance de l’autre, de ses valeurs et de ses choix, la prise en compte de son environnement de vie, le positionnement à ses côtés) ;
- Le faire-ensemble (actions collectives, approche communautaire).

6.1.4 S’appuyer sur l’expérience issue des projets pilotes et des éléments de transférabilité

L’expérience acquise durant l’expérimentation est une précieuse ressource pour favoriser le développement de l’accompagnement à l’autonomie en santé dans toutes les régions. Dans le développement des trois démarches structurantes (participation active, action sur l’offre du territoire et réduction des inégalités sociales de santé), les porteurs de projets ont élaboré des partenariats sur l’ensemble de leur territoire. Ces collaborations ont été consolidées tout au long de l’expérimentation pour les projets montrant des effets probants. La qualité du partenariat et le partage des objectifs du projet par l’ensemble des partenaires permettent le succès du projet et un ajustement de l’offre aux besoins des personnes accompagnées.

Les cinq années d’expérimentation ont également permis aux projets de se développer et de gagner en maturité. Le public cible a évolué et a parfois été étendu dans plusieurs milieux de vie. L’évaluation nationale évalue la transférabilité des projets pilotes et celle-ci a révélé que dix d’entre eux ont pu donner lieu à un transfert sur de nouveaux territoires. Ce déploiement s’appuie sur différentes structures comme les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), les associations de patients, les structures de prévention, les établissements de santé.

L’expertise acquise des projets pilotes, la mise en place des partenariats et des éléments de transférabilité, et l’émergence de l’accompagnement à l’autonomie en santé pourront favoriser la construction de projets par de nouveaux porteurs.

²⁴ HAS (2017) [La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques](#)

6.2 Le financement de l'accompagnement à l'autonomie en santé

6.2.1 Une analyse des coûts par missions selon plusieurs hypothèses

L'analyse de faisabilité financière ([Annexe 6](#)) décompose l'analyse des coûts en quatre missions identifiées parmi les fonctions clés par l'évaluateur national :

- La mission de relais pour l'accessibilité ;
- La mission de pair-aidant et/ou de patient expert dans l'accompagnement des parcours de santé ;
- La mission de coordination territoriale pour agir sur l'environnement des parcours ;
- La mission d'appui à la participation des personnes au pilotage des dispositifs.

Chaque mission mobilise dans sa mise en œuvre des compétences, méthodes et outils adaptés. C'est là que résident les contraintes de moyens économiques associées.

L'analyse financière des missions propose une estimation du coût sur un an selon plusieurs hypothèses et les paramètres suivants :

- Le porteur du projet est une structure d'une cinquantaine de salariés ;
- Le projet comporte une file active d'une centaine de personnes accompagnées ;
- Le projet intervient sur un bassin de 20 000 habitants ;
- La coordination du projet se fait au niveau départemental.

6.2.2 Les principaux postes de dépenses

Pour les différentes missions, l'analyse retient trois principaux postes de dépenses.

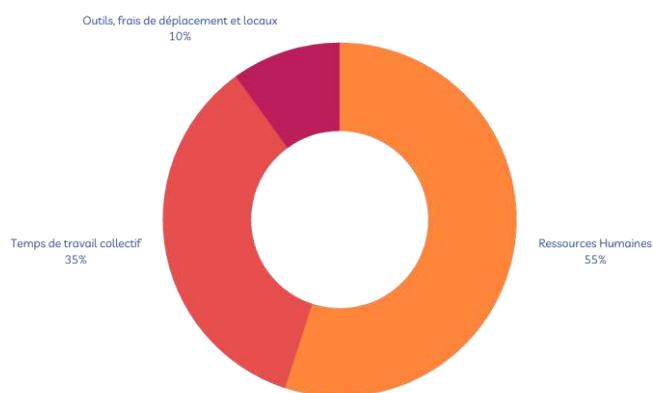


Figure 4 : Répartition des principaux postes de dépenses

Le premier poste de dépense est relatif aux ressources humaines, représentant 55 % des dépenses de l'accompagnement à l'autonomie en santé. Ces postes correspondent notamment à ceux de médiateurs en santé, de référents parcours et de coordinateurs territoriaux.

La deuxième catégorie de postes de dépenses pour les fonctions clés de l'accompagnement à l'autonomie relèvent de prestations ou de rémunérations dispensées pour des temps de travail collectifs, au sein des structures et/ou avec les partenaires, pour la formation, les ateliers collectifs, la concertation, les échanges de pratique ou le pilotage. Ces coûts intègrent également en partie les missions de coordination territoriale. Ils représentent près de 35% des dépenses.

Le troisième poste de dépense concerne les surcoûts relatifs aux outils, aux déplacements et aux locaux. Ils représentent moins de 10 % des dépenses. Ce faible pourcentage s'explique par l'absence d'outils spécifiques dédiés à l'accompagnement à l'autonomie en santé. Ces outils s'apparentent majoritairement à des outils de gestion de projet, de suivi et de système d'information qui sont, pour la plupart, déjà développés dans les structures porteuses.

6.2.3 Les coûts par démarche structurante construits à partir de l'estimation des coûts de chaque mission

La mission relais pour l'accessibilité a vocation à se dérouler en amont des parcours de santé et à créer les conditions favorables à la prise en compte par les personnes de leur santé. Elle relève d'une approche populationnelle. L'analyse identifie pour cette mission cinq principaux postes de dépenses : les médiateurs en santé et/ou les interprètes, les déplacements, les charges liées à l'accueil des personnes, le travail en horaires décalés et les consultations. L'estimation du coût unitaire annuel de cette mission de relais pour l'accessibilité est donc de 105 540€ pour un bassin de 20 000 habitants.

La mission de pair-aidants et/ou de patient expert dans l'accompagnement des parcours de santé s'appuie sur différentes méthodes et pratiques susceptibles d'être combinées pour favoriser la participation active de la personne. Six principaux postes de dépenses sont identifiés : les postes de référents parcours, de gestionnaires de cas ou de coordinateurs de parcours, les interventions de patients experts, le temps de médecin coordinateur, les déplacements à domicile, l'organisation d'ateliers collectifs et enfin le temps de travail d'équipe. Les charges estimées pour cette mission d'accompagnement pour l'autonomie en santé sont de 158 573€ pour une file active²⁵ de 100 personnes accompagnées.

La mission de coordination territoriale représente un levier d'action sur l'environnement. Cette mission peut se faire à plusieurs niveaux : territorial et local, départemental ou régional ou encore national. Cette mission doit comporter : un poste dédié de coordination ou de direction, des outils de communication, des programmes de formation et l'animation de concertation territoriale. Il est parfois difficile de distinguer les différents coûts transversaux liés à la gouvernance des politiques de santé et de l'autonomie. Au total, l'analyse financière estime que la coordination territoriale présente un coût annuel d'un peu plus de 102 000€ sur une échelle d'intervention principalement départementale.

Enfin, la mission d'appui à la participation des personnes au pilotage des dispositifs vise à organiser la participation des personnes accompagnées à tous les niveaux du projet. On peut ainsi identifier plusieurs postes de dépenses : l'intervention d'une équipe d'évaluation pour suivre le dispositif et analyser les améliorations possibles, les ressources dédiées à la promotion de la participation, les outils de traçabilités et de suivi et la formation à la démarche qualité. Les charges sont estimées au niveau de la structure porteuse : en fonction de sa gouvernance, elles peuvent être mutualisées sur plusieurs entités ou services. L'analyse financière estime que le montant de dépenses pour cette mission est de l'ordre de 38 000€ pour une structure d'environ 50 salariés.

L'analyse financière propose également de se rapprocher du modèle des trois démarches structurantes en définissant la répartition des coûts. En croisant les coûts identifiés par mission et les

²⁵ La file active est le nombre de personnes accompagnées par un professionnel ou un organisme désigné au moins une fois dans l'année. ([CNSA, 2019](#))

démarches structurantes, on peut ainsi estimer les coûts d'un projet d'accompagnement à l'autonomie en santé :

- Les coûts pour la participation active sont estimés à environ 196 000€ et sont composés de la mission de pair-aidants et/ou patient expert et de la mission d'appui à la participation ;
- L'action sur l'environnement présente un coût annuel de 103 000€, correspondant à la mission de coordination territoriale ;
- La réduction des inégalités sociales de santé est estimée à 106 000€ et correspond au coût estimé de la mission relais pour l'accessibilité.

Ainsi, le coût que représente un projet d'accompagnement à l'autonomie en santé s'inscrivant dans les trois démarches structurantes et entrant dans la réalisation des missions d'accompagnement à l'autonomie en santé est de l'ordre de 400 000 € par an, dans les conditions des hypothèses exprimées (cinquantaine de salariés, file active d'une centaine de personnes, un bassin de 20 000 habitants, coordination niveau départemental).

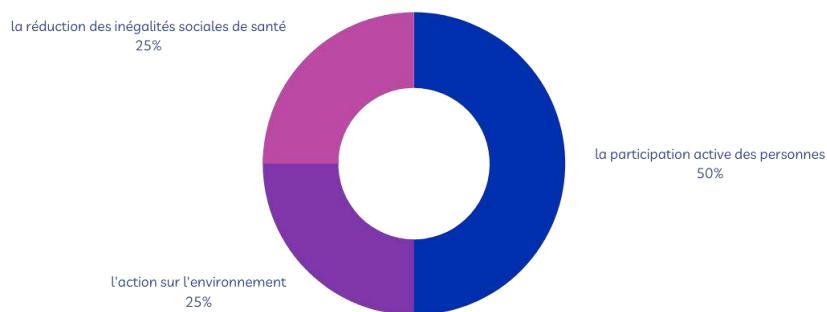


Figure 5 : Répartition du budget selon les trois démarches structurantes

Dans le budget d'un projet d'accompagnement à l'autonomie en santé, et selon la population visée, le nombre de personnes accompagnées ainsi que la taille et le profil de l'équipe, l'ensemble des informations ci-dessus permettent d'estimer que :

- Environ 50% du budget d'un projet finance la participation active des personnes ;
- Environ 25% du budget d'un projet finance l'action sur l'environnement ;
- Environ 25% du budget d'un projet est alloué à la réduction des inégalités sociales de santé.

6.2.4 Une estimation variable des coûts selon plusieurs paramètres

6.2.4.1 Une variation selon les ressources humaines nécessaires

Pour chacun des projets, plusieurs acteurs sont susceptibles d'intervenir (médiateurs, pair-aidant, gestionnaires de cas, etc.). La rémunération de ces acteurs, qui constitue le premier poste de dépense, est donc une variable clé pour un projet. En effet, les besoins et les temps dédiés à ces postes varient en fonction de la nature du projet (objectif visé, nombre de personnes accompagnées, etc.) et du public cible du projet.

Certains de ces métiers étant relativement nouveaux, leur encadrement et leur organisation sont encore en cours. De ce fait, en l'état actuel, les surcoûts de développement et de mise en place de ces métiers sont à prévoir.

6.2.4.2 Une variation selon les publics cibles des projets

Pour chacun des publics cibles d'un projet, la place relative des différentes missions est variable. Ainsi leur place dans le budget prévisionnel du projet sera plus ou moins importante selon le public accompagné :

- Pour les personnes présentant des difficultés spécifiques, la mission centrale est le relai en faveur de l'accessibilité : l'accompagnement des parcours n'est pas toujours intégré, les personnes qui auront choisi de s'engager peuvent être orientées si besoin vers d'autres structures pour poursuivre le parcours ;
- Pour les personnes souffrant d'une maladie chronique en situation complexe ou en situation de handicap, la mission centrale est le pair-aidant ou le patient expert dans l'accompagnement individuel du parcours de santé ;
- Pour les personnes vivant avec des troubles psychiques, la mission centrale est aussi le pair-aidant ou le patient expert dans l'accompagnement du parcours de santé, un accompagnement comprenant cependant un volet collectif plus développé.

6.2.4.3 Une variation selon le profil des porteurs de projet

Le coût d'un projet peut également varier en fonction du type de porteur. En premier lieu, les ressources des porteurs potentiels susceptibles d'être mutualisées dans la mise en œuvre de chacune des missions clés ne sont pas prises en compte dans cette analyse. Dans la réalité, chaque porteur dispose d'un certain nombre de ressources susceptibles de servir en partie les fonctions d'accompagnement à l'autonomie en santé. Le montant du financement des principales fonctions clés doit donc être examiné au regard du fonctionnement propre des porteurs et des fonctions dont il peut déjà disposer dans son activité. Une analyse des coûts effectifs des différentes catégories de porteurs est proposée en synthèse de l'étude ([Annexe 6](#)).

On peut ainsi considérer que, selon le cœur de mission des structures porteuses, leur financement courant permet déjà de disposer d'une partie des ressources nécessaires à la mise en œuvre de l'accompagnement à l'autonomie en santé. Les structures porteuses couvrent ainsi à hauteur variable une partie des dépenses de l'accompagnement à l'autonomie en santé, limitant l'enveloppe totale des coûts estimés.

L'analyse financière évalue ainsi que sur le budget total que représente un projet d'accompagnement à l'autonomie en santé, le budget supplémentaire qu'une structure porteuse devra obtenir pour mener à bien son projet (aussi appelé « reste à financer ») se situe entre 40% à 70% du montant total du projet.

Les différentes missions identifiées et estimées financièrement connaissent un développement qui n'est pas uniforme. Leur niveau de développement peut être corrélé aux missions déjà développées par les structures porteuses, mais pas uniquement :

- La mission relais pour l'accessibilité : il s'agit de la mission la moins développée qui reste donc largement à développer et à financer, quel que soit le type de porteur de projet ;
- La mission pair-aidant et/ou patient expert pour l'accompagnement des parcours : cette mission présente des coûts très variables selon les acteurs. Ainsi, pour les structures réalisant déjà ces missions, le coût estimé ci-dessous pourra largement être revu à la baisse, tandis que

pour les structures n'effectuant pas déjà ces missions, le coût associé pourra être revu à la hausse ;

- La mission d'action sur l'environnement : il s'agit d'une mission assez largement développée dans le cadre des activités courantes pour la majorité des structures de santé. Ainsi, l'estimation du coût de cette mission est peu dépendant du type de structure ;
- La participation au pilotage des dispositifs et structures : cette mission représente des coûts dont l'ampleur est largement associée à la diffusion de la culture, de l'évaluation et de la démarche d'amélioration continue de la qualité que développe la structure porteuse du projet. Ainsi, son estimation est également sujette aux variations selon le type de structure.

6.2.4.4 Une variation selon l'organisation du projet

L'ancre territorial des projets et le développement de partenariats est une variable importante dans le coût des projets. Concernant les coûts relatifs aux outils, aux déplacements et aux locaux, ces frais dépendent des outils déjà utilisés par les porteurs. Comme évoqué ultérieurement, les outils nécessaires aux missions d'accompagnement à l'autonomie en santé sont, pour la plupart, déjà développés au sein des structures porteuses. Dès lors, les arrangements avec les partenaires, notamment les collectivités territoriales, permettent de réaliser des économies d'échelle (mutualiser et/ou diminuer les coûts relatifs aux locaux ou encore aux frais de transports). Ainsi, l'enjeu du conventionnement par les porteurs avec des prestataires est un élément clé à prendre en compte pour l'estimation des coûts d'un projet.

Le rapport de faisabilité financière souligne également la difficulté de rémunération des professionnels de santé dans le cas de consultations plus longues ou personnalisées (ex: consultation nécessitant un interprète), répondant aux besoins individuels des personnes accompagnées. Ainsi la présence de ces consultations peut nécessiter un budget supplémentaire.

Enfin, une dernière variable concerne la coordination territoriale. Elle n'est aujourd'hui pas ou peu développée par les professionnels de santé et acteurs du territoire, à l'exception des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui sont les seules structures à bénéficier d'un financement pour l'animation et la gouvernance territoriale. Dès lors, la coordination territoriale représentant environ 25% du budget d'un projet, le financement des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé portés par les CPTS seraient en principe bien inférieurs sur ce poste de dépense.

7 Conclusion

Dans un contexte d'évolution de la place de la personne accompagnée au sein du système de santé, l'expérimentation « accompagnement à l'autonomie en santé » a permis de définir ce nouveau concept et de documenter les axes de son développement.

L'accompagnement à l'autonomie en santé est une « intervention complexe en santé, proposée dans la durée, à des personnes en situation de vulnérabilité ou à risque pour leur santé, dans le but d'améliorer leurs capacités à décider pour leur santé, et de renforcer la motivation des personnes à agir et décider pour leur santé et à aspirer à une meilleure santé ».

Les résultats de l'évaluation transversale des 26 projets de l'expérimentation permettent d'identifier trois démarches structurantes de l'accompagnement à l'autonomie en santé dans lesquelles s'inscrivent les fonctions clés :

- La participation active des personnes ;
- L'action sur l'environnement ;
- La poursuite de la réduction d'inégalités sociales de santé.

Ces éléments permettent de dessiner un modèle commun d'accompagnement à l'autonomie en santé. Ce modèle offre ainsi une trame pour de futures interventions d'accompagnement à l'autonomie en santé sur le territoire.

8 Annexes

8.1 Annexe 1 - Article 92 de la Loi de modernisation de notre système de santé

18/07/2022 16:51 Article 92 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance



LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)

Article 92

JORF n°0022 du 27 janvier 2016

Version en vigueur depuis le 28 janvier 2016

Article 92

Version en vigueur depuis le 28 janvier 2016

I. - A titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être mis en œuvre des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées. Avec l'accord de la personne concernée, ils peuvent bénéficier à son entourage.
Cet accompagnement a pour but l'autonomie de la personne et permet à ces personnes de disposer des informations, des conseils, des soutiens et des formations leur permettant de maintenir ou d'accroître leur autonomie, de participer à l'élaboration du parcours de santé les concernant, de faire valoir leurs droits et de développer leur projet de vie.
II. - Chaque projet d'accompagnement sanitaire, social et administratif fait l'objet d'une convention, conforme au cahier des charges mentionné au dernier alinéa du présent II établi par le ministre chargé de la santé, entre une ou plusieurs agences régionales de santé et les acteurs de santé volontaires.
Le ministre chargé de la santé définit par arrêté les projets pilotes mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation et le périmètre territorial de chaque projet.
Ces projets sont conformes à un cahier des charges publié après consultation des organismes intéressés, notamment des associations d'usagers du système de santé agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.
III. - Sans préjudice de financements complémentaires prévus, le cas échéant, dans les conventions mentionnées au II du présent article, les dépenses nouvelles liées aux projets pilotes sont imputées sur la dotation mentionnée au 1^e de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique au sein de l'arrêté prévu au même 1^e. Par dérogation à cet article, les crédits affectés aux projets par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.
IV. - Pour l'application du présent article, les informations strictement nécessaires au projet d'accompagnement et relatives à l'état de santé de la personne, à sa situation sociale et à son autonomie peuvent être échangées et partagées dans les conditions fixées à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.
V. - L'entrée dans un projet d'accompagnement est subordonnée au consentement de la personne intéressée, dûment informée des dispositions du IV du présent article.
La personne intéressée peut bénéficier d'un plan personnalisé de soins et d'accompagnement élaboré par son équipe de prise en charge, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique. Ce plan est établi conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé. Il est régulièrement actualisé pour tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient et de ses conditions de vie.
VI. - En vue de l'éventuelle généralisation des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif à l'ensemble du territoire, les agences régionales de santé participant à l'expérimentation assurent un suivi et une évaluation annuelle de ces projets. Les agences ont accès, dans les conditions définies à l'article L. 1435-6 du code de la santé publique, aux données nécessaires à cette évaluation.
Cette évaluation peut, sous réserve du respect de l'anonymat et de l'absence de possibilité d'identification directe ou indirecte des personnes bénéficiaires des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif, comporter un suivi clinique individualisé et croiser des données relatives à la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale.
Le Gouvernement, après avis de la Conférence nationale de santé, présente au Parlement un rapport portant évaluation de l'ensemble de l'expérimentation, au plus tard trois mois avant son terme.

8.2 Annexe 2 - Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges



Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé

① Dernière mise à jour des données de ce texte : 25 mars 2016

NOR : AFSP1605921A

JORF n°0071 du 24 mars 2016

Version en vigueur au 19 juillet 2022

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 92 ;

Vu l'avis de la Conference nationale de santé du 28 janvier 2016,

Arrête :

Article 1

Le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé, mentionné au II de l'article 92 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, figure à l'annexe I du présent arrêté.

Article 2

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe (Article Annexe I)

Annexe I

CAHIER DES CHARGES NATIONAL RELATIF AUX PROJETS PILOTES D'ACCOMPAGNEMENT

Pour renforcer l'autonomie et la capacité de décision des personnes confrontées à une vulnérabilité en santé

1. Introduction, définition, outils
2. Objectifs et bénéficiaires des projets pilotes
 - 2.1. Objectifs
 - a) Objectif principal
 - b) Objectifs secondaires
 - 2.2. Les bénéficiaires
 3. Champ des projets pilotes
 - 3.1. L'accompagnement à l'autonomie en santé
 - 3.2. L'évaluation de méthodes opérationnelles
 - 3.3. Exclusion du champ de cet appel à projets
 4. Modalités de fonctionnement et d'organisation des projets pilotes
 - 4.1. Durée des projets
 - 4.2. Définition du territoire concerné
 - 4.3. Services et garanties proposés aux personnes bénéficiaires
 - 4.4. Structure porteuse du projet pilote
 5. Processus de sélection et d'évaluation des projets
 - 5.1. Processus de sélection
 - 5.2. Critères d'éligibilité des projets-pilote
 - 5.3. Critères d'évaluation des offres
 - 5.4. Dispositions générales pour le conventionnement et le financement
 - a) Modalités de conventionnement
 - b) Modalités de financement
 - 5.5. Publication des résultats

1. Introduction, définition, outils

L'article 92 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé vise à expérimenter dans le cadre de projets pilotes pendant une durée de cinq ans des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes atteintes de maladies chroniques ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées. Avec l'accord de la personne concernée, ils peuvent bénéficier à leur entourage. Il s'agit d'une nouvelle étape pour

la démocratie sanitaire, visant à faire émerger de nouvelles pratiques et des modalités innovantes pour renforcer les capacités et l'autonomie des personnes confrontées à une vulnérabilité en santé.

Le présent cahier des charges a pour but de préciser les objectifs et le champ de l'expérimentation, le fonctionnement attendu des projets pilotes ainsi que le processus de sélection et d'évaluation des projets. Il s'appuie sur les recommandations et conclusions du rapport "Cap santé !" (1) remis par M. Christian Saout à la ministre chargée de la santé le 20 juillet 2015.

Ce rapport propose de définir l'accompagnement à l'autonomie en santé comme suit : "l'accompagnement à l'autonomie en santé met en œuvre des actions d'information, d'éducation, de conseil et de soutien destinées à toute personne, ou à son entourage, éprouvant une vulnérabilité en santé, dans une visée de renforcement de ses capacités à opérer ses propres choix pour la préservation ou l'amélioration de sa santé".

Le champ d'intervention est celui du renforcement des capacités de prise de décision et d'action ("empowerment") des personnes concernées, encore peu développé en France.

L'empowerment est défini comme un "processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique (2).".

Les projets pilotes s'appuieront ainsi sur différents types d'outils identifiés ci-dessous comme vecteurs de cet empowerment et du développement des ressources dont disposent les personnes pour accroître leurs capacités (3). Il convient, dans la logique des "droits d'accès" et en privilégiant l'atteinte d'un résultat "global", de permettre aux bénéficiaires de se saisir de ces outils et de les négocier dans leur perspective de vie.

Au plan opérationnel, cet accompagnement se veut multidimensionnel. Il s'appuie sur la combinaison de différents outils dans l'objectif d'accroître l'autonomie des personnes bénéficiaires, à savoir des outils :

- d'information sur la prévention de maladies chroniques et risques en santé ;
- d'information sur la maladie chronique et ses conséquences ;
- de soutien pour l'accès aux droits et aux prestations ;
- de médiation et de mise en relation entre le patient et d'actions d'aide, de soins et de promotion de la santé incluant notamment l'éducation thérapeutique ;
- de support et de formation, visant la mobilisation des ressources de la personne et de son entourage et leur permettant de garder leur dynamique propre pour faire face aux complications, aux difficultés et aux problèmes, de réduire les risques pouvant conduire à la maladie et à se projeter positivement dans le futur. La promotion de la santé et l'éducation thérapeutique du patient, l'approche communautaire ou l'éducation par les pairs sont notamment des outils à privilégier.

2. Objectifs et bénéficiaires des projets pilotes

2.1. Objectifs

a) Objectif principal

Renforcer les capacités des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées à opérer leurs propres choix pour la préservation ou l'amélioration de leur santé en développant dans un territoire des actions d'accompagnement à l'autonomie en santé, en visant un public déterminé.

b) Objectifs secondaires

Identifier les fonctions clés (éléments qui participent de la faisabilité et de l'efficacité de l'intervention) des modèles opérationnels de renforcement des capacités en santé et évaluer leur importance respective en vue de la généralisation des expérimentations, y compris au titre de la coconstruction entre acteurs diversifiés, d'une part, et avec les publics concernés, d'autre part.

Développer les approches relevant de la promotion de la santé, le cas échéant par la mobilisation communautaire et l'éducation par les pairs.

2.2. Les bénéficiaires

Les projets d'accompagnement à l'autonomie en santé s'adressent à l'ensemble des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées. Ils peuvent également viser leurs proches ou leur entourage.

Ces projets doivent s'adresser aux personnes présentant une ou des vulnérabilités en santé : éloignement du système de santé, isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques, environnement juridique et sanitaire défavorable, précarité.

Ces projets ont notamment pour objectif la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé conformément aux enjeux de la stratégie nationale de santé.

3. Champ des projets pilotes

3.1. L'accompagnement à l'autonomie en santé

Dans le champ sanitaire, plusieurs approches, le plus souvent validées par les sciences humaines et sociales, convergent pour promouvoir ce même objectif : "capacités", capacité d'agir, promotion de la santé, valeurs de l'éducation thérapeutique, réhabilitation, care, engagement, littératie en santé, sans préjudice des autres outils validés ou expérimentés au titre de la promotion de la santé.

Au plan des valeurs, afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriale de santé, les projets d'accompagnement à l'autonomie doivent prôner : le respect absolu de la volonté de la personne et de ses libertés de choix, la confiance dans sa capacité de mobilisation ou d'acquisition de compétences, le renforcement des capacités des personnes par l'information, l'éducation à la santé et le soutien, la reconnaissance de l'expérience des personnes en santé, notamment celle des patients (4), pour l'accès à la prévention et aux soins.

Au plan des méthodes, les projets d'accompagnement à l'autonomie doivent reposer sur :

- une définition des objectifs opérationnels en rapport avec les publics cibles ;
- la plasticité et la multiplicité des formes d'action ;
- les actions de soutien psycho-social, notamment l'auto-support ;
- l'approche globale de la personne et de son proche entourage ;
- les principes de l'éducation à la santé, notamment l'éducation thérapeutique du patient ;
- les principes de la promotion de la santé, notamment l'approche communautaire et l'éducation par les pairs.

Ils doivent s'inscrire dans une perspective d'engagement dans la durée, l'autonomie en santé se construisant et évoluant en fonction de la manière dont la personne appréhende sa propre santé.
Au plan des outils, les projets d'accompagnement doivent reposer sur :

- la mobilisation de compétences humaines, relayées le cas échéant par des outils numériques. Dans ce cas, un accompagnement à l'utilisation du numérique est à prévoir ainsi que les points d'accès à ces outils numériques. Dans une telle démarche, la formation des personnes et des travailleurs sociaux à l'utilisation du numérique est à prévoir ;
- l'identification et la garantie d'accès à un ou des lieux accessibles à tous constituent des points focaux où trouver les intervenants et, dans la mesure du possible, rencontrer les personnes concernées qui partagent les mêmes préoccupations et besoins ;
- l'évaluation en lien avec les usagers des actions tant sur les apports aux personnes concernées que sur les facilitations acquises. Les projets devront mettre en place une équipe projet pluridisciplinaire associant les expertises (expertise scientifique comme des équipes de recherche, expertise de terrain, comme les acteurs de la promotion de la santé et les expertises des usagers) et renforcer l'inclusion des porteurs de projets dans la recherche afin d'apporter des éléments de connaissance probants sur l'intérêt de ce type d'accompagnement d'un point de vue scientifique.

3.2. L'évaluation de méthodes opérationnelles

Dans ces projets, il s'agit d'apporter des éléments de connaissances probants sur la faisabilité et l'efficacité de la mise en œuvre des approches théoriques de l'accompagnement (notamment l'approche communautaire de l'éducation par les pairs), d'une part, et apprécier la pertinence des solutions opérationnelles nouvelles proposées, en vue de l'empowerment en santé, d'autre part.

Il sera prévu pour chaque projet :

- une évaluation, centrée sur les effets/ résultats (dont leur distribution selon des critères reflétant les inégalités de santé) ;
- une évaluation sur l'identification des fonctions clés (5) conditionnant la faisabilité et l'efficacité de la solution mise en œuvre auprès des personnes concernées). A cet égard, les méthodes de la recherche interventionnelle en santé publique devront être privilégiées dans l'évaluation de chaque projet. Les agences régionales de santé (ARS) orientent, le cas échéant, les projets pilotes vers une entité d'évaluation ou de recherche cohérente par rapport à l'accompagnement ;
- une évaluation globale conduite au niveau national afin de disposer d'éléments de comparaison entre projets (par exemple, en matière de méthode d'évaluation, d'impacts, d'indicateurs de participation, d'inégalités de santé, de qualité de vie, etc.) au travers d'indicateurs clés relevant notamment de la littératie en santé et des changements de comportements, le cas échéant.

3.3. Exclusion du champ de cet appel à projets

Ne sont pas compris dans le champ de cet appel à projets le fonctionnement courant des structures déjà financées dans le cadre de ressources publiques pour le même objet.

4. Modalités de fonctionnement et d'organisation des projets pilotes

4.1. Durée des projets

Les projets pilotes sont prévus pour cinq ans.

4.2. Définition du territoire concerné

Ils doivent être délimités territorialement et cohérents avec un territoire de projet. Ils s'apprécient en privilégiant la proximité et l'accessibilité, incluant le cas échéant la mobilité des équipes projets et des actions allant vers les populations concernées. Cette cohérence sera examinée par l'agence régionale de santé (cf. processus de sélection des projets).

Ils sont en lien avec les conseils territoriaux de santé, les plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et, le cas échéant, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis. Dans le cas où le territoire du projet pilote est situé sur plusieurs régions limitrophes, il est présenté devant chaque agence concernée. Ces agences déterminent alors entre elles celle qui sera l'agence de référence.

4.3. Services et garanties proposés aux personnes bénéficiaires

Les projets pilotes doivent assurer un certain nombre de fonctions auprès de la population cible, notamment :

- prévoir la mise en œuvre d'actions de prévention, d'information, de promotion et d'éducation à la santé, de formation et de soutien des bénéficiaires ciblés ;
- indiquer les référentiels théoriques sur lesquels ils s'appuient ;
- définir les modalités de recueil du consentement des bénéficiaires aux stratégies d'accompagnement proposées ;
- préciser les stratégies d'accompagnement privilégiées qui seront déployées et qui devront garantir la liberté et le consentement des bénéficiaires dans l'élaboration de leurs choix en santé ;
- indiquer les solutions mises en œuvre pour encourager la démarche en promotion de la santé, notamment l'approche communautaire et la reconnaissance de l'éducation par les pairs ;
- s'assurer de la cohérence et de la complémentarité des dispositifs mis en place avec les actions engagées par les acteurs de la promotion de la santé, les associations, les professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux, le cas échéant, sur le territoire couvert par le projet pilote ;
- s'assurer que le secret professionnel et le secret de l'usager est respecté ;
- comporter les modalités de recueil du consentement du bénéficiaire du projet pilote à la collecte de données, leur diffusion à des équipes de recherche impliquées dans le projet et à leur traitement anonymisé. Ces données doivent être accessibles aux bénéficiaires. Le consentement peut être retiré à tout moment.

Doivent également être précisées :

- les règles de fonctionnement du projet pilote, le cas échéant, sous la forme d'une charte d'engagement des partenaires ;
- les formations des acteurs intervenant auprès des bénéficiaires (recrutement, modalités et niveau de formation, suivi ou supervision ...) ;

-les modalités d'articulation avec les acteurs de promotion de la santé, les associations, les professionnels du champ sanitaire, social et médico-social qui interviennent auprès des bénéficiaires, notamment avec la ou les plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes du territoire de projet.

4.4. Structure porteuse du projet pilote

Le projet pilote est porté par l'une des structures suivantes :

- les associations d'usagers ;
- les associations et organismes de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ;
- les structures ou équipes sanitaires et médico-sociales (établissements, professionnels de santé, équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé ...), en s'appuyant prioritairement sur des professionnels formés à l'éducation thérapeutique ou œuvrant sur les déterminants de santé ;
- les assureurs obligatoires et complémentaires ;
- les collectivités territoriales.

Une attention devra être portée à ce que les projets soient portés par des associations de patients et d'usagers en santé, de préférence agréées. Lorsque ce n'est pas le cas, les porteurs doivent démontrer la participation de ces dernières à leur coconstruction en déterminant clairement leur place dans la gouvernance et l'impact sur la conduite des projets.
La structure porteuse assure la mise en place du projet, est responsable de son fonctionnement, de la conduite de l'évaluation et de la remise du rapport d'activité.

5. Processus de sélection et d'évaluation des projets

5.1. Processus de sélection

Les agences régionales de santé vérifient la recevabilité et l'éligibilité des projets pilotes déposés, notamment au regard de la population cible et du territoire retenu, et formulent un avis sur l'opportunité et la qualité des projets et des partenariats proposés, avant transmission au niveau national.

Elles proposent au comité national chargé de l'évaluation des offres trois projets, visant des populations distinctes. Le comité d'évaluation des offres peut demander aux agences régionales de santé les autres projets pilotes déposés et recevables. Le comité national (6) se prononcera sur la liste des projets retenus et la soumettra au ministre chargé de la santé.

5.2. Critères d'éligibilité des projets pilotes

Pour être éligibles, les projets pilotes doivent répondre aux conditions suivantes :

- le projet pilote est conforme à l'article 92 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- le projet pilote doit être soumis par l'ARS et porté par une structure coordonnatrice bien identifiée ;
- le projet pilote mobilise les personnes bénéficiaires dans sa construction et sa mise en œuvre ;
- le projet pilote doit être assorti des lettres d'engagement des partenaires et d'un logigramme (qui fait ? quoi ? quand ?) ;
- le projet pilote doit faire apparaître une collaboration universitaire ou l'appui d'un organisme de recherche ou d'évaluation à même de concourir à la qualité de l'évaluation, voire à la préparation de l'intervention elle-même. Toutefois, cette collaboration universitaire ou d'un organisme de recherche n'est pas opposable aux porteurs de projets disposant en interne de compétences pertinentes dans le domaine à charge pour elle de démontrer le bien-fondé de la mise en œuvre de ces ressources internes ;
- le projet pilote doit s'appuyer prioritairement sur les structures ressources existantes de son territoire dans son domaine d'intervention notamment sur les acteurs de ces structures qui coordonnent la prise en charge médicale, sociale ou médico-sociale ainsi que la promotion de la santé ;
- le projet doit avoir une durée de cinq ans ;
- un calendrier prévisionnel des étapes clés doit être présenté ;
- pour rappel, le projet pilote ne doit pas déjà faire l'objet d'un financement public pour le même objet.

Nota.-Les dossiers incomplets, non conformes ou ne satisfaisant pas aux critères d'éligibilité ne seront pas soumis au comité national d'évaluation des offres et ne pourront faire l'objet d'une sélection ni d'un financement.

5.3. Critères d'évaluation des offres

Les projets pilotes susceptibles d'être retenus dans le cadre du présent appel devront mentionner la catégorie de bénéficiaires retenus (cf. chapitre 2.2) dans un territoire donné, en précisant les besoins repérés en regard de leurs vulnérabilités, en distinguant ceux pour lesquels il existe déjà une réponse et les structures qui y participent, et ceux non ou partiellement couverts et les réponses envisagées.

Seront favorisés les projets proposant des actions innovantes et exemplaires pouvant s'inscrire dans une pérennisation ou une reproductibilité. La solidité des partenariats, leur variété (acteurs/chercheurs, notamment) et la mutualisation des ressources feront l'objet d'une appréciation par le comité national.

Les modalités et les moyens d'évaluation devront être décrits. A ce titre seront notamment appréciés :

1° L'intérêt et la qualité du projet :

- le ciblage du projet pilote sur l'objectif principal et secondaire du présent cahier des charges ;
- la clarté de la présentation des objectifs principaux et secondaires du projet ;
- l'aptitude de la structure porteuse coordinatrice du projet pilote à diriger le projet ;
- la capacité à mener le projet indépendamment de tout intérêt à des fins commerciales ;
- la structuration, la cohérence, l'effet de levier et le caractère innovant du projet ;
- l'intégration du projet dans l'environnement sanitaire, social et médico-social du territoire concerné ;
- la présentation du contexte, de sa réalisation, de son financement, de ses résultats attendus et de son évaluation ;
- la présentation des modalités de recueil et, le cas échéant, de retrait du consentement du bénéficiaire du projet pilote à la collecte de données, leur diffusion à des équipes de recherche impliquées dans le projet et à leur traitement anonymisé ;
- la réactivité et la rapidité de la mise en œuvre du projet ;
- les résultats attendus pour les bénéficiaires, leurs proches et la collectivité ;

-l'impact sur les inégalités sociales de santé au-delà des objectifs principaux et secondaires ;
-les modes d'action, les outils d'intervention et les conditions préalables à la mise en œuvre du projet.

2* La faisabilité et la méthodologie :

- le caractère intégré de l'approche proposée et la pertinence méthodologique ;
- les méthodes d'intervention en vue de la mise en œuvre du projet auprès des bénéficiaires doivent être justifiées ;
- les ressources humaines (compétences, formations dédiées) et les autres types de ressources mobilisées pour la mise en œuvre du projet doivent être décrites, en identifiant celles visées par le financement ;
- l'adéquation entre les ressources mobilisées, l'environnement, sanitaire, social et/ou médico-social et les besoins du projet pilote ;
- la démarche de coconstruction du projet (élaboration, mise en œuvre, évaluation) avec les associations et les bénéficiaires ;
- la crédibilité du calendrier du projet ;
- la crédibilité et la justification du financement demandé ainsi que la présentation, le cas échéant, des autres financements publics et privés, ainsi que les fonds propres mobilisés par les structures participant au projet.

3* L'évaluation du projet :

Il s'agit de présenter les modalités d'évaluation des actions menées en matière :

- d'adhésion des publics au projet en estimant le nombre de personnes potentiellement concernées qui n'y participent pas. Une attention particulière devra être portée aux causes de cette non-participation ;
- d'impact sur les capacités des bénéficiaires à affirmer leur choix ;
- d'impact sur les organisations de l'offre en santé (en quoi le projet d'accompagnement trouve sa place au sein des différents dispositifs existants) ;
- d'estimation de la plus-value du projet perçue par les bénéficiaires et les divers acteurs de santé ;
- d'impact sur les déterminants de santé ... ;
- d'impact sur les inégalités de santé ;
- d'identification des fonctions clés permettant la pérennisation et la réplication de l'intervention.

5.4. Dispositions générales pour le conventionnement et le financement

a) Modalités de conventionnement

La convention, passée par la structure porteuse du projet et l'ARS, comporte l'ensemble des éléments descriptifs du fonctionnement du projet et de son évaluation, le calendrier prévu pour sa mise en œuvre et pour son évaluation, les ressources mobilisées et les éléments financiers ainsi que les engagements de la structure porteuse. Elle comporte également les conventions avec les autres structures participant au projet ainsi que les modalités de financements de ces dernières dans le cadre de l'expérimentation. La convention est conforme aux orientations du présent cahier des charges.

b) Modalités de financement

Les financements sont attribués annuellement par l'ARS de référence aux projets pilotes sélectionnés par le comité national, sur la base d'une convention pluri-annuelle de cinq ans.

La subvention, obtenue dans le cadre de cet appel à projet, pourra contribuer à hauteur de 100 % du budget total du projet. Elle est versée à la structure porteuse. Cette dernière a la responsabilité d'en assurer la gestion au profit des différents partenaires et d'en assurer un retour auprès de l'ARS dans les conditions fixées par la convention.

Le cofinancement des projets pilotes est encouragé dans une logique de pérennisation. A ce titre, les financements complémentaires devront être clairement précisés dans le dossier de candidature, que ceux-ci soient publics ou privés, notamment industriels.

La subvention de l'ARS pourra financer :

- des frais de personnel dédiés exclusivement à la mise en place du projet pilote et à son évaluation (le personnel permanent peut être imputé sur le budget à l'exclusion des fonctionnaires d'Etat, hospitaliers ou territoriaux ou internationaux) ;
- du fonctionnement et divers consommables ;
- de l'équipement ;
- des frais de gestion à hauteur de 10 % maximum de l'ensemble du coût total des dépenses éligibles au financement de l'ARS (personnel, fonctionnement, équipement).

Le financement attribué n'a pas pour vocation à participer au fonctionnement structurel de l'un ou des partenaires du projet pilote. Les postes budgétaires sont fongibles pendant l'exécution du projet.

L'emploi du financement de la réalisation du projet pilote fait l'objet d'un contrôle de l'agence régionale de santé.

Un rapport d'activité et un bilan financier sont transmis chaque année à l'agence régionale de santé concernée qui en adresse une copie au secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

5.5. Publication des résultats

La liste des projets sélectionnés sera publiée au Bulletin officiel santé protection sociale solidarité par arrêté ministériel conformément à la loi, ainsi que sur le site internet du ministère chargé de la santé. Par ailleurs, le ministère chargé de la santé se réserve le droit de diffuser des informations relatives aux projets déposés, financés ou non, sur son site internet.

(1) http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse/42/communiques/2322/christian-saout-remet-a-marisol_17973.html

(2) EHESP, Glossaire multilingue de la base de données en santé publique.

(3) Eric Monnet, "La théorie des "capabilités" d'Amartya Sen face au problème du relativisme", Tracés, Revue de sciences humaines, 12 | 2007, p. 103-120.

(4) Le National Health Service vient de publier sa stratégie à cinq ans : elle fait des indicateurs d'expérience des patients le levier de la modernisation du système de santé britannique. Voir : Patient Centred Outcome Measures, <http://www.england.nhs.uk/ourwork/pe/pcoms/>

(5) Voir par exemple : "Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE". Santé publique 2014/6 (vol. 26) ; www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-783.htm [5].

(6) Sa composition sera disponible sur le site du ministère chargé de la santé.

Fait le 17 mars 2016.

Marisol Touraine

8.3 Annexe 3 - Arrêté du 28 novembre 2016 fixant la liste des projets pilotes

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales et de
la santé

Arrêté du 28 NOV. 2016

fixant la liste des projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé

NOR :

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 92 .

Vu l'arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé ;

Arrête :

Article 1^{er}

En application du II de l'article 92 de la loi du 26 janvier 2016 susvisée, les projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé des promoteurs suivants sont désignés :

- Région Auvergne Rhône-Alpes : Pôle santé Chambéry ;
- Région Bourgogne Franche-Comté : IRESP Bourgogne ;
- Région Bretagne : Association Neuro-Bretagne ;
- Région Centre Val de Loire : Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanies ;
- Région Grand Est : Centre Hospitalier de Rouffach ;
- Région Guyane : AIDES ;
- Région Hauts de France : UDAPEI 59 ;
- Région Ile de France : Hôpital universitaire Robert Debré ;
- Région Ile de France : ARCAT ;
- Région Ile de France : Impatients, chroniques et associés ;
- Région Normandie : AFM-Téléthon ;
- Région Nouvelle Aquitaine : AIDES ;
- Région Nouvelle Aquitaine : Association La case ;
- Région Nouvelle Aquitaine : Alliance Maladies Rares ;

- Région Occitanie : Association Case De Santé ;
- Région Océan Indien : AFM-Téléthon ;
- Région Océan Indien : Association Sid'Aventure ;
- Région Pays de Loire : Association Renaloo ;
- Région Provence-Alpes-Côte d'Azur : Association Solidarité Réhabilitation.

Article 2

En application du II de l'article 92 de la loi du 26 janvier 2016 susvisée, il est établi une convention entre les agences régionales de santé et les promoteurs désignés.

Article 3

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait, le **28 NOV. 2016**

La ministre des affaires sociales et de la santé

Marisol Touraine

Marisol TOURAIN

8.4 Annexe 4 - Arrêté du 21 novembre 2017 fixant la liste des projets pilotes

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des solidarités et de la
santé

**Arrêté du 21 NOV. 2017
fixant la liste des projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé (2^{ème} vague)**

NOR : SSAP1731455A

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 92 ;

Vu l'arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé,

Arrête :

Article 1^{er}

En application du II de l'article 92 de la loi du 26 janvier 2016 susvisée, les projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé des promoteurs suivants sont désignés •

- Région Auvergne-Rhône-Alpes : CISS ARA ;
- Région Bourgogne-Franche-Comté : Association Voir et Percevoir ;
- Région Bretagne : Association Armor Santé ;
- Région Bretagne : Plateforme d'éducation thérapeutique du territoire de démocratie de Lorient-Quimperlé ;
- Région Centre - Val de Loire : AIDES ;
- Région Corse : IREPS Corse ;
- Région Grand Est : GHRMSA ;
- Région Guadeloupe : Réseau Diabète Guadeloupe ;
- Région Normandie : Groupe SOS Solidarités — Ensemble vers l'insertion et l'emploi.

Article 2

En application du II de l'article 92 de la loi du 26 janvier 2016 susvisée, il appartient aux agences régionales de santé de conventionner avec les promoteurs.

Article 3

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

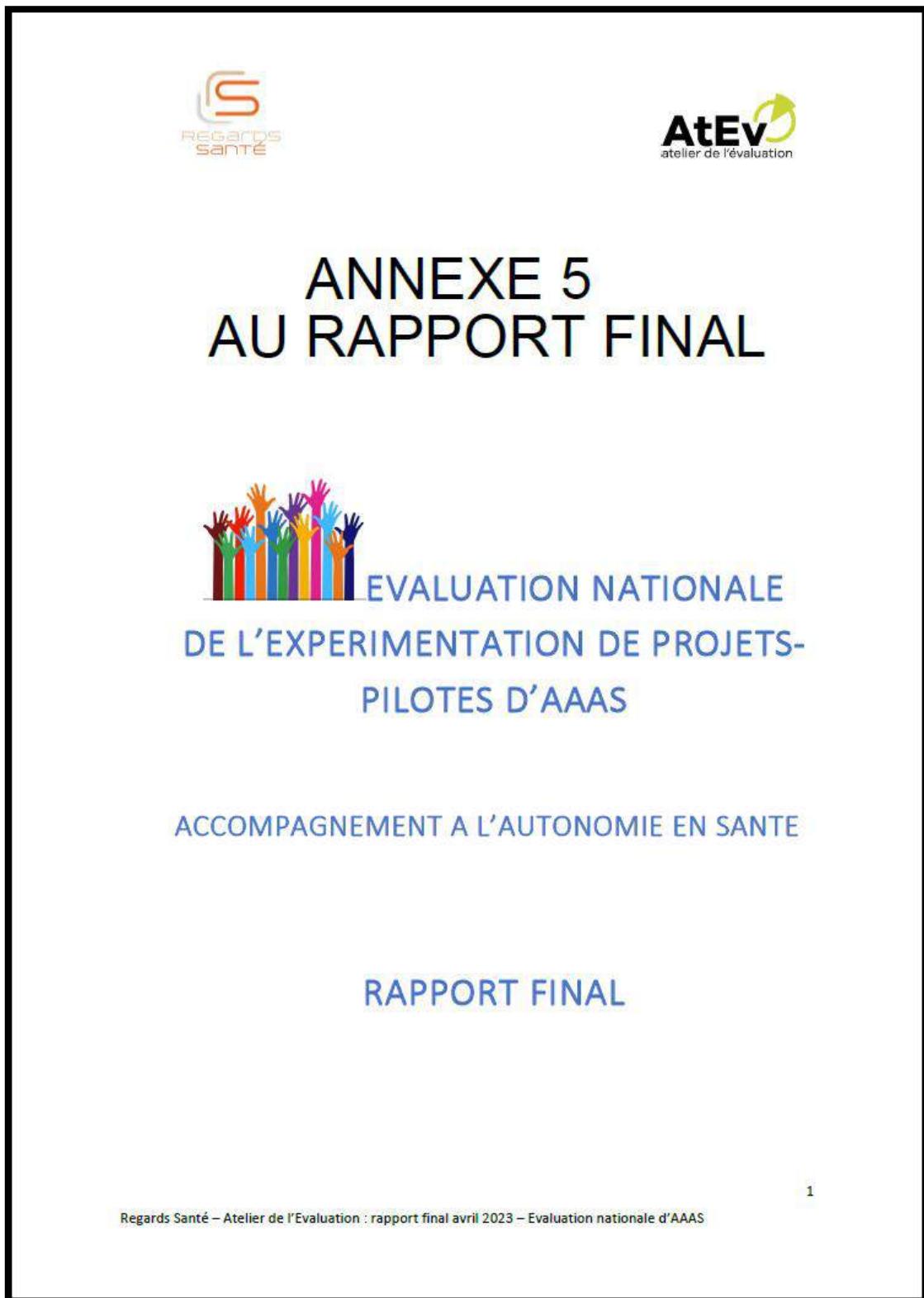
Fait, le 21 NOV. 2017.

La ministre des solidarités et de la santé

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Agnès Buzyn".

8.5 Annexe 5 - Rapport d'évaluation nationale par Regards Santé et l'Atelier de l'Evaluation

→ Voir document joint au rapport



8.6 Annexe 6 - Analyse financière par Acsantis

→ Voir document joint au rapport



ANNEXE 6 AU RAPPORT FINAL

ANALYSE DE FAISABILITE DES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE
D'ACTIONS PROBANTES D'ACCOMPAGNEMENT IDENTIFIEES PAR
L'EVALUATION NATIONALE DE L'EXPERIMENTATION
« Accompagnement à l'Autonomie en Santé »

Rapport chiffrage octobre 2022

Contacts Acsantis

Alec Guiral
Associé Acsantis
Alec.guiral@acsantis.com

Sandrine HAAS
Consultante Acsantis
+33 (0)6 24 84 54 94
sandrine.haas@acsantis.com

Elise GASIOROWSKI
Consultante Acsantis
+33 (0)6 30 20 52 42
elise.gasiorowski@acsantis.com



Page | 1



Édition : DGS-SP5
Octobre 2023