



Groupement de Coopération Sanitaire












*Maison des Réseaux de Santé
Isère*

-

Rapport d'activité 2017

Les structures membres de la MRSI

Les réseaux de santé :

ANAIS		Prométhée	
APIC		PSBJ	Plateforme de Santé BerJallienne
APLS		PSV	
CPS		RéPPOP	
GRANTED		RESIC 38	
NAITRE ET DEVENIR		VISAGE	

La Maison des Réseaux de Santé Isère est financée par :

ARS ARA	
CPAM	

Les membres de l'Assemblée Générale :

AGECSA		GCS MS Réphsy	
ALERTES		GHM de Grenoble	
CH Voiron		Maison du Patient Chronique	
CHAI		ODPHI	
CHU Grenoble		PREMED	
CISS 38		RAPSODIE	
Clinique du Dauphiné		SYNERGIE DOMICILE	
Clinique du Grésivaudan		UDCCAS	
Conseil Général de l'Isère		UNA Isère	
FEMASRA		Ville de Grenoble	

Sommaire

Les structures membres de la MRSI	1
Sommaire	3
NOTRE MISSION	4
NOS ACTIVITES	4
RAPPORT D'ACTIVITE	7
1. Appui à la coordination des parcours de santé complexes	7
Plateforme de santé de Bourgoin-Jallieu (PSBJ)	9
Sur les 30 usagers ayant répondu, 97% s'estime globalement satisfait de l'intervention de la plateforme, 90% considère que la plateforme a amélioré la prise en charge.	10
Plateforme Coordination Proximité Santé (CPS)	11
Bilan consolidé de l'activité d'appui à la coordination des parcours complexes, à l'échelle départementale	13
2. Soutien aux parcours de santé spécifiques en Isère	14
Handicap de l'enfant et Troubles du Neuro-développement : réseau ANAIS	15
Obésité Pédiatrique :RÉPPOP38	17
Insuffisance cardiaque : RESIC38	19
Maladies vasculaires : Crepval GRANTED	20
Hépatopathies chroniques : Prométhée	21
Bilan de l'activité de coordination des parcours de santé spécifiques	22
3. Education thérapeutique du patient (ETP)	24
Elaboration et mise en œuvre de programmes d'Education Thérapeutique	24
Formation des professionnels à l'Education Thérapeutique	25
Dynamique de l'activité d'éducation thérapeutique	25
4. Actions de prévention des parcours complexes et de promotion de la santé	27
Prévention de l'obésité pédiatrique	27
- « Boug'Pop » : offre plurielle d'activités physiques, coordonnée, « lisible », favorisant l'expérimentation, articulée avec le sport tout public.	28
Prévention des hépatopathies	28
Bilan de l'activité de prévention et de promotion de la santé	29
5. Autres activités hors projet de santé	30
• APIC : soutien psychologique en lien avec les maladies neurodégénératives rares	30
• Naitre et Devenir : suivi des enfants prématurés	31
CONCLUSION GENERALE	32

NOTRE MISSION

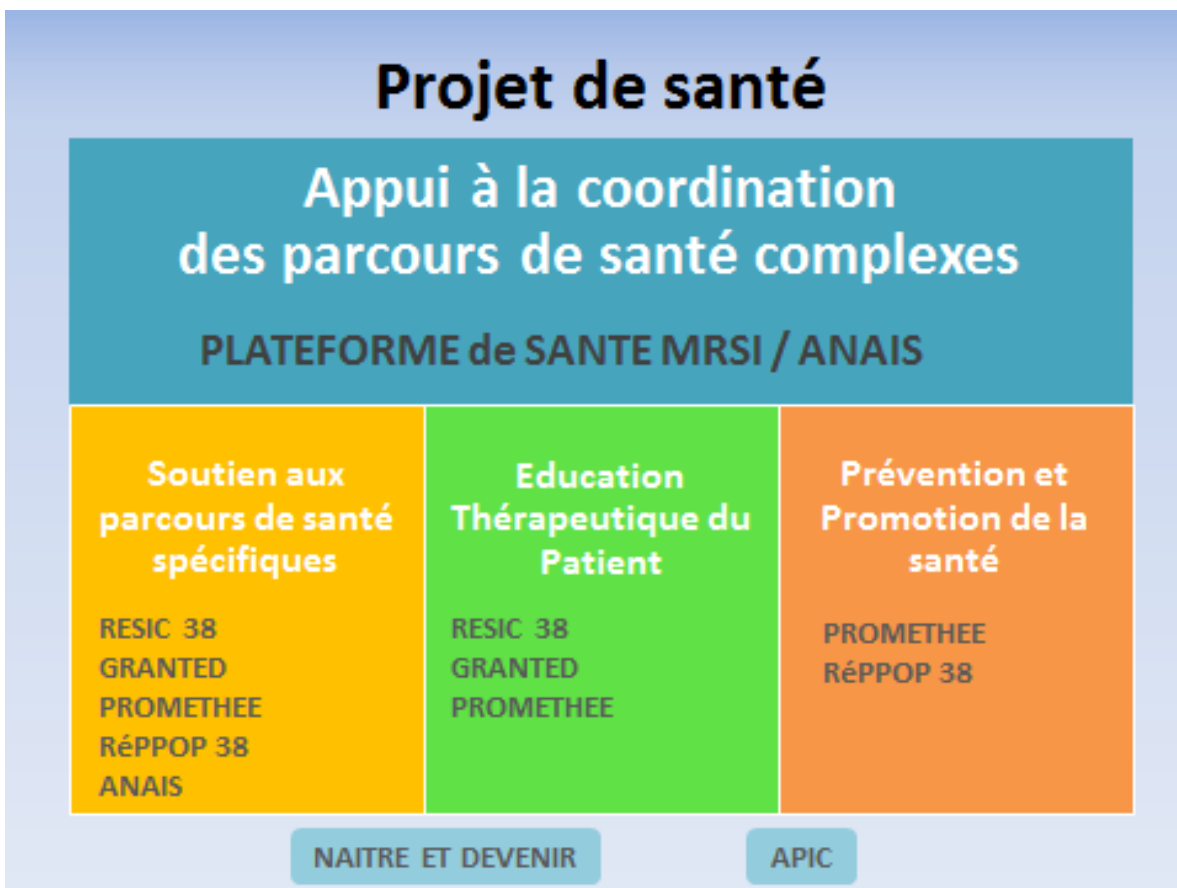
Ce rapport fait le bilan des activités réalisées au cours de l'année 2017 par le Groupement de Coopération Sanitaire *Maison des Réseaux de Santé Isère* (GCS MRSI).

Issu du regroupement des réseaux de santé du département en 2012, le GCS MRSI œuvre pour l'organisation territoriale de réponses globales et décloisonnées aux problématiques des parcours de santé complexes en Isère. Dans cet objectif, ses équipes pluriprofessionnelles proposent aux acteurs des secteurs sanitaire, social, et médico-social, ainsi qu'aux usagers du système de santé, un ensemble de services de soutien et d'appui de proximité, afin de permettre à toute personne le nécessitant, enfant, adulte ou personne âgée, patient atteint d'une pathologie chronique, ou personne en situation de handicap, d'accéder à un parcours de santé cohérent et adapté à ses besoins.

Forte d'une quarantaine de membres libéraux, hospitaliers, associatifs et institutionnels associés au sein d'un groupement de coopération, la MRSI constitue un espace collectif en gouvernance partagée, rassemblant toutes les valences d'acteurs en santé engagés au quotidien dans les parcours de santé en Isère et soucieux de construire ensemble.

NOS ACTIVITES

Sur le plan opérationnel, nos activités sont déployées dans le cadre d'un projet de santé, établi par les équipes et administrateurs du groupement en 2016.



Il est composé de plusieurs équipes de coordination et d'un pôle administratif qui en assure les **fonctions** support :

- Plateformes de Santé de Proximité :
 - o Plateforme de Santé de Bourgoin-Jallieu (PSBJ)
 - o Plateforme de Santé du Pays Voironnais (PSV)
 - o Plateforme Coordination Proximité Santé (CPS)
- Réseaux dédiés aux parcours de santé spécifiques :
 - o APIC (Maladies Neurodégénératives Rares)
 - o ANAIS (Troubles du Neuro-Développement chez l'enfant)
 - o Granted (Maladies vasculaires)
 - o Prométhée Alpes Réseau (Maladies du foie)
 - o RÉPPOP38 (Obésité Pédiatrique)
 - o RESIC38 (Insuffisance cardiaque)

L'année 2017 en quelques chiffres

Nos équipes :

- 73 salariés pour 51,5 équivalents temps plein
- 1 équipe dédiée à l'appui à la coordination des situations complexes : 22 ETP
- 6 équipes dédiées au soutien à des parcours de santé spécifiques : 16,85 ETP
- Une équipe dédiée à l'ETP : 3,85 ETP

Notre activité :

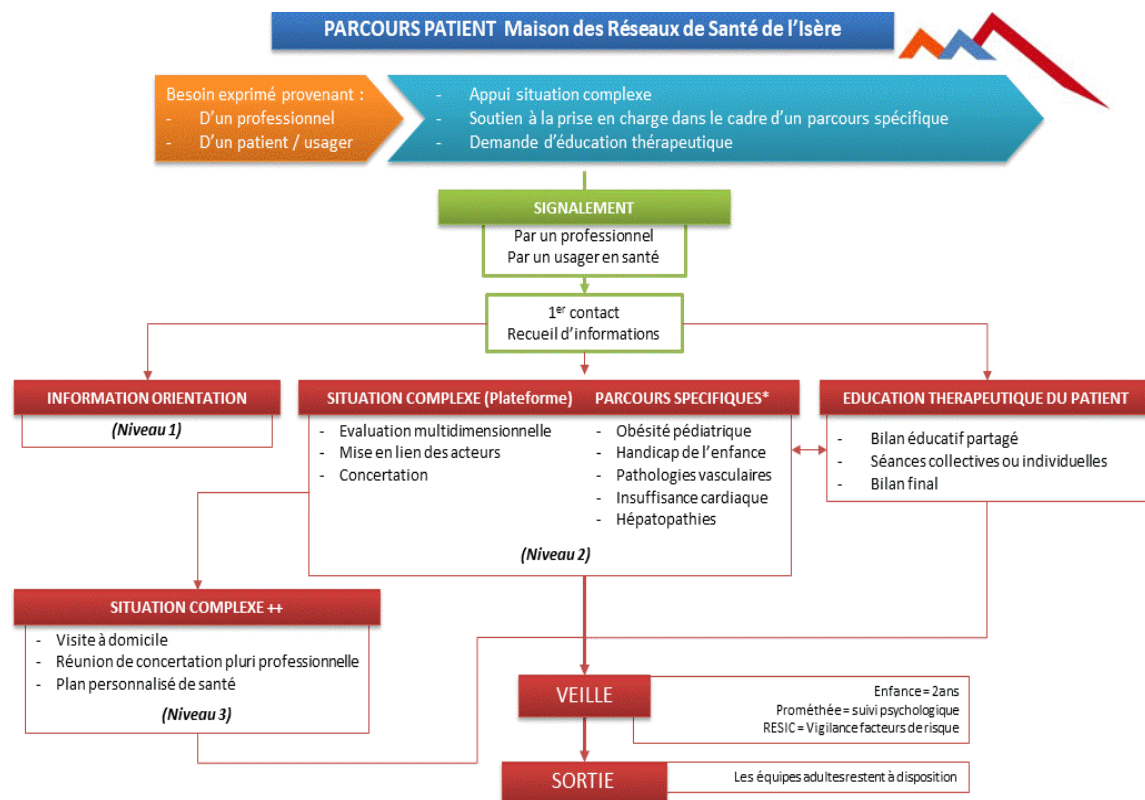
- **1 231 situations complexes traitées dans l'année**, sur sollicitation de professionnels de santé, du social ou du médico-social
- **945 enfants en « situations complexes » suivies (niveau 2 et 3 selon ARS)**, dans le champ des troubles du neuro-développement ou de l'obésité pédiatrique
- **1768 patients ayant participé à un programme d'éducation thérapeutique**, dont :
 - o 462 l'ayant achevé
 - o 697 ayant bénéficié d'une action de coordination de parcours
- Plus de 4 500 participations effectives de professionnels des champs sanitaire, social et médico-social, dans les parcours des patients suivis par nos équipes.
- Plus de 200 conventions de partenariat, signées avec les différents acteurs des parcours de santé (Filière Gérontologiques, Hopitaux, Education Nationale, CCAS, MAIA, CMP, Service d'aides à domicile, Collectivités Territoriales...).
- Plus de 300 professionnels formés dans l'année, sur des thématiques diverses (Education thérapeutique, Prise en charge spécifiques – obésité pédiatrique, handicap de l'enfant, insuffisance cardiaque, hépatopathies, maladies vasculaires - Prévention).

Notre gouvernance :

- Une Assemblée Générale composée de 30 membres personnes morales (Associations de réseaux, Etablissements de santé, Professionnels de soins primaires, Structures Sociales et Médico-sociales, Collectivités territoriales, Usagers en santé)

Notre budget

- Un budget de fonctionnement de 3,6 millions d’euros
- 80% des dépenses liées aux ressources humaines
- 95% de subventions publiques de l’Agence Régionale de Santé (Fonds d’intervention Régionale pour l’activité Réseau de santé et Education Thérapeutique, Direction de la Santé Publique pour la Prévention)



*Coordination de niveau 2 : parcours spécifiques

- Pathologies vasculaires (Granted) : coordination du parcours de soins (ville-hôpital).
- Insuffisance cardiaque (RESIC38) : coordination du parcours de soins et du maintien à domicile.
- Hépatopathies (Prométhée) : accès à un parcours de santé et coordination sanitaire et médico-sociale.

- Obésité pédiatrique (REPOP38) : offre de prise en charge coordonnée.
- Handicap de l'enfant (ANAIS) : appui aux situations complexes des troubles du neuro-développement de l'enfant.

RAPPORT D'ACTIVITE

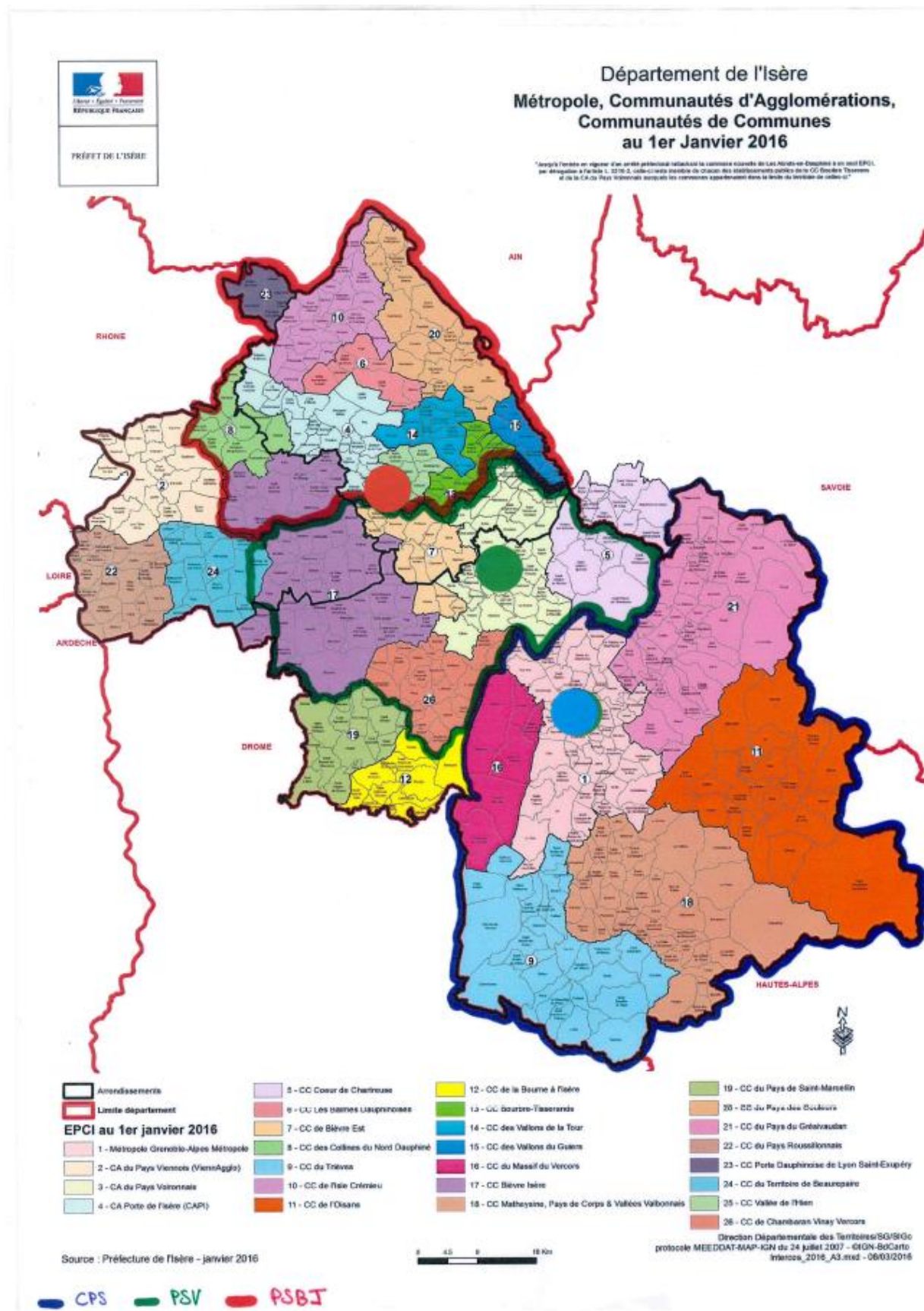
La présentation du rapport des activités développées en 2017 sera organisée autour des grands champs d'activité structurant le projet de santé du GCS MRSI.

1. Appui à la coordination des parcours de santé complexes

L'activité d'appui à la coordination des parcours de santé complexes a pour objectif de permettre à toutes personnes en situations complexes, à domicile, d'accéder à un parcours de santé global et coordonné, en se positionnant en soutien et en appui aux professionnels de santé, en particulier de soins primaires. Elle est mise en œuvre par les *Plateformes de Coordination de Proximité*, équipes pluridisciplinaires de coordination. Cette activité socle est déployée selon trois modalités d'action :

- **Appui à la coordination des situations complexes**, à domicile, visant à favoriser le retour ou le maintien à domicile des personnes, via :
 - Une analyse holistique de la situation (identification des déterminants et acteurs en place)
 - Le soutien à la concertation entre professionnels des champs sanitaire, médico-social et social et l'articulation des acteurs du domicile et de l'hôpital,
 - L'élaboration d'un plan d'action concerté,
 - Le soutien aux acteurs du domicile au cours de leurs interventions dans le cadre de ce plan.
- **Animation territoriale des coopérations entre acteurs**, afin de favoriser les réflexions et les dynamiques coopératives et pluri professionnelles, et de permettre une meilleure organisation territoriale collective pour la gestion des parcours de santé.
- **Mise en œuvre d'actions de soutien aux professionnels en santé**, principalement :
 - La formation pluri professionnelle visant à renforcer les connaissances et compétences des acteurs en santé en matière de coordination et de gestion des parcours de santé ;
 - Le soutien au développement de la démarche qualité, des méthodes et processus de coopérations interprofessionnelles.

Les territoires d'intervention des 3 Plateformes de proximité du GCS MRSI sont les suivants, dans le Département de l'Isère :



COORDINATION TERRITORIALE
DES PARCOURS DE SANTÉ COMPLEXES

- ✓ **Territoire de la Filière Gériatologique du Nord Isère** (Porte des Alpes, Vals du Dauphiné, Haut Rhône Dauphinois), **415 000 habitants**.
- ✓ **Equipe de coordination de 3,2 Equivalent Temps Plein**
- ✓ **Appui à la coordination des situations complexes :**
 - 112 situations suivies dont 81 nouvelles inclusions en 2017 (soit 6.75/mois).
 - Provenance des demandes : 28% des sollicitations provenait de professionnels de santé de ville, 25% d'établissements, 25% de services sociaux et médico-sociaux et 16% de l'usager, famille ou entourage.
 - Motif des demandes : 67% coordination à domicile (maintien à domicile), 30% retour à domicile et 4% conseil.
 - Âge moyen : 76 ans.
 - File active moyenne du réseau : 25 situations suivies /mois
 - Nombre de professionnels ou services référencés, état des lieux au début de la prise en charge : 115 services sociaux, 79 médecins généralistes, 54 cabinets infirmiers libéraux, 22 médecins spécialistes, 8 kinésithérapeutes et 1 psychologue.
- ✓ **Soutien aux professionnels :**
 - Formation des équipes de SSIAD et des IDEL sur la prise en charge au domicile des personnes atteintes de maladies neurologiques (le 22/04/2017 à Chabons).
 - Soutien au développement du Pôle de Santé de la Vallée de l'Hyen.
- ✓ **Animation territoriale des coopérations :**
 - Contribution à la construction et animation de la PTA Nord Isère (TSN)
 - Participation à la Filière Gériatologique Nord Isère
 - Elaboration et diffusion d'une Gazette bimensuelle : nouvelles en matière de coordination en santé, tribune de présentation des acteurs territoriaux.
- ✓ **Enquête de satisfaction auprès des professionnels et des usagers (commune PSBJ/PSV):**

Sur les 60 professionnels ayant répondu à l'enquête :

 - 87% s'estime satisfait du service rendu par les plateformes,
 - 96% considère que les plateformes ont facilité la prise en charge du patient/usager.
 - 91% des professionnels interrogés a jugé « adéquate » la mise en œuvre des actions des plateformes.
 - 78.3% s'est senti « aidé » dans la coordination des différents intervenants.
 - 91% des répondants qualifie le délai d'intervention des plateformes comme étant « rapide » (43.5% très rapide et 47.8% assez rapide).

Sur les 30 usagers ayant répondu, 97% s'estime globalement satisfait de l'intervention de la plateforme, 90% considère que la plateforme a amélioré la prise en charge.

- ✓ **Territoire de la Filière gérontologique du Voironnais** (Voironnais-Chartreuse, Bièvre-Valloire, nord-ouest du Sud Grésivaudan), **180 000 habitants**.
- ✓ **Equipe de coordination 3.4 Equivalent Temps Plein**
- ✓ **Appui à la coordination des situations complexes :**
 - 136 situations suivies dont 117 nouvelles inclusions (9,75/mois)
 - Provenance des demandes : 41% des sollicitations provenait d'établissements, 25% de professionnels de santé de ville, 16% de l'utilisateur, famille ou entourage et 15% de services sociaux et médico-sociaux.
 - Motif des demandes : 54% coordination à domicile (maintien à domicile), 41% retour à domicile, 3% accompagnement de la famille/entourage et 2% du conseil.
 - Âge moyen : 76 ans.
 - File active moyenne du réseau : 26 situations suivies /mois
 - Nombre de professionnels ou services référencés suite aux suivis des situations en 2017 : 157 services sociaux, 113 médecins généralistes, 72 cabinets infirmiers libéraux, 21 médecins spécialistes, 3 kinésithérapeutes et 1 psychologue.
- ✓ **Soutien aux professionnels :**
 - Animation du Café IDEL : connaissance des acteurs du territoire et mise en lien.
- ✓ **Animation territoriale des coopérations :**
 - Le réseau a participé à la construction du CLSM Conseil Local de Santé Mentale sur le territoire voironnais et notamment au Groupe de Ressources Psycho-Sociales, ainsi que le Contrat Local de Santé via le volet « Bien Vieillir », signé le avec notamment la Communauté de Communes du Pays Voironnais, le CHAI, le CH de Voiron, le CCAS de Voiron.
 - Participation à la Filière Gérontologique du Pays Voironnais
 - Gazette bimensuelle : nouvelles en matière de coordination en santé, tribune de présentation des acteurs territoriaux.
- ✓ **Suivi qualité – enquête auprès des professionnels et des usagers (PSBJ/PSV):**

Sur les 60 professionnels ayant répondu à l'enquête :

 - 87% s'estime satisfait du service rendu par les plateformes,
 - 96% considère que les plateformes ont facilité la prise en charge du patient/usager.
 - 91% des professionnels interrogés a jugé « adéquate » la mise en œuvre des actions des plateformes.
 - 78.3% s'est senti « aidé » dans la coordination des différents intervenants.
 - 91% des répondants qualifie le délai d'intervention des plateformes comme étant « rapide » (43.5% très rapide et 47.8% assez rapide).

Sur les 30 usagers ayant répondu, 97% s'estime globalement satisfait de l'intervention de la plateforme, 90% considère que la plateforme a amélioré la prise en charge.

- ✓ **Territoire du Sud Isère** (Grenoble agglomération, Nord Vercors, Grésivaudan, Trièves, Oisans, Matheysine), **580 000 habitants**.
- ✓ **Equipe de coordination de 14,4 Equivalent Temps Plein**
- ✓ **Appui à la coordination des situations complexes :**
 - 983 situations suivies, dont 744 nouvelles inclusions (62/mois)
 - Provenances des demandes : 39% étaient des professionnels de santé de ville, 30% des établissements, 25% des services sociaux et médico-sociaux et 6 % autres (CPAM/ARS, Famille, Réseaux, Associations d'usagers...)
 - Motif des demandes : 47% coordination à domicile, 27% conseil, 21% accompagnement famille/entourage et 5% retour à domicile.
 - 33% des situations ont été suivi par l'équipe de soins palliatifs.
 - Âge moyen : 75 ans
 - File active moyenne du réseau : 210 situations suivies /mois
 - Nombre de professionnels ou services référencés suite aux suivis des situations en 2017 : 663 Médecins généralistes, 610 Services sociaux, 540 Médecins spécialistes, 335 cabinets infirmiers libéraux, 115 kinésithérapeutes et 34 psychologues.
- ✓ **Soutien aux professionnels :**
 - Participation à la formation professionnelle sur le territoire, sur des thématiques liées à la coopération entre professionnels dans les parcours de santé ::
 - Internes de médecine générale ; « Retour à Domicile : Mythe vs Réalité »
 - Institut de formation en soins infirmiers : « Présentation de la complexité du système de santé, des situations patients et des réseaux »
 - DUSP : table ronde avec d'autres professionnels des soins palliatifs autour de la coordination et articulation des soins palliatifs entre les différents acteurs.
 - DIU parcours complexes.
 - Capacité gérontologie : formation approfondie à la médecine des personnes âgées. : « La coordination des services à la personnes »
 - Animation de « Cafés infirmiers » :
 - temps d'échange entre les IDE qui travaillent tous à domicile mais avec des modes d'exercices différents (libéraux, salariés, SSIAD, CMP...), sur des thématiques diverses :
 - collaboration infirmiers/service de tutelle ;
 - collaboration avec le médecin traitant dans les situations de fin de vie).
- ✓ **Animation territoriale des coopérations entre acteurs en santé :**
 - Développement des Coordinations territoriales de proximité: espace de concertation autour de situations complexes, pour les acteurs du domicile d'un territoire de référence
 - Nos équipes participent aux coordinations territoriales.
 - Nos équipes appuient les professionnels du territoires dans la mise en place de coordinations territoriales :

- Co animation.
 - Apport / soutien logistique (aide méthodologique + outils)
 - Aide tables rondes : réflexion sur différents thèmes.
 - Dans le cadre de la filière gérontologie : Co portage avec la MAIA Sud Isère du lancement de coordinations territoriales.
 - Mandatée par l'ARS38 pour mener un projet de structuration du parcours en cancérologie sur l'agglomération grenobloise :
 - Création d'un carnet de soins mutualisés.
 - Accompagnement à la création de la plateforme PRESCRI'BOUGE.
 - Echanges d'informations entre professionnels de la ville et structures hospitalières ; enquête auprès de médecins généralistes (Sud Isère).
 - Participation à l'animation de la filière gérontologique/MAIA Sud-Isère (articulation des acteurs de la PEC de l'autonomie)
 - animateur du Projet Hébergement Temporaire Non Programmé (HTNP).
 - Coordinations territoriales de proximité.
 - Participation au CLSM (Conseil Local de Santé Mental) .
 - Participation aux différentes instances de sorties complexes :
 - Comité personnes vulnérables TAG (Territoire de l'Agglomération Grenobloise)
 - Réunions hebdomadaires de la Cellule des sorties complexes du CHUGA.
 - Convention avec le service de médecine sociale du CHUGA.
 - Accueil des autres réseaux / partenaires : échange / présentation lors de nos réunions d'équipe avec d'autres réseaux de coordination ou certains de nos partenaires afin de mieux connaître les missions de chacun et améliorer notre collaboration / complémentarité (ex : SAVS, équipe gestionnaire de cas MAIA). Pour l'année 2017 il y a eu un focus avec la psychiatrie (équipe mobile CMP).
 - Participation à la création de la Fédération Éthique de l'Agglomération Grenobloise : espace de concertation autour de situations éthiques, pour les professionnels du domicile et du médico-social ne disposant pas de commission éthique en établissement
- ✓ **Enquête qualité annuelle auprès des professionnels :**
- Sur les 120 professionnels ayant répondu :
- 92% a évalué « utile » l'intervention de la plateforme dans la prise en charge de leur(s) patient(s).
 - 61% des professionnels s'est senti « aidé » dans la coordination des professionnels intervenants
 - 55% dans du conseil et de l'information.
 - 94% des répondants qualifie le délai d'intervention de la plateforme comme étant « rapide » (52% assez rapide et 42% très rapide).
 - 84% s'estime satisfait de l'intervention de la plateforme dont 50% très satisfait.

Bilan consolidé de l'activité d'appui à la coordination des parcours complexes, à l'échelle départementale

- **942 nouvelles inclusions en 2017, pour un total de 1 231 situations suivies à l'échelle départementale**, par 3 équipes territorialisées.
- Une participation systématique des Plateformes aux travaux **des Filières Gérontologiques des territoires**.
- Les Plateformes sont reconnues pour leur rôle d'animation de coopération territoriale, autour de projets structurants

Quelles observations majeures peut-on tirer des situations rencontrées par nos équipes et les professionnels de proximité ?

- Les situations mettent en avant des problématiques **liées aux coopérations entre professionnels de santé et à l'organisation du système de santé**
 - Permanence des enjeux liés au **décloisonnement des services de psychiatrie et des acteurs du domicile**
 - Ce décloisonnement est facilité par le travail des Equipes mobiles de psychiatrie (MPSA...), ainsi que la mise en œuvre des CLSM
 - Il est important qu'il puisse passer par une participation accrue des services de psychiatrie aux instances de concertation liées aux situations complexes, pour lesquelles un éclairage psychiatrie est facilitant
 - Les acteurs du domicile sont en demande d'un meilleur accès aux acteurs de la psychiatrie, dans une posture de ressource pour avis médical.
 - Certaines prises en charge complexes à domicile sont limitées du fait de leur **modalités de financement** (l'impossibilité financière pour un SSIAD d'assurer des soins infirmiers techniques, la limitation des plans d'aide)
 - La réduction du déplacement du médecin traitant à domicile est un frein à la prise en charge à domicile
 - Le nombre croissant de situations impliquant des problématiques de troubles cognitifs et/ou psychiatriques est accentué par la difficulté à définir ces **troubles cognitifs ou psychiatriques, et donc à mobiliser l'acteur compétent**
- Les situations rencontrées mettent également en avant des problématiques **liées aux usagers en santé**
 - Un nombre croissant de refus de soins des patients, mettant en difficulté les intervenants du domicile
 - De nombreuses situations sont rendus complexes par l'épuisement de l'aidant
 - Des acteurs du domicile (ou en institution EHPAD) sont de plus en plus mis en difficulté dans la prises en charge de personnes connaissant des troubles accrues du comportement, notamment lorsqu'elles ne relèvent pas de la gériatrie.

2. Soutien aux parcours de santé spécifiques en Isère

Le soutien à des parcours de santé spécifiques à une pathologie ou une population vise à proposer des actions ciblées en vue de fluidifier et optimiser ces parcours identifiés. Il peut s'agir d'apporter un appui aux situations complexes spécifiques à ces parcours, ou de structurer la prise en charge dans le cadre de parcours de santé protocolisés. Cette activité est mise en œuvre par des équipes de coordination spécifiques pouvant proposer :

- **Un appui aux professionnels et aux familles pour la coordination** des parcours
- **Une offre de soins spécifiques et complémentaires** dans le cadre du parcours de santé
- **Un soutien aux professionnels de santé** dans la prise en charge des parcours via notamment la formation afin de renforcer leur connaissance des pathologies concernées et l'organisation de la prise en charge coordonnée dans le territoire
- **Une animation des dynamiques territoriales de coopération** entre les acteurs impliqués dans la prise en charge de ces parcours dans le département, afin d'en optimiser l'organisation.

Sont ainsi ciblés les parcours liés :

- Au handicap de l'enfant et aux troubles du neuro-développement (ANAI5)
- A l'obésité pédiatrique (RéPPOP38)
- Aux hépatopathies chroniques (Prométhée)
- Aux maladies vasculaires (Granted)
- A l'Insuffisance cardiaque (RESIC38)

Le rayonnement de ces actions est départemental.

Handicap de l'enfant et Troubles du Neuro-développement : réseau ANAIS

Au sein de la Plateforme de Santé CPS, l'équipe d'ANAIS assure une activité d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours **complexes des troubles du neuro-développement (TND) de l'enfant en Isère**. Cette action vise à améliorer la prise en charge ambulatoire des enfants de moins de 18 ans, souffrant de handicap et de TND, et non pris en charge en structure, en appui aux professionnels de soins primaires, du secteur médico-social et sociale, et de l'éducation nationale.

- ✓ Territoire du Sud Isère et du Voironnais
- ✓ Equipe de coordination spécialisée de **2,3 Equivalent Temps Plein** (médecin, chargée de mission, assistante administrative) au sein de la Plateforme CPS-ANAIS.
- ✓ **Appui à la coordination des situations complexes :**
 - Sollicitation de la plateforme par la famille sur une orientation du médecin de l'enfant (pédiatre ou médecin généraliste) ou du professionnel paramédical ou du psychologue, pour un soutien dans la prise en charge du parcours de l'enfant. Le médecin coordonnateur reçoit les familles pour évaluer la situation, puis mettre en place un Plan Personnalisé de Santé concertée avec les acteurs du parcours et la famille. L'équipe se positionne ensuite en soutien des acteurs tout au long de la mise en œuvre du PPS.
 - 291 situations suivies, dont 76 nouvelles inclusions.
 - 75% de garçons
 - 334 professionnels ont participé à au moins une prise en charge parcours.
 - 50% des sollicitations du réseau proviennent des médecins traitants.
 - Coordination de situations spécifiques sur demande et/ou mandat de l'ARS.
- ✓ **Accompagnement des enfants et de leurs familles :**
 - Organisation de groupes thérapeutiques pour les enfants du réseau. : ces groupes permettent de travailler la sociabilisation pour une meilleure adaptation scolaire. Lors des séances sont proposés des situations ou des des support variés qui valorisent les compétences des enfants, et renforce l'estime de soi.
 - Organisation de groupes de fratries pour les frères et sœurs d'enfants en situation de handicap. : cet espace de parole permet à la fratrie et aux parent d'échanger et de se questionner sur l'intrusion du handicap dans l'équilibre familial.
 - Organisation de groupes de paroles pour les parents.
 - Participation à la Commission Communication avec les familles du Réseau Régional de Rééducation et de Réadaptation Pédiatrique en Rhône Alpes (R4P).
- ✓ **Actions de formation :**
 - Formations au dépistage du handicap des directeurs de crèches, personnels de crèche et assistantes maternelles du CCAS de Grenoble, en lien avec le CAMSP APF.
 - Formations des médecins généralistes en lien avec les dispositifs de formation continue des médecins.
 - Formations à la coordination des parcours dans le cadre du DU de Psychopathologie des Troubles des Apprentissages (Université Claude Bernard-Lyon) et dans le cadre du DIU « construction et coordination des parcours de santé » + accueil de stagiaires.
 - Participations à des colloques, séminaires, journées de formation :

- Journée Maladies Rares (Clermont-Ferrand).
- Séminaire R4P « Parent – Enfant – Professionnel : comment construire ensemble avec le handicap ? » (Lyon)
- Colloque « Le TDAH au quotidien » (Clermont-Ferrand).
- Actualités pédiatriques (Lyon).
- Journée « Enfant en situation de handicap : quelles ressources ? » (Voiron).

✓ **Animation territoriale :**

Le réseau promeut une dynamique d'acteurs sur le territoire pour améliorer la prise en charge du handicap chez l'enfant et notamment des troubles du neurodéveloppement :

- Déploiement d'une nouvelle offre pour les enfants porteurs de TSA (« **MTSA** » ANAIS) : Du fait des difficultés de structuration de la filière de soins pour les enfants porteurs de TSA en Isère, et à la demande des professionnels libéraux, le réseau ANAIS développe une ressource spécifique aux problématiques liées aux TSA, appelée « **MTSA** » (Multiples Troubles du Spectre de l'Autisme). Ce nouveau dispositif permettra de fédérer les professionnels libéraux intéressés par l'autisme et de développer une offre de formations à destination des professionnels d'une part (formations thématiques, soirées d'analyse de la pratique...) et à destination des parents d'autre part (aide aux aidants dédiée).

L'équipe du RéPPOP38 vise à renforcer le parcours de santé d'enfants en situation de surpoids et d'obésité en Isère, en proposant une offre de prise en charge coordonnée et globale, ainsi que des actions de prévention (présentées par ailleurs)

- ✓ **Cellule de coordination de 6 personnes (4 Equivalents Temps Plein)** composée d'un médecin coordinateur, d'une secrétaire, de deux diététiciennes, d'une psychologue et d'une éducatrice activités physiques adaptées.
- ✓ Territoire d'intervention départemental, avec l'objectif de mailler le territoire de professionnels de santé formés à la prise en charge de l'obésité pédiatrique.
- ✓ **Une offre de prise en charge globale et coordonnée**
 - L'équipe est sollicitée par une famille ou un professionnel pour bénéficier d'un soutien. L'inclusion de l'enfant dans le dispositif RéPPOP38 est réalisée directement par un médecin libéral adhérent au RéPPOP qui définit, en lien avec la cellule de coordination, un premier parcours de soins. Ce PPS sera réévalué à chaque consultation d'un professionnel, en fonction de l'évolution de la situation, et en concertation. L'action du réseau consiste également à constituer des équipes territoriales libérales pour assurer la prise en charge sur tout le département (11 des 13 territoires du département sont couverts).
 - **654 enfants suivis, dont 206 nouvelles inclusions.**
 - 985 sollicitations du réseau, dont 68% provenant de familles (soit 666) et 22% de professionnels libéraux (soit 221).
 - Âge moyen des enfants : 11 ans
 - 56% de filles
 - 15% d'enfants issus de familles bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU)
 - Deux types de prestations dérogatoires sont dispensées :
 - Un forfait de coordination pour les professionnels de santé libéraux, pour les temps passés en espace de concertation
 - La prise en charge de consultations non remboursées par la Sécurité Sociale pour les enfants (bilan médical d'inclusion, diététicienne, psychologue).
 - **285** professionnels (médecins diététiciens et psychologues) sont adhérents au Réseau, dont **147** ont été impliqués dans une prise en charge en 2017.
- ✓ **Accompagnement des enfants et de leurs familles**
 - **1756 accompagnements téléphoniques dispensés dans le cadre d'un** soutien motivationnel aux familles des enfants suivis dans le réseau
- ✓ **Soutien aux professionnels :**
 - Actions de formation : 19 temps de formation dont une formation initiale à la prise en charge de l'obésité pédiatrique pour les professionnels de santé libéraux : **27** professionnels.
 - Actions de concertation : Soirées de concertations territoriales pluri professionnelles autour de cas patients.

✓ **Animation territoriale des coopérations :**

- Participation aux diagnostics territoriaux et aux plans locaux de santé de différentes collectivités territoriales en Isère.

Insuffisance cardiaque : RESIC38

L'action du RESIC38 vise à l'optimisation de la prise en charge pluri-professionnelle du patient insuffisant cardiaque, notamment dans le cadre de son retour à domicile et afin d'éviter des hospitalisations répétitives. Dans cet objectif, le RESIC38 assure la coordination des intervenants au domicile, leur lien avec les services hospitaliers, ainsi qu'une activité d'éducation thérapeutique pour les patients (présentée par ailleurs)

- ✓ **Equipe de coordination de 5 personnes (pour 4 Equivalents Temps Plein)**, composée de deux médecins coordonnateurs, d'une secrétaire administrative, d'une cadre paramédicale et d'un infirmier d'éducation thérapeutique. L'action est départementale.
- ✓ **Coordination du maintien à domicile** : Les patients intègrent le réseau sur sollicitation d'un professionnel de santé extérieur. L'inclusion répond à des critères médicaux. A l'issue de l'inclusion du patient, l'équipe de coordination soutient la coordination des intervenants au domicile du patient, et facilite le lien entre les professionnels du domicile et l'hôpital (Fiche SAMU, permanence téléphonique...), ainsi qu'avec les professionnels médico-sociaux et sociaux. Le suivi est de longue durée, en moyenne 3 ans.
 - **433 patients suivis, dont 160 nouvelles inclusions en 2017**
 - La moyenne d'âge est de 79 ans dont 61 % d'hommes.
 - Parallèlement, l'équipe assure :
 - Une aide à la pratique des professionnels du 1er recours.
 - Un accompagnement à l'amélioration des pratiques et à la démarche qualité.
 - Le réseau a facilité 34 hospitalisations conventionnelles pour raison cardiaques sur 307 au total pour une moyenne de 13.8 jours et 24 hospitalisations en HDJ de cardiologie sur 212 au total. A ce titre, il constitue un vrai soutien aux professionnels de santé libéraux (expertise, conseil et facilitation d'hospitalisation)
 - Offre de soins complémentaires proposés dans le cadre du suivi pour les 160 patients inclus en 2017:
 - **81 prises en charge diététique** (bilans diététiques + consultations) pour **58 patients différents**.
 - **165 séances avec un psychologue pour 36 personnes différentes au total et 29 aidants**.
 - Le réseau a un rôle important de sensibilisation/formation des professionnels de soins primaires et d'éducation des patients à la surveillance des « signes d'alerte » de décompensation cardiaque.
- ✓ **Participation projet de télémédecine** :

IsèreADom® est intégré au projet Pascaline (TSN, territoire de soins numérique) de l'ARS ARA. L'objet du démonstrateur ISEREADOM, piloté par le Département de l'Isère, est de tester une organisation intégrée d'aides humaines et techniques afin d'éviter l'aggravation de la perte d'autonomie et les ruptures de prises en charge. Ainsi, Il complète le programme TSN par l'apport d'une solution innovante pour le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, en situation complexe ou non.
- ✓ **Offre de formations** :
 - **Une vingtaine de sessions de formation / sensibilisation et analyse de la pratique** sur la prise en charge de l'insuffisant cardiaque, pour les professionnels du territoire : **96 participants** cette année.

Maladies vasculaires : Crepval GRANTED



L'équipe de CREPVAL GRANTED vise à renforcer les parcours de santé des patients atteints de pathologies vasculaires via des actions d'éducation thérapeutique intégrées au parcours de soins. Elle constitue également une ressource pour les professionnels du territoire pour la prise en charge des maladies vasculaires et le développement d'action d'ETP.

- ✓ **Equipe de coordination de 9 personnes (4.3 Equivalents Temps Plein)**, composée de trois médecins-coordonnateurs, 4 infirmières ETP, une assistante de coordination et une secrétaire.
- ✓ **Soutien au parcours de santé** : les patients intègrent le réseau sur sollicitation d'un professionnel de santé pour bénéficier d'une offre d'éducation thérapeutique liée aux différentes pathologies vasculaires (maladie thrombo embolique veineuse, AVC, lymphoedème, pathologie cardiaque sous traitement anticoagulant). L'action d'ETP est coordonnée dans le cadre du parcours de santé avec les autres intervenants du parcours du patient.

Les situations complexes recensées peuvent donner lieu à une réorientation des patients vers les Plateformes de Coordination de Proximité du GCS MRSI.

- **En 2017, 90 situations ont nécessité une action de mise en lien des acteurs du parcours de soins, à l'échelle du département, sur une file active d'éducation thérapeutique de plus de 1194 patients** : lien avec les équipes du CHUGA, lien avec les professionnels de santé de proximité (IDE, pharmacien, médecin traitant), lien avec les professionnels du champ social.
- ✓ **Soutien aux professionnels et Animation territoriale** :
 - **Organisation de « Groupe d'Analyse de la Pratique », pour les professionnels de santé.** Ils prennent la forme de Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) autour de cas complexes identifiés par les protagonistes. Ils ont lieu tous les 4 mois, et sont valorisés « Développement Professionnel Continu » pour les professionnels libéraux. **98** personnes présentes sur les différentes sessions, ont participé à ces groupes en 2017, et **33 situations discutées.**
 - Participation à la Filière AVC, sur le territoire Sud Isère au sein du groupe de travail : « Amélioration de la prise en charge des AIT/AVC mineurs »
 - le réseau a été reconnu comme centre formateur à l'utilisation de dispositifs d'auto mesure de l'INR.

Hépatopathies chroniques : Prométhée

L'action de l'équipe Prométhée a pour objectif d'optimiser la prise en charge des patients atteints d'hépatopathies chroniques, à travers des activités de prévention, d'Education Thérapeutique (ETP) (présentées par ailleurs) et d'appui à la coordination des parcours complexes.

- ✓ **Equipe de coordination de 5 personnes (3.8 Equivalents Temps Plein)**, composée d'une directrice, d'une infirmière ETP, d'une psychologue, d'une chargée de prévention, et d'une secrétaire.
- ✓ **Coordination de parcours de santé** : Dans le cadre des parcours, le réseau Prométhée dispense une action d'éducation thérapeutique pour des patients souffrant d'hépatopathies chroniques, pris en charge et orientés par le CHU de Grenoble ou les soins ambulatoires. Ce sont **141** patients qui ont bénéficié d'un suivi dans ce cadre. Parallèlement sont également repérés les patients en situation complexe, notamment sur le plan de l'accès à un parcours de santé, pour lesquels un soutien à la coordination des acteurs et une orientation sont nécessaires. A ce titre, **41** situations complexes ont été traitées en 2017 sur le territoire du département, consistant dans :
 - Lien avec les équipes du CHUGA (IDE du CTH, IDE de transplantation, hépatogastroentérologue, psychiatre en charge de la transplantation, pharmacienne, interne du service).
 - Coopération avec les acteurs des filières de précarité et d'addictologie.
 - Interpellation des professionnels de santé de proximité (médecin traitant, psychiatre, CMP, IDE libérale).

Bilan de l'activité de coordination des parcours de santé spécifiques

- En résumé, en 2017 :
 - 945 enfants en « situations complexes » ont été suivis, dans le champ des troubles du neuro-développement ou de l'obésité pédiatrique
 - Concernant les adultes, pour une file active de patient suivis dans le champ des hépatopathies, des maladies vasculaires et de l'insuffisance cardiaque, 697 d'entre eux ont bénéficié d'une action de coordination de parcours, en parallèle du suivi d'éducation thérapeutique.
- Ces équipes dédiées à des parcours de santé spécifiques, développent toutes par ailleurs des actions de formation pour les professionnels de santé du territoire. Il s'agit ici de mettre en avant des formes diverses de soutien aux parcours de santé : offre d'éducation thérapeutique coordonnée, offre de prise en charge médicale coordonnée, faciliter les liens ville-hopital, favoriser l'accès à un parcours de santé pour les personnes précaires...
- L'action de ces équipes de coordination de parcours de santé spécifiques est valorisée à plusieurs titres par les professionnels extérieurs et les partenaires :
 - o Elles constituent un vaste champ de ressources à disposition des professionnels de santé du territoire pour les situations complexes et les prises en charge dans le cadre de pathologies fréquentes et très délétères
 - o Elles participent à l'animation de dynamiques territoriales entre acteurs, en particulier entre Ville et Hôpital
- Leur action est limitée par une série de difficultés :
 - o Dépendance à la démographie médicale en ambulatoire et aux ressources en santé dans les territoires (SSIAD, EHPAD, ...), à l'implantation et la dynamique des acteurs sociaux et médico-sociaux
 - o Le télescopage croissant avec les pathologies relevant du champ de la santé mentale, qui complexifient encore d'avantage les situations.

Quelles observations relatives à la réalité de la prise en charge de ces parcours de santé spécifiques ?

Concernant les parcours liés à l'« enfance »,

- **Apparaît ici un enjeu majeur autour du décloisonnement des prises en charge :**
 - Dans le cadre de l'augmentation de la **prévalence des troubles du neuro-développement** dans la thématique handicap de l'enfant, pour lesquels une approche et prise en charge globale sanitaire, médico-sociale, éducative est primordiale.
 - Dans le renforcement croissant des **composantes psycho-sociales et éducatives** comme déterminants de complexité des situations dans le cadre de l'obésité pédiatrique, où là aussi, il apparaît un enjeu majeure à articuler la prise en charge sanitaire, éducative, en lien parfois avec l'ASE.
 - En faveur d'une meilleure accessibilité à la **filière pédopsychiatrique, en terme d'accès aux soins et de disponibilité des professionnels de la psychiatrie pour leurs collègues ambulatoires dans le cadre d'avis médical.**
(
 - Le financement des prises en charge est lui aussi un enjeu de décloisonnement, pour permettre notamment des financements croisés

CPAM, MDPH dans certaines situations où cela n'est aujourd'hui pas possible.

- Parallèlement, les équipes dédiés aux « parcours enfance » constatent l'une et l'autre une augmentation croissante des demandes (en Savoie notamment, et de manière qualitative par les familles, dont on constate un réel épuisement à porter ces parcours)

Concernant les parcours de santé spécifiques « adultes »

- **Une prévalence croissante des troubles cognitifs dans les situations posent la question de la difficulté d'intervention en ETP**
- Les parcours liés aux hépatopathies se diversifient, avec un élargissement croissant **du champ des hépatopathies (NASH, : impliquant de nouvelles formes de prise en charge, notamment dans l'articulation ville-hopital, les acteurs de ville devant être confrontés de manière croissante à ces réalités.**

3. Education thérapeutique du patient (ETP)

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) a pour objectif d'aider les patients et leurs proches à acquérir et à maintenir les connaissances et compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, et ce dans le cadre de leur parcours de santé.

Le Pôle ETP du GCS MRSI a pour objectif de favoriser le développement de l'Education Thérapeutique dans le champ ambulatoire dans le Département de l'Isère. Dans le cadre particulier de la prise en charge des parcours complexes, cette activité vise à prévenir l'aggravation de la maladie, l'apparition de ses complications, et la complexification des situations.

Le Pôle ETP développe trois types d'action :

- **Mise en œuvre de 9 programmes ETP** autour de la maladie chronique pour les patients de l'Isère
- **Formation des professionnels de soins primaires à l'ETP**
- **Appui méthodologique à la mise en œuvre de programmes ETP en ambulatoire**, via un accompagnement de professionnels en exercice regroupé (MSP, Pôle de Santé, cabinet de groupe) à l'élaboration et au développement de programmes ETP sur des thématiques de santé publique prégnantes dans leur territoire.

Le Pôle ETP est composé de 19 personnes issues de 4 équipes (médecins, IDE, chargée de projet, secrétaires) 10.5 Equivalents Temps Plein.

Elaboration et mise en œuvre de programmes d'Education Thérapeutique

Neuf programmes ETP sont déployés par le GCS MRSI sur le territoire de l'Isère, dans des champs diverses, par les équipes des réseaux Granted-Crepval (pathologies vasculaires), RESIC 38 (insuffisance cardiaque), Prométhée (pathologie hépatites), et de la Plateforme de santé du Voironnais (PSV – plateforme de coordination de proximité) (détails des programmes ci-dessous) :
nom du programme, objectif annuel de patient inclus, nom du réseau déployant le programme

- "Vivre avec un lymphœdème" (30 patients), *Granted*
- "Vivre après un AVC" (50 patients), *Granted*
- "En marche ! Mieux comprendre et mieux vivre sa maladie artérielle" (60 patients), *Granted*
- "Bien gérer ma thérapie orale au quotidien" (15 patients), *Granted*
- "Mes artères et ma santé" (30 patients), *Granted*
- "Les traitements anticoagulants au quotidien" (600 patients), *Granted*
- "ETP et hépatopathies chroniques" (100 patients), *Prométhée*
- "Vivre au mieux avec son insuffisance cardiaque" (150 patients), *Resic38*
- "ETP du diabétique de type 2 en Voironnais" (30 patients), *Plateforme santé du voironnais*.

Au total **1 033 patients ont bénéficié d'un bilan éducatif initial, et 462 ont achevé un programme d'ETP complet** (1 Bilan Educatif Partagé, des séances éducatives, 1 synthèse finale).

L'intégration d'un patient à l'un de ces programmes se fait en lien avec le médecin traitant du patient et son équipe médicale. Tout au long du parcours du patient au sein du programme, ce lien est maintenu, garantissant une cohérence avec le parcours de santé du patient.

Formation des professionnels à l'Education Thérapeutique

En tant qu'organisme de formation déclaré auprès de la DIRECCTE et enregistré par l'Agence Nationale du DPC, le GCS MRSI propose la Formation ETP niveau 1 de 40 heures.

En 2017, **2 sessions de formation ont été réalisées pour un total de 27 professionnels** de santé formés.

D'autres programmes de formation plus courts ont également été proposés :

- Formations pour la coordination de programme ETP, les 17 et 18 octobre 2017.

Dynamique de l'activité d'éducation thérapeutique

✓ **Un centre ressource ETP en ambulatoire :**

- Le Pôle ETP du GCS MRSI joue un rôle ressource pour la pratique de l'éducation thérapeutique en ambulatoire en Isère, par divers moyens : les programmes ETP déployés aujourd'hui par le Pôle ETP MRSI sont mis en œuvre par les salariés de la MRSI, ainsi que par des professionnels de santé libéraux, rémunérés ensuite sous forme « d'honoraires spécifiques ». Il est ainsi à noter **que nos programmes constituent pour ces professionnels de santé libéraux isolés (non en exercice regroupé) un moyen unique de pratiquer l'ETP de manière structurée**. Nous avons constitué aujourd'hui un véritable **réseau de professionnels libéraux**, que nous avons formés à l'ETP (40H), et à qui nous proposons d'intervenir dans les programmes de la MRSI.
- Nous continuons aujourd'hui à être interpellés par des professionnels de santé libéraux en exercice regroupé pour les soutenir dans l'élaboration de programmes ETP dans les territoires (Pôle de Santé de Lans-en-Vercors, Pôle de Santé de Moirans en 2016). Cet appui méthodologique demande un réel investissement pour nos équipes.

✓ **L'innovation dans notre pratique de l'Education Thérapeutique :**

A plusieurs titres, les actions de notre Pôle encouragent la coopération des professionnels de santé (ambulatoire-hospitalier, inter-établissements...) dans leur pratique ETP dans un premier temps, mais par voie de conséquence dans leur pratique globale :

- Favoriser les mutualisations et échanges entre professionnels intervenant dans nos différents programmes, sur 4 champs précis : les bilans éducatifs, la communication, les ateliers transversaux et l'évaluation des programmes. Nous avons abouti à la mise en œuvre de format de BEP unique, tirant le meilleur parti des formats de chaque équipe, et de critères d'évaluation partagés (questionnaire de satisfaction, accessibilité au public précaire...), pour renforcer encore la qualité de nos programmes.

- Mise en place d'ateliers collectifs inter-programmes, réunissant des patients atteints d'insuffisance cardiaque, diabète, maladies vasculaires, hépatopathies, ciblés sur les compétences psychosociales (changement de comportement en santé, évolution des modes de vie, conduites à risque - tabac, alcool ; thérapeutiques non médicamenteuses – APA, Diététique, Psychologie...).
- Vigilance à inscrire nos programmes dans un parcours de santé plus large. A titre d'exemple, le programme « mieux vivre après un AVC » est partie intégrante de la filière AVC sur Grenoble. Nous réorientons également les patients en fin de programme vers la Plateforme Prescri'bouge (Sport/santé), afin de les encourager à l'activité physique adaptée. Enfin, nous réfléchissons à un partenariat avec les infirmières ASALEE en Isère.
- Impliquer les patients de manière croissante dans la vie de nos programmes, via la participation de patients-experts ou ressources à l'élaboration des programmes, à l'animation de séances. Nous sommes en lien avec les associations de patients (SOS Hépatites) pour diffuser les pratiques ETP dans la population. Nous intégrons gratuitement à chaque session un ou deux patients à la formation ETP 40H.

4. Actions de prévention des parcours complexes et de promotion de la santé

La promotion de la santé vise à développer des actions ayant un impact sur les déterminants des problèmes de santé, afin d'en éviter la survenue, de stopper leur progression, ou d'en limiter les conséquences. Elle vise à donner aux individus davantage de moyens d'action sur les déterminants de leur santé. Dans le cadre des parcours de santé complexes, **l'action du GCS MRSI vise à empêcher l'apparition ou l'aggravation des facteurs de complexité des parcours dans le champ de deux thématiques prioritaires de santé publique : l'obésité pédiatrique, et les hépatopathies.**

Prévention de l'obésité pédiatrique

La prévention de l'obésité pédiatrique par l'équipe du RéPPOP38 sur le territoire de l'Isère passe par deux biais :

- Le dépistage précoce et le repérage des populations à risque
- Le développement de programmes d'activités physiques adaptées pour les patients à risque

1) Dépistage précoce et repérage

Le RéPPOP38 organise des temps de sensibilisation et de formation au repérage de l'obésité pédiatrique, auprès des professionnels de santé du territoire : PMI, Santé scolaire, professionnels libéraux adhérents, Aide Sociale à l'Enfance. **81 professionnels ont été sensibilisés en 2017.**

2) Actions de Prévention primaire

- Actions d'information Grand Public sur l'obésité de l'enfant dans le cadre de forums (ex : Forum Santé Ville de Fontaine, la Tour du Pin...)
- Développement de programmes de prévention de l'obésité dans le cadre de partenariats locaux et des **appels à projets PACAP** (Petite Enfance Alimentation Corpulence Activités Physiques) de l'ARS sur la région :
 - o Projet PACAP Communauté de Communes de Saint Marcellin : co-pilotage du projet, temps de sensibilisation
 - o Projet PACAP ASV Echirrolles
 - o Projet PACAP Pôle de Santé de la Sure : soutien au pilotage

- Le projet « **Boug'Pop** » vise à diffuser et étoffer une **offre plurielle d'activités physiques adaptées à un jeune public en situation d'obésité, sur l'ensemble des territoires de l'Isère, articulée avec le sport tout public**, et favorisant l'innovation dans les pratiques pour les acteurs du sport et du sport adapté. L'équipe RÉPPOP38 se positionne en soutien des acteurs du sport pour les accompagner dans le déploiement d'une offre adaptée et accessible aux enfants. Afin de pallier aux difficultés d'accès financière à cette offre d'APA, le RÉPPOP38 bénéficie de financements « politique de la ville » permettant de prendre en charge une partie des frais d'inscriptions, pour limiter la participation des familles à 15€ par trimestre.

Prévention des hépatopathies

L'action promue par l'équipe de Prométhée-Alpes-Réseau, en faveur de la prévention des hépatopathies, a pour objet la réduction de la transmission des virus de l'hépatite B et C, et le renforcement du dépistage dans les départements de l'Arc Alpin (Isère, Savoie, Haute-Savoie). Cette action rentre dans le cadre d'un financement spécifique par CPOM avec l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pour 3 ans, de 2016 à 2018. Deux chargées de prévention développent cette action.

Elle se traduit par :

- Des actions collectives de prévention et d'incitation au dépistage des hépatites, auprès du public,
- L'organisation et l'animation de rencontres/formations pour les professionnels à la thématique des hépatites virales,
- La création et la mise à disposition d'outils et de référentiels pour le public et les professionnels.

1) Actions collectives et dépistage

- **En 2017, 24 séances de sensibilisation auprès d'un public** en situation de précarité et/ou population migrante, au sein de structures d'accueil : **343** personnes touchées
- **Organisation des Journées des Hépatites du 15 mai au 2 juin 2017, sur l'ensemble de l'Arc Alpin** : 10 actions en Isère, 2 en Savoie et 4 en Haute-Savoie.
 - o **316** personnes dépistées, dont 106 par TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostic).
 - o 60 laboratoires d'analyses biologiques en Isère étaient partenaires de cet évènement.
 - o 12 lieux de stands de prévention : 533 personnes sensibilisées.
 - o Un réseau de partenaires divers.
- **10 stands d'information et de prévention lors d'évènements publics**, 532 personnes sensibilisées.
- **Mise à disposition et distribution d'outils de Réduction des Risques** (Brochure Migrants disponibles en 22 langues, préservatifs, roule ta paille...)
- Convention et financement avec la CPAM de l'Isère pour l'offre de dépistage par TROD, 158 TROD réalisés dans ce cadre en 2017.

Au total 1408 personnes ont été touchées par des actions de sensibilisation.

2) Sensibilisation et Formation des professionnels

- 141 professionnels sensibilisés et/ formés, travaillant en lien avec des publics exposés en structures.
- 31 professionnels de santé formés à l'utilisation des TROD.

Au total, ce sont **171 professionnels qui sont aujourd'hui en mesure et susceptibles de relayer les messages de prévention** auprès des publics.

Bilan de l'activité de prévention et de promotion de la santé

Les activités de prévention des équipes de la MRSI se destinent ainsi directement à des publics « risques » ou « exposés », mais également aux professionnels en santé du territoire et aux acteurs des collectivités et des structures médico-sociales et sociales, afin d'assurer un relais des messages de prévention. Les équipes du RéPPOP38 et de Prométhée sont aujourd'hui identifiées comme ressources pour les acteurs en santé du territoire, sur leurs thématiques d'expertise.

Assurer cette couverture territoriale (le département pour le RéPPOP38, l'Arc Alpin pour Prométhée) est un défi ambitieux, qui nécessite une présence accrue sur les territoires et le déploiement des partenariats locaux.

5. Autres activités hors projet de santé

Historiquement, le GCS MRSI regroupe deux autres réseaux de santé dont l'activité est particulière.

Le réseau *APIC*, dont le déploiement est régional et l'activité orientée sur la prise en charge psychologique, évolue en marge de l'actualisation du projet de santé du GCS MRSI et vers une gestion de ses missions par un autre organisme.

Le GCS MRSI assure également une mission de gestion administrative et financière pour le réseau de périnatalité Naitre et Devenir, sans interaction concernant la nature de son projet du fait d'un cahier des charges spécifique auprès de l'ARS.

- [APIC : soutien psychologique en lien avec les maladies neurodégénératives rares](#)

Le réseau a pour but de proposer un accompagnement psychologique séquentiel, individuel et/ou collectif aux personnes atteintes de maladies neuro dégénératives ou neuromusculaires rares, leurs aidants naturels et leurs aidants professionnels. Le territoire d'intervention est régional (ex Rhône-Alpes).

Le réseau développe, par ailleurs, un rôle d'observatoire de santé publique sur Rhône Alpes. Il permet de rapporter les demandes et les besoins en accompagnement psychologique dans les territoires de santé.

L'activité est déployée par une équipe de 3 personnes (2 psychologues coordinateurs, 1 secrétaire pour 1,4 Equivalent Temps Plein).

- 201 demandes de prises en charge individuelles.
- Une file active de 165 patients, dont 63 nouvelles inclusions en 2017
- Moyenne d'âge des patients : 47 ans
- File active moyenne du réseau : 51 patients par mois.
- L'équipe s'appuie sur 171 professionnels adhérents dont 155 psychologues.
- Organisation du colloque « handicap et sexualité » 17/03/2017 à Lyon : 153 personnes présentes, dont 60 étudiants.
- Deux enquêtes de satisfaction ont été réalisées en 2017 :
 - Enquête de satisfaction des professionnels du réseau.
146 professionnels enquêtés : 33 répondants. 96.7% des professionnels estime satisfaisante la qualité du travail au sein d'APIC. 74.2% des professionnels a le sentiment « de travailler en réseau ». 96.7% juge que l'orientation qui leur a été faite, était en adéquation avec ses compétences.
 - Enquête de satisfaction des usagers du réseau. Les familles répondent pour les mineurs ou lorsque les patients connaissent des troubles cognitifs trop importants pour pouvoir répondre. 52.5% des patients juge l'accueil « excellent » et 37.5% « très bon ». 86.4% des patients s'estime satisfait de la prise en charge APIC (45.9% « très satisfait » et 40.5% « satisfait »).

Une réflexion est aujourd'hui en cours pour transférer le portage du dispositif par le CISS-AURA, en lien avec l'ARS.

- [Naitre et Devenir : suivi des enfants prématurés](#)

Consulter le rapport d'activité directement auprès du réseau.

CONCLUSION GENERALE

Les activités déployées par les équipes du GCS MRSI en 2017 visent à **favoriser la mise en œuvre de réponses coordonnées, pluridisciplinaires, accessibles et décloisonnées aux parcours de santé complexes** en faveur du retour et du maintien à domicile **dans le Département de l'Isère**, hors Isère rhodanienne :

- En facilitant la coordination entre acteurs de la ville et de l'hôpital et entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, tant sur le plan des situations individuelles que de l'organisation territoriale et de la concertation pour leur prise en charge
- En encourageant une prise en charge globale et pluri-professionnelle par tous les acteurs du territoire
- En formant les professionnels de santé à mieux identifier et appréhender ces parcours
- En accompagnant les usagers à mieux vivre avec leur maladie chronique et à prévenir la complexification des situations
- En développant des actions de prévention visant à empêcher l'apparition et/ou l'aggravation de déterminants de complexité des parcours
- En favorisant les coopérations territoriales entre acteurs pour encourager les réponses coordonnées aux parcours de santé complexes dans un esprit de décloisonnement
- En soutenant méthodologiquement les acteurs de soins primaires, dans le déploiement de leur projet de santé : coordination et ses outils, formation, ETP...

La ligne directrice de cette année 2017 a été de renforcer encore l'accessibilité et la professionnalisation de nos services, comme en témoigne le regroupement de nos activités d'appui à la coordination des situations complexes au sein d'une Plateforme de Santé à déploiement départemental ; ou la mise en synergie des équipes du Pôle Education Thérapeutique du Patient pour innover et renforcer l'ETP sur le territoire.

C'est également via un investissement régional au sein de l'Union Régionale des Réseaux de Santé Auvergne Rhône-Alpes (URS AURA) et national auprès de l'UNR.Santé (Union Nationale de Réseaux de Santé), dont nous assumons les présidences, que le GCS MRSI a cherché à valoriser l'action des réseaux de santé. Aujourd'hui, qu'il soit question d'appui aux parcours de santé complexes, ou de parcours de santé spécifiques pour lesquels les enjeux sont croissants (risques cardio-vasculaires, obésité, autisme, hépatopathies), les acteurs du GCS MRSI sont identifiés par les autorités sanitaires et les professionnels de la santé pour porter ces enjeux et participer à l'amélioration de ces parcours.

Cette reconnaissance est d'autant plus essentielle que la dynamique de convergence des dispositifs de coordination de parcours est enclenchée par les acteurs gouvernementaux et régionaux (Stratégie Nationale de Santé, et Plan Régional de Santé), dans l'objectif d'articuler et rendre lisible le travail des réseaux de santé, des MAIA, des CLICS, des PAERPA... Dans cette dynamique, que le GCS MRSI soutient, il sera primordiale de faire valoir et de consolider le travail collaboratif et interdisciplinaire des acteurs en santé aux services des personnes dont les parcours de santé sont complexes. C'est là notre leitmotiv et unique objectif, pour garantir au plus grand nombre l'accès au système de santé. Les membres de l'Assemblée Générale du GCS MRSI l'ont réaffirmé, le 29 mai dernier.