

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

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

NOR : AFSP1605921A

Publics concernés : associations d'usagers et autres structures susceptibles de mettre en œuvre des projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé.

Objet : ce texte fixe le cahier des charges national relatif à l'expérimentation des projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé, mentionné à l'article 92 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Entrée en vigueur : le présent arrêté entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : cet arrêté a pour objet de fixer le cahier des charges des expérimentations des projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé. Le 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 pilotes.

Références : cet arrêté peut être consulté sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

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 Conférence nationale de santé du 28 janvier 2016,

Arrête :

Art. 1^{er}. – 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.

Art. 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.

Fait le 17 mars 2016.

MARISOL TOURAINE

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 exposés 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 constituant 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'utilisateur 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 coordonnatrice 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 réplique 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/communiqués,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.

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