

**Evaluation
de politique de santé**

**EVALUATION FINALE DU PROJET REGIONAL DE
SANTÉ DES PAYS DE LA LOIRE 2012-2016**

Rapport final

Catherine OGE

Dr Jean-Paul BOULE
Xavier BRUN

Odile DUBOIS
Claude PICHON

**Direction de l'Efficienc e de l'Offre
Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs**

DECEMBRE 2016

AVERTISSEMENT

Depuis sa création, l'Agence Régionale de Santé apporte une attention particulière à l'évaluation de l'impact des dispositifs et politiques régionales de santé mises en œuvre.

Le Département d'Evaluation des Politiques de Santé de la Direction de l'Efficiencia de l'Offre porte les travaux conduits au niveau régional, dont l'évaluation finale du PRS 2012-2016.

Les recommandations formulées dans le présent rapport d'évaluation n'engagent pas la Direction Générale de l'ARS qui arrêtera ses orientations après échange avec les acteurs.

Vous en souhaitant bonne lecture.

Cécile COURREGES
Directrice Générale

SYNTHESE DE L'EVALUATION

CONTEXTE DE L'EVALUATION

L'évaluation du Projet Régional de Santé (PRS) s'inscrit dans un contexte réglementaire rendant cette approche obligatoire pour tous les PRS. L'ARS Pays de la Loire s'est engagée dès sa création dans une démarche d'évaluation de sa politique régionale de santé tout au long de sa mise en œuvre. Entré en application depuis le 9 mars 2012, le PRS 2012-2016 prévoyait l'évaluation de ses résultats. Son évaluation finale doit rendre compte des changements générés par sa mise en œuvre et documenter les freins et les leviers rencontrés. Ses résultats sont destinés à être intégrés dans un ensemble de productions qui alimenteront l'élaboration du futur PRS 2018-2022.

Dès son élaboration en 2012, cinq questions évaluatives du PRS avaient été définies. Revisitées à la marge en 2016, elles ont constitué le questionnement de son évaluation finale.

ÉLÉMENTS DE METHODOLOGIE

L'évaluation s'est déroulée de janvier à décembre 2016.

Au sein de l'ARS, le Comité de Direction (CODIR) réuni en CODIR PRS et un Comité de Pilotage (COFIL) PRS ARS/CRSA ont été constitués, commun à l'évaluation du PRS 2012-2016 et à la construction du PRS 2018-2022. Un Comité de suivi restreint composé de membres de la CRSA et de l'ARS a également été mis en place pour superviser les travaux concernant plus spécifiquement la participation des usagers et leur perception sur le système de santé.

L'évaluation comporte plusieurs phases :

- la phase de cadrage et d'élaboration du référentiel ;
- la phase d'investigations diversifiées qui inclut une analyse croisée des données permettant d'aboutir aux constats et jugements ;
- la phase d'élaboration des constats et jugements ;
- la phase d'élaboration des recommandations construites à partir des jugements ;
- la phase de restitution des résultats.

Le rapport final regroupe l'ensemble des éléments étudiés en parallèle par les trois équipes d'évaluation.

Les cinq questions évaluatives ont été retravaillées en sous-questions et critères par le COFIL PRS le 5 février 2016.

L'évaluation a été articulée autour de 3 grands axes :

- le processus PRS, dont l'évaluation a été confiée au cabinet Planète Publique, piloté par le département évaluation de l'ARS (Q1 à Q3), pour des raisons de distanciation ;

- les réalisations et les effets du PRS, dont l'évaluation a été réalisée par le département Evaluation de l'ARS (intégrant une enquête de type DELPHI réalisée par le cabinet Acsantis pour la partie relative aux résultats du PRS en termes d'inégalités sociales de santé). L'évaluation a été circonscrite à 4 champs faisant écho à la logique de parcours : le décloisonnement, la prévention, l'organisation du premier recours et son articulation avec les soins spécialisés et la vie en milieu ordinaire. (Q4-Q5). Deux dimensions transversales ont été examinées par ailleurs : la territorialisation et la réduction des inégalités sociales de santé ;
- la participation individuelle et collective et la perception des usagers sur le système de santé, dont l'évaluation a été confiée au cabinet Cemka-Eval, en co-pilotage CRSA/ Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers / département Evaluation de l'ARS (Q5.3).

PRINCIPALES CONCLUSIONS ET REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES

QUESTION 1(Q1) : LE PRS A – T – IL CONSTITUE UN OUTIL DE CADRAGE DE LA POLITIQUE DE SANTE EN PAYS DE LA LOIRE A LA FOIS COHERENT, CLAIR ET ADAPTE AU CONTEXTE ET A SON EVOLUTION ?

Le PRS a constitué un outil de cadrage initial fort, qui a peiné à se déployer dans la durée, mais qui fait aujourd'hui l'objet d'une acculturation sur ses concepts fondamentaux

Un effort important a été accompli au moment de l'élaboration du Projet régional de santé, pour faire de ce dernier un outil de cadrage initial fort de la politique de l'ARS. Cet effort a porté sur le contenu même de la politique régionale formalisée dans le Projet, mais également sur la forme du document, ainsi que sur les processus de travail mis en œuvre pour structurer la stratégie.

Cette démarche a ainsi favorisé la création d'un cadre de référence, structuré en orientations stratégiques, objectifs et actions, et décliné à l'échelle départementale. Ce résultat est d'autant plus notable que l'approche a été conduite dans un contexte de naissance de l'ARS, créant un environnement totalement nouveau et rendant la mobilisation difficile. Il convient également de rappeler la brièveté des délais pour conduire cette réflexion stratégique.

Ces conditions initiales favorables ne se sont cependant pas perpétuées lors de la mise en œuvre du PRS. En effet, la démarche n'a pas été cadrée dans la durée et n'a pas permis de conserver l'élan initial, pour le déploiement du PRS.

Dès l'année qui a suivi la sortie du PRS, un processus spécifique de ciblage des actions à conduire s'est mis en place, qui n'a pas été articulé *a priori* avec les objectifs du PRS et n'a donc pas permis vraiment d'en déployer la logique stratégique. Ce processus a reposé sur la formalisation de domaines d'action prioritaires et de feuilles de routes annuelles, à vocation populationnelle, thématique ou territoriale ; l'ensemble de ces documents a constitué une sorte de « PRS bis ».

Le « PRS bis », reformulé chaque année, pose des questions d'homogénéité, en l'absence de méthodologie et de processus partagé pour l'élaborer. Mélangeant des *activités* quotidiennes des services et des *actions* liées

au PRS, il n'a pas été perçu comme déclinant naturellement ce dernier et n'a pas non plus constitué un outil de management des services, fédérant l'action de l'ARS.

Malgré cette faiblesse d'ingénierie dans la mise en œuvre opérationnelle de la stratégie initiale, deux éléments constitutifs de la vision du PRS semblent aujourd'hui « passés dans les mœurs » sur le plan des idées, alors que cela n'avait rien de naturel il y a cinq ans : l'idée d'un PRS légitime à porter une vision régionale commune, qui ne soit pas la simple juxtaposition de visions sectorielles ; le concept de transversalité, compris aujourd'hui comme le message fondamental du PRS, et s'illustrant notamment dans les trois grandes orientations stratégiques décloisonnées du document.

L'« infusion » de ces enjeux dans la durée, auprès de l'ARS, explique que, malgré l'absence d'articulation formelle précise entre le PRS d'origine et le « PRS bis », une cohérence de fait ait émergé, attestant d'une diffusion des orientations de la démarche d'origine.

QUESTION 2 (Q2) : LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DU PRS ONT-ELLES ÉTÉ PROPICES À L'ATTEINTE DES OBJECTIFS ?

Les conditions managériales de mise en œuvre du PRS n'ont pas été propices à l'atteinte des objectifs du PRS

Plusieurs évolutions du contexte dans lequel s'est déployé le PRS ont touché la mise en place des actions : évolutions liées aux politiques nationales ou à des faits d'actualité, restrictions budgétaires, changement de direction générale. Mais ces différents éléments se sont révélés mineurs au regard de la « révolution » initiale constituée par la création de l'ARS et l'élaboration du PRS, et n'ont pas remis en cause la capacité de l'Agence à mettre en œuvre le PRS et ses actions. Il n'y a pas eu de conditions externes franchement défavorables au déploiement du PRS, même si les restrictions budgétaires et les nouveaux dispositifs nationaux ont pu impacter l'action de l'ARS.

Les difficultés de mise en œuvre du PRS sont davantage à imputer à des questions de management interne qu'à des problématiques d'évolution défavorable du contexte.

Un premier processus a été insuffisamment décliné, celui de l'ingénierie du changement permettant de mettre en place le PRS après son adoption (le *contenu du changement* → « *le hard* »). La démarche de déclinaison stratégique du PRS n'a pas reposé sur une ingénierie structurée, mais s'est construite de manière pragmatique, en changeant d'une année à l'autre. Le pilotage du PRS n'a pas été clairement identifié et la gouvernance n'est pas apparue comme claire et pertinente. Le PRS a également rencontré des difficultés d'animation liées à une culture managériale faible et des cultures professionnelles très diverses. Enfin, des outils de suivi et de pilotage « artisanaux » ont été remplacés par un outil logique dans sa structuration, mais complexe d'utilisation (Sevalpro).

Le deuxième processus d'accompagnement au changement permettant de s'adapter à un contexte totalement modifié (la *conduite du changement* → « *le soft* ») a également insuffisamment favorisé l'appropriation du PRS par les agents. Quelques outils ont été mis à disposition pour favoriser l'appropriation du PRS par les agents, notamment en matière de communication, mais les agents n'ont pas été accompagnés par des démarches d'échanges ou de formation autour du PRS.

Le déploiement d'une fonction évaluation de qualité a contribué à corriger la situation relevée ci-dessus, sur des approches populationnelles, en permettant d'aboutir à des recommandations et des plans d'actions. Mais les travaux d'évaluation alimentent plutôt l'ajustement stratégique des actions (le « PRS bis ») que le contenu du PRS d'origine. Si les évaluations nourrissent les plans d'actions, ainsi que la capitalisation de connaissances et la réflexion sur la doctrine, elles ne sont pas conçues pour ajuster la stratégie du PRS d'origine : les principes de transversalité et de coordination des acteurs sont en filigrane dans l'ensemble des évaluations, mais ils ne sont pas évalués plus globalement en tant que tels ; les processus de mise en œuvre et de pilotage ne font pas l'objet d'évaluations intermédiaires ; les grands concepts (proximité, décroisement, territorialisation, maîtrise des risques, etc.) ne sont pas abordés en tant que tels.

QUESTION 3 (Q3) : LE PRS A-T-IL ETE UN OUTIL DE MOBILISATION DES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET DE TERRAIN EN PAYS DE LA LOIRE AUTOUR DES ENJEUX ET DES OBJECTIFS ?

Le PRS a aidé l'ARS à se positionner comme acteur de référence de la politique régionale de santé

Les acteurs rencontrés indiquent connaître les grands enjeux du PRS, mais n'en connaissent pas le détail. Le PRS n'apparaît globalement pas comme un document de référence pour structurer le positionnement de chacun. Si les acteurs peuvent connaître les orientations stratégiques, ils identifient mal les objectifs et encore moins les actions, et se réfèrent rarement au document PRS.

La déclinaison opérationnelle et le suivi du PRS ne mobilisent pas vraiment les acteurs externes qui ont davantage été impliqués dans la phase de construction, en particulier pour les membres des instances de démocratie sanitaire. Les Commissions de Coordination des Politiques Publiques (CCPP) n'ont pas constitué un relais externe de coordination autour du PRS. Les mises à jour du PRS ont reposé sur des procédures plutôt formelles. Les acteurs locaux et de terrain indiquent ne pas avoir été impliqués dans le processus de déclinaison du PRS en Programme Territorial de Santé (PTS).

Cependant, lorsqu'ils les connaissent, les acteurs adhèrent fortement aux orientations du PRS, même s'ils jugent ces orientations très générales et consensuelles, et les considèrent comme relevant plus de principes généraux que d'objectifs précis.

Une très grande majorité des acteurs rencontrés considère que les objectifs du PRS sont pertinents pour le territoire. Seule la transversalité qu'il porte est en revanche moins identifiée, les acteurs se référant pour beaucoup aux schémas et aux programmes, en fonction de ce qui les concerne.

En dehors de quelques partenariats privilégiés, les acteurs institutionnels font peu apparaître les mises en cohérence des stratégies portées par chacun et les CCPP ne sont pas utilisées pour cela. Mais, le positionnement de l'ARS pour définir une vision et une stratégie pour la région est compris et perçu comme légitime pour les acteurs rencontrés, notamment pour les collectivités.

Des opportunités existent cependant et sont saisies pour renforcer la mise en cohérence des actions des différents acteurs. Ainsi, les acteurs associatifs et les établissements sanitaires et médico-sociaux se réfèrent plus directement au PRS, pour répondre à des appels à projets par exemple ou dans le cadre d'une contractualisation.

QUESTION 4 (Q4) : DANS QUELLE MESURE LES REALISATIONS PREVUES DANS LE PRS ONT-ELLES ETE MISES EN ŒUVRE PAR L'ARS EN TERMES DE CHANGEMENT DANS L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE ET DE QUALITE DE LA REPONSE EN SANTE ?

QUESTION 5 (Q5) : LA MISE EN ŒUVRE DU PRS PAR L'ARS A-T-ELLE PRODUIT DES EFFETS SUR L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE ET LA QUALITE DE LA REPONSE EN SANTE, SUR L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION ET SUR LA PERCEPTION DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE PAR LA POPULATION ?

Dans un souci de lisibilité, les réalisations et effets sont ici présentés sous chacun des thèmes et dimensions transversales étudiées.

Le décloisonnement des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux

La pluralité des leviers mis en œuvre par l'ARS pour inciter au décloisonnement des acteurs a porté ses fruits en termes de représentation, mais pas encore modifié massivement les pratiques en la matière dans tous les champs.

L'interconnaissance entre acteurs

Encouragée et accompagnée par l'ARS à travers une diversité de leviers, l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs est encore perfectible, et variable selon les types d'acteurs.

L'échange d'informations entre acteurs

On discerne une augmentation des échanges d'information entre acteurs concernant les usagers, même si la mise en place de systèmes d'information interopérables, qui a concentré l'essentiel des efforts de l'ARS dans le domaine de l'échange d'information entre acteurs, est largement inachevée.

La coordination et l'intégration des acteurs

En dépit de niveaux de réalisation inégaux, et notamment d'une formalisation des coordinations et intégrations qui n'a concerné que le secteur des personnes âgées, la dimension « travailler ensemble entre acteurs » a irrigué les différents champs de l'ARS, modifiant les représentations des acteurs à défaut de susciter à proportion des réalisations concrètes.

Le renforcement de la prévention

L'ARS s'est appuyée à la fois sur le PRS et sur divers leviers partenariaux à sa disposition pour renforcer la prévention, en privilégiant certaines thématiques prioritaires et en innovant sur des modalités d'action : davantage d'acteurs font davantage de prévention, certes avec des investissements variables, mais l'impact sur les déterminants de santé et sur les comportements est encore peu visible.

La prévention par tous les acteurs

L'ARS a mené des actions visant à développer les activités de prévention chez l'ensemble des acteurs, et à améliorer la qualité et la pertinence des interventions, mais si leur portage par les acteurs non spécialisés s'est développé, il est variable selon les acteurs, pas toujours imputé à l'action de l'ARS et n'a pas produit d'impact sur les données de santé des 5 domaines prioritaires identifiés par l'ARS.

L'autonomisation des usagers

L'éducation thérapeutique du patient s'est davantage développée dans les établissements sanitaires qu'en premier recours, et si elle touche de plus en plus de personnes, le nombre de patients bénéficiaires reste faible par rapport au public requérant, notamment chez les personnes en grande vulnérabilité. S'agissant des dispositifs d'annonce, la maturité insuffisante des neuf dispositifs expérimentaux créés, telle qu'elle est ressorti de leur évaluation, n'a pas permis d'en envisager la généralisation.

L'action sur les déterminants environnementaux de la santé

L'action de l'ARS dans le cadre partenarial d'un plan régional santé environnement (PRSE 2) a favorisé la structuration d'une politique régionale en matière d'eau potable, mais les résultats très positifs obtenus en matière de qualité de l'eau et de protection des captages sont l'aboutissement d'une politique de contrôle et de suivi menée dès avant la création de l'ARS.

L'ARS a contribué à structurer régionalement une politique en matière de lutte contre l'habitat indigne et a mobilisé ses leviers dans ce cadre, les résultats observables étant une augmentation des signalements découlant de la sensibilisation des acteurs à même de participer au repérage.

Porté essentiellement sur les questions de santé environnementale et principalement à travers les contrats locaux de santé, le plaidoyer de l'ARS pour un environnement favorable à la santé est connu, même si les réalisations en découlant demeurent modestes.

L'organisation du premier recours et son articulation avec les soins spécialisés

L'ARS est reconnue pour avoir promu et développé fortement le modèle des structures d'exercice coordonné (maisons et pôles de santé pluriprofessionnels) sur la région, dans un contexte de dégradation de la démographie sanitaire et d'inégalités territoriales, mais le modèle qui n'est pas majoritaire est de maturité variable. L'articulation du premier recours avec les soins spécialisés a peu évolué, le premier recours étant accaparé par sa restructuration et les soins spécialisés ayant peu fait l'objet de travaux sur cette articulation.

Regroupements pluri-professionnels

L'ARS a fortement accompagné le développement des structures d'exercice coordonné (MSP/PSP) souvent sur une base territoriale avec un impact reconnu sur la démographie des professionnels de santé, mais le modèle est minoritaire et n'a pas diffusé sur l'ensemble des territoires, en particulier urbains.

Régionalisation de l'expertise en appui aux organismes et professionnels (SRAE)

L'ARS a labellisé une pluralité de structures régionales d'appui et d'expertise, qui sont très hétérogènes, dont la légitimité est parfois interrogée par les acteurs, et qui sont variablement identifiées et sollicitées par les différents acteurs.

Articulation ville/hôpital (entrées et sorties)

L'ARS a conduit de nombreuses actions visant à diminuer et/ou améliorer la pertinence du recours aux soins hospitaliers, diversement appréciées par les acteurs ; plus particulièrement, les efforts très conséquents sur la régulation et la pertinence du recours aux urgences n'ont pas produit de résultats à proportion, même si la région conserve une situation favorable par rapport au niveau national.

Les outils d'orientation et dispositifs d'aval mobilisés par l'ARS pour améliorer les sorties d'hospitalisation reçoivent en général un avis favorable des acteurs et ont commencé à produire des effets en termes de délais de sortie et de transferts intra et inter hospitaliers, même si certains chantiers demeurent inachevés, et si tous

les acteurs ne constatent pas d'amélioration dans l'articulation entre hôpital, premier recours et médico-social pour l'organisation de ces sorties.

Le soutien à la vie en milieu ordinaire

Dans le champ médico-social (personnes handicapées), on constate une action volontariste de l'ARS en matière de soutien à la vie en milieu ordinaire dont les effets sont observables, tant sur l'évolution de l'offre que sur la perception des acteurs, mais également un investissement insuffisant dans l'accompagnement des aidants.

Evolution de l'offre en soutien à la vie à domicile

Si elle ne dispose en la matière que d'une partie des leviers, l'ARS a orienté de manière forte le champ médico-social vers des solutions privilégiant le milieu ordinaire, et la perception des acteurs sur cette orientation s'est améliorée significativement, même s'il est difficile d'en mesurer tous les impacts

Place des aidants

L'aide aux aidants a été bien davantage travaillée dans le secteur des personnes âgées que dans les autres secteurs, et si l'impact des mesures sur les aidants est peu aisé à documenter, des freins à l'utilisation des dispositifs ont toutefois pu être identifiés.

L'impulsion de l'ARS sur l'association des aidants aux projets personnalisés a été remarquée, même si, pour significative qu'en soit la progression, cette pratique n'apparaît pas encore généralisée.

L'action de l'ARS dans sa dimension territoriale

Hormis dans le domaine de la prévention, où la vigilance de l'ARS demeure insuffisante, la réduction des inégalités territoriales de l'offre de santé a été investie dans tous les champs par l'ARS, souvent pensée en termes d'accompagnement pour améliorer l'attractivité des structures. Des effets positifs sont reconnus et mesurés dans le domaine médico-social. En revanche, sur le premier recours, les effets de la politique de l'ARS sont peu identifiés, et les évolutions sont globalement péjoratives malgré les mesures mises en œuvre.

Animation territoriale et adéquation de l'action aux réalités des territoires

Les acteurs ont un jugement plutôt favorable sur une action de l'ARS de plus en plus adéquate aux réalités des territoires, mais ont des attentes en matière de renforcement de l'animation territoriale

Correction des inégalités territoriales d'offre en santé

Les actions de rééquilibrage de l'offre hospitalière ont été davantage axées sur la démographie des professionnels et sur l'accès aux soins urgents que sur la répartition des autorisations (sauf en imagerie et en SSR).

L'ARS a concentré ses efforts en matière de premier recours sur un important accompagnement des structures d'exercice coordonné et sur la mise en œuvre du Pacte Territoire Santé.

Elle a mené une action très volontariste de rééquilibrage de l'offre médico-sociale en région. Elle a piloté les opérateurs de prévention en ciblant des territoires spécifiques, mais pas nécessairement dans une logique de

réduction des inégalités territoriales, et la veille de l'ARS sur le maillage du territoire par l'ensemble des intervenants en prévention reste à organiser.

Même si certaines pratiques de l'ARS comportent des risques et si les effets de sa politique en matière de réduction des inégalités territoriales d'offre en santé de ne sont pas perçus par tous, ils peuvent être jugés assez positifs dans le domaine médico-social, et plutôt insuffisants dans le domaine du premier recours

Les inégalités sociales de santé

L'ARS par la mise en œuvre du PRS, et du PRAPS en particulier, a essentiellement traité les inégalités sociales de santé par le biais de l'accompagnement de dispositifs populationnels au bénéfice des personnes en grande vulnérabilité, sans action affichée ou concrète sur la réduction de ces inégalités. Les informations sur les inégalités sociales de santé sont peu nourries et leurs résultats ne sont a priori pas favorables.

Réalisations de l'ARS en matière de réduction des inégalités sociales de santé.

Si l'ARS a porté une politique visant ouvertement l'accompagnement des personnes en grande vulnérabilité, cette politique demeure en majorité dans une approche par publics (*versus* parcours), a peu investi le premier recours et n'a pas toujours obtenu de résultats lorsqu'elle a promu des approches d' « aller vers ».

Effets de la politique de l'ARS sur les inégalités sociales de santé

L'impact des mesures du PRS sur les inégalités sociales de santé est peu documenté, d'autant que si la politique de l'ARS doit théoriquement profiter à l'ensemble de la population, son attention s'est surtout portée sur les populations les plus vulnérables, l'ARS ayant été peu aidante auprès des acteurs de santé pour prendre en compte les inégalités sociales de santé dans leurs activités

QUESTION 5.3 : QUELS SONT LES EFFETS DE LA POLITIQUE DE SANTE DE L'ARS EN TERMES DE PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS ET EN TERMES DE MODIFICATION DE LA PERCEPTION DES USAGERS SUR LE SYSTEME DE SANTE

La politique de l'ARS a encouragé et favorisé la participation individuelle et collective des usagers, mais les moyens d'expression du citoyen non adhérent à une association font défaut, ainsi que l'accompagnement des usagers et des aidants

La politique menée par l'ARS Pays de la Loire, dans le cadre du PRS, a apporté les conditions du développement de la participation collective des usagers. Des difficultés matérielles ou fonctionnelles (recrutement de représentants, niveau territorial moins investi, représentativité...) ont été observées et ont pu limiter cette participation. Une culture de dialogue, de co-construction, de concertation, de volonté de travail en commun sur les problématiques collectives (territoriales) et *in fine* de démocratie en santé, s'est progressivement développée tout au long du PRS.

Concernant le volet individuel, il a manqué d'outils (d'information, de responsabilisation) et de communication (claire et simple) pour inviter/inciter l'utilisateur à davantage de prise en main de sa santé.

La tendance est cependant à la sensibilisation, à la vigilance sur le sujet d'intérêt qu'est la santé (effet du PRS, mais peut-être pas uniquement). Les usagers sont prêts à s'investir dans leur santé et le système mais

les moyens d'expression directe du citoyen sont à renforcer, pour que la participation collective soit aussi le fait de la population.

Concernant la perception du système par les usagers, l'imputabilité à l'ARS reste difficile à établir, et de nombreux facteurs peuvent influencer la perception des usagers sur le système de soins/santé. L'enquête en population générale fait ressortir plus particulièrement des éléments en termes de lisibilité, d'accessibilité et de confiance dans le système de santé.

La politique reste peu performante sur la transmission d'informations permettant aux usagers de se repérer dans le système de santé et de rendre lisible le système. Globalement, la politique de l'ARS n'a pas permis une visibilité totale du système de santé en particulier pour les urgences, les dispositifs de soutien aux aidants et de prise en charge des personnes âgées et handicapées. Les campagnes de prévention (santé buccodentaire/nutrition et activité physique) ont été visibles pour plus de 57% des répondants et presque autant (55,5% hors professionnels de santé) connaissent l'ARS. 80% se déclarent plus attentifs aux risques sur leur santé qu'il y a cinq ans.

Pour les personnes ayant répondu à l'enquête, le manque d'accessibilité à certains soins reste globalement déploré, sans amélioration perçue depuis 4 ans. L'accessibilité à un médecin généraliste est encore jugée difficile pour 20% des personnes ayant répondu. La politique régionale n'a pas permis d'impacter de manière positive les délais de rendez-vous auprès des médecins généralistes et médecins spécialistes. Ces délais restent « insatisfaisants » pour les usagers ayant répondu. Globalement, la perception en matière d'accessibilité s'est dégradée. Les résultats de l'enquête tendent à montrer que les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) constituent un levier important pour l'amélioration du parcours de santé.

Les résultats montrent une relative stabilisation du niveau de confiance, relativement bon avec 70% de personnes se déclarant, à travers l'enquête, confiantes envers le système de santé (même si ce niveau est inférieur à celui de 2011, estimé à 76%).

RECOMMANDATIONS COMMUNES AUX TROIS EQUIPES D'EVALUATION

Sept recommandations stratégiques ont été élaborées en commun par les trois équipes d'évaluation, en s'appuyant sur les constats et jugements, et soumises aux comités de pilotage. Il s'agit de propositions à destination de l'ARS, qui a toute liberté d'appréciation de leur utilisation.

Ces recommandations visent à :

- 1. IMPLIQUER DAVANTAGE L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES DANS LA CONSTRUCTION ET LE SUIVI DE LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE ;**
- 2. STRUCTURER L'ENSEMBLE DU PROCESSUS DE PILOTAGE, DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PRS DES SA CONCEPTION ;**
- 3. GARANTIR LA LISIBILITE DE LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE ET DU SYSTEME DE SANTE PAR UNE POLITIQUE DE COMMUNICATION RENFORCEE ;**

- 4. ADAPTER LE DEPLOIEMENT DU PRS AUX SPECIFICITES DES TERRITOIRES PAR UNE ANIMATION TERRITORIALE DE L'ARS ETAYEE EN PROXIMITE ;**
- 5. CREER LES CONDITIONS FAVORABLES A LA VIE EN MILIEU ORDINAIRE PAR LA COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES ET L'ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS ;**
- 6. FAVORISER L'ACCES AUX SOINS EN INVESTISSANT DAVANTAGE L'ORGANISATION DES SOINS SPECIALISES ET DE LEUR ARTICULATION AVEC UN PREMIER RECOURS PLUS SECURISE ;**
- 7. AGIR SUR LES DETERMINANTS DE SANTE PAR UNE DEMARCHE DE PREVENTION INTEGREE ADOSSEE A DES DONNEES PROBANTES.**

Chaque recommandation stratégique est présentée dans une fiche comportant les principaux constats et jugements évaluatifs qui l'ont alimentée dans une partie « Argumentaire ». Les résultats attendus sont identifiés. Des modalités de déclinaison opérationnelles sont proposées. Ces dernières ouvrent un éventail de possibilités pour mettre en œuvre les recommandations stratégiques, à ajuster selon les opportunités, et ne prétendent pas à l'exhaustivité. Elles sont destinées à nourrir les travaux d'élaboration du prochain Projet Régional de Santé.

Le PRS 2012-2016 a initié la transformation de l'offre de santé sur les territoires. Parmi les défis à relever dans le prochain PRS 2018-2022, l'ARS dans sa stratégie de conduite du changement aura à définir le modèle cible d'organisation territoriale vers lequel il lui faut tendre, tout en réduisant les inégalités de santé dans un contexte très contraint. En même temps, elle devra adapter les outils et dispositifs aux dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, sans pour autant bouleverser l'organisation sur les territoires.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....
PREMIERE PARTIE	1
1. Contexte national et régional.....	1
2. Méthodologie de l'évaluation.....	2
2.1 Le périmètre de l'évaluation circonscrit pour des raisons de faisabilité.....	3
2.2 Les cinq questions traitées dans le cadre de l'évaluation	3
2.3 La gouvernance et la conduite du projet.....	4
2.4 Les phases de l'évaluation.....	6
2.5 Les investigations et les sources.....	6
2.6 Le livrable.....	9
2.7 Les précautions de lecture des résultats.....	9
DEUXIEME PARTIE.....	11
RESULTATS /RECOMMANDATIONS	11
Impliquer davantage l'ensemble des parties prenantes dans la construction et le suivi de la politique régionale de santé	13
Structurer l'ensemble du processus de pilotage, de suivi et d'évaluation du PRS dès sa conception.....	17
Garantir la lisibilité de la politique régionale de santé et du système de santé par une politique de communication renforcée	21
Adapter le déploiement du PRS aux spécificités des territoires par une animation territoriale de l'ARS étayée en proximité.....	25
Créer les conditions favorables à la vie en milieu ordinaire par la coordination des politiques publiques et l'accompagnement des aidants	33
Favoriser l'accès aux soins en investissant davantage l'organisation des soins spécialisés et de leur articulation avec un premier recours plus sécurisé	39
Agir sur les déterminants de santé par une démarche de prévention intégrée adossée à des données probantes.....	47
TROISIEME PARTIE – CONCLUSION	53
AVIS DE LA CRSA.....	55
LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES	59
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES ET/OU SOLLICITEES	63
NOTE DE CADRAGE.....	70

ANNEXES

RAPPORT D’EVALUATION SPECIFIQUE A L’EVALUATION DU PROCESSUS PRS ET DOCUMENTS ASSOCIES

RAPPORT D’EVALUATION SPECIFIQUE AUX REALISATIONS ET EFFETS DU PRS ET DOCUMENTS ASSOCIES

RAPPORT D’EVALUATION SPECIFIQUE A LA PARTICIPATION ET A LA PERCEPTION DES USAGERS DU SYSTEME ET DOCUMENTS ASSOCIES

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont participé à la démarche d'évaluation ayant abouti au présent rapport :

- les membres du Comité de pilotage de l'ensemble des travaux, qui ont consacré du temps à la participation aux séances de travail, mais aussi à la lecture des différents livrables produits dans le cadre de ces travaux,
- les membres du Comité de suivi restreint spécifique à la partie relative aux usagers qui ont participé aux différentes étapes de la réalisation et apporté leur contribution pour enrichir la réflexion sur le volet participation et perception des usagers au système de santé,
- tous les acteurs qui, par les échanges qu'ils nous ont accordés, par le temps qu'ils ont consacré à participer aux enquêtes ou par les documents qu'ils ont portés à notre connaissance, ont permis de mener à bien ce travail,
- les contributeurs de l'ARS Pays de la Loire qui ont participé à cette démarche par leurs éclairages,
- les cabinets d'évaluation Acsantis, Cemka Eval, Planète Publique.

PREMIERE PARTIE

1. CONTEXTE NATIONAL ET REGIONAL

Dans le cadre des évolutions majeures portées par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires du 21 juillet 2009, les PRS avaient vocation à accompagner des évolutions dans l'organisation de la réponse régionale en santé par :

- une approche transversale et décloisonnée de la santé devant réarticuler promotion de la santé et prévention, soins ambulatoires, dispositifs médico-sociaux et soins hospitaliers ;
- une approche globale de la santé avec une plus grande cohérence des réponses et des parcours pour les patients et personnes en situation de perte d'autonomie ;
- un renforcement de l'ancrage territorial des politiques de santé pour mieux adapter les réponses aux spécificités et besoins locaux, améliorer la répartition territoriale de l'offre et lutter contre les inégalités de santé.

L'ARS a pour mission de mettre en place la politique de santé dans sa région. Elle est compétente sur le champ de la santé *lato sensu*. La politique de l'ARS s'appuie sur un projet de santé élaboré en concertation avec l'ensemble des professionnels et des usagers, dans un souci d'efficacité et de transparence.

Le PRS 2012-2016, arrêté en application de la loi HPST, est porteur d'ambitieuses évolutions du système de santé, dans une temporalité limitée aux cinq ans de sa mise en œuvre. Il est le premier projet de l'ARS nouvellement créée. Il répond à des enjeux de santé régionaux en déclinant les priorités nationales de santé publique qui visent à :

- améliorer l'espérance de vie sans incapacité et le taux de mortalité évitable avant 65 ans par une politique de promotion de la santé à destination de tous, tout en agissant en direction des populations les plus vulnérables, les plus isolées ;
- faire progresser l'organisation du système de santé en s'appuyant sur des professionnels compétents et mobilisés, sur des démarches innovantes et sur la mise en place de parcours de santé individualisés et coordonnés ;
- faire face à l'augmentation de la population, du nombre de personnes vivant avec une maladie ou un handicap en répondant à leur besoin d'accompagnement personnalisé.

Il vise à construire un système intégré autour de la personne en améliorant la pertinence de la réponse fondée en particulier sur la qualité du travail en équipe pluridisciplinaire.

L'ambition a également porté sur sa construction et sa mise en œuvre en mobilisant les acteurs ligériens, y compris les usagers, le PRS ayant vocation à constituer un cadre de référence stratégique pour l'ensemble des acteurs de santé des Pays de la Loire et des agents de l'ARS pour déployer les actions.

Le PRS des Pays de la Loire s'appuie sur trois axes stratégiques : **la personne au cœur du système, la proximité organisée, la maîtrise des risques en santé**. Ceux-ci sont déclinés en 3 schémas et 9 plans d'actions au niveau territorial :

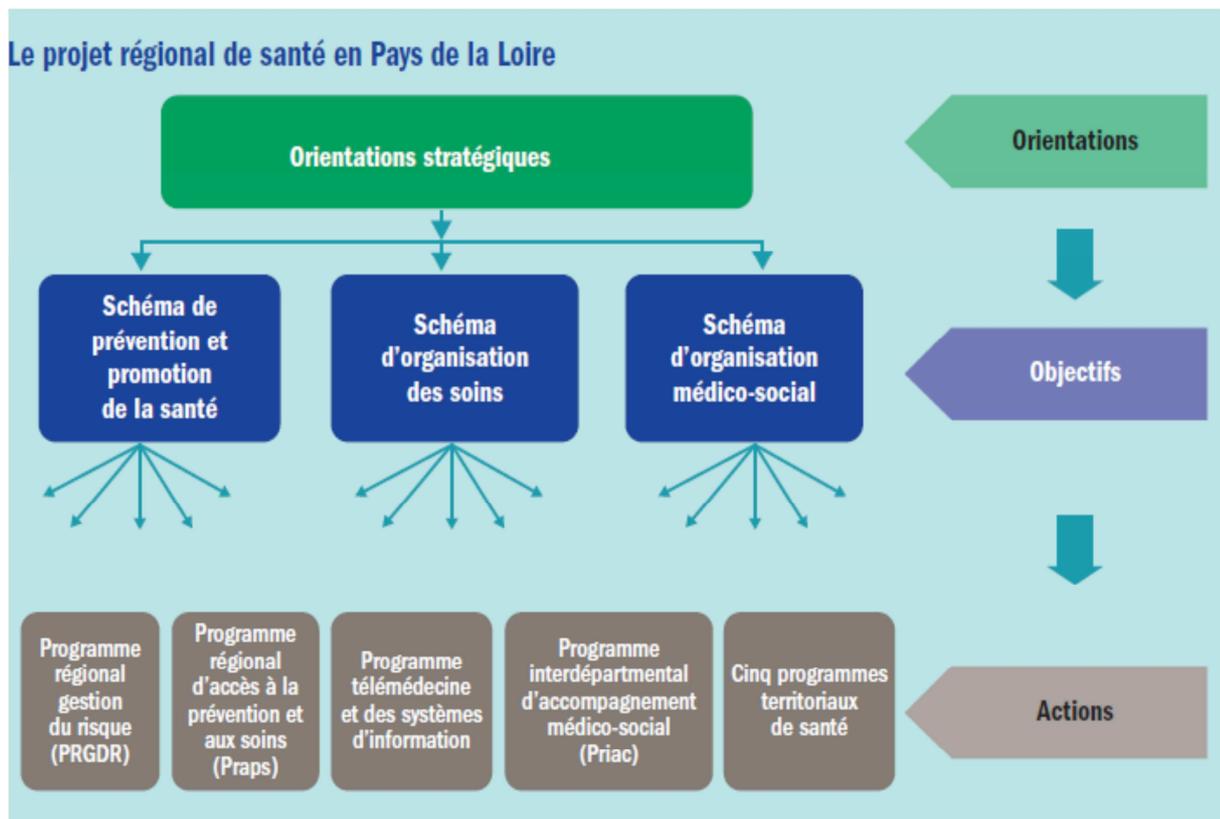


Figure 1 : composition du Projet régional de santé¹

La politique régionale de santé comporte, dans les schémas et les programmes qui la constituent, des objectifs qui s'adressent le plus souvent à la population générale et à l'ensemble des patients, tout en incluant des publics spécifiques.

2. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

Avant de définir la stratégie du PRS de deuxième génération, il est essentiel de tirer les enseignements de la mise en œuvre du premier. L'évaluation du PRS lancée par l'ARS Pays de la Loire s'inscrit dans un cadre réglementaire (article R1434-1 du Code de la Santé Publique).

L'ARS s'est engagée dès sa création dans une démarche d'évaluation de sa politique régionale de santé. Entré en application depuis le 9 mars 2012, le PRS 2012-2016 prévoyait l'évaluation de ses résultats. Les résultats de l'évaluation finale sont destinés à être intégrés dans un ensemble de productions qui alimenteront l'élaboration du futur PRS 2018-2022

¹ BLAISE, Pierre. DUVAUX, Christophe. DESAULLE, Marie-Sophie. « Transversalité et intersectorialité : le schéma de prévention du projet régional de santé des Pays de la Loire ». ADSP, 2013, n°83, p37-42

L'évaluation du PRS 2012-2016 est intégrée dans l'élaboration du PRS 2018-2022. A l'aune de ce qui a été mis en œuvre à partir du premier projet et des transformations en cours, l'évaluation, distincte d'un exercice de bilan, a plusieurs finalités :

- rendre compte des changements générés par sa mise en œuvre ;
- documenter les freins et leviers qui ont prévalu à son déploiement ;
- apporter des éléments d'éclairage utiles à la construction du deuxième PRS dans le cadre renouvelé de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

2.1 Le périmètre de l'évaluation circonscrit pour des raisons de faisabilité

L'évaluation est articulée en 3 grands axes qui portent respectivement sur le processus du PRS, sur les réalisations et résultats du PRS, sur la participation individuelle et collective des usagers et leur perception sur le système de santé.

La mission d'évaluation s'est intéressée, d'une part, au PRS en tant qu'outil de cadrage, propice ou non à l'atteinte des objectifs, et à la mobilisation des acteurs.

Elle s'est intéressée, d'autre part, aux réalisations et à leurs effets. Compte tenu de l'ampleur des domaines couverts par le PRS, l'évaluation a été circonscrite à 4 champs faisant écho à la logique de parcours, au sein desquels 9 objets ont été étudiés :

- **le décroisement**
 - la coordination et l'intégration des acteurs des champs sanitaire/médico-social/social.
- **la prévention**
 - l'engagement dans la prévention des acteurs de santé, du social et du médico-social ;
 - l'autonomisation du patient ;
 - l'action sur les déterminants environnementaux de la santé.
- **l'organisation 1^{er} recours et l'articulation avec les soins spécialisés**
 - les regroupements pluriprofessionnels ;
 - la régionalisation de l'expertise en appui aux organismes et professionnels ;
 - l'articulation ville/hôpital.
- **la vie en milieu ordinaire**
 - le soutien aux aidants ;
 - l'évolution de l'offre médico-sociale et sanitaire en soutien à la vie en milieu ordinaire.

Plusieurs dimensions ont été traitées de manière transversale :

- la participation individuelle et collective des usagers au système de santé ;
- la territorialisation et l'animation territoriale de la politique ;
- la réduction des inégalités de santé.

2.2 Les cinq questions traitées dans le cadre de l'évaluation

Les questions évaluatives ont été prévues dès l'élaboration du PRS. Elles sont inscrites dans ses orientations stratégiques. De légères modifications ont toutefois été apportées par rapport aux questions d'origine.

Après cinq ans de mise en œuvre, l'évaluation doit permettre de répondre aux cinq questions suivantes :

- Q1 : Le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?
- Q2 : Les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?
- Q3 : Le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs institutionnels et de terrain en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs ?
- Q4 : Dans quelle mesure les réalisations prévues dans le PRS ont-elles été mises en œuvre par l'ARS en termes de changement dans l'organisation du système de santé et de qualité de la réponse en santé ?
- Q5 : La mise en œuvre du PRS par l'ARS a-t-elle produit des effets sur l'organisation du système de santé et la qualité de la réponse en santé, sur l'état de santé de la population et sur la perception du fonctionnement du système de santé par la population ?

Le traitement des questions évaluatives a été réalisé suivant différentes modalités, articulée en 3 axes comme précédemment indiqué :

- Q1 à Q3 sur le processus PRS ;
- Q4 - Q5 sur les réalisations et les effets du PRS ;
- Q5.3 sur la participation individuelle et collective et sur la perception des usagers sur le système de santé.

2.3 La gouvernance et la conduite du projet

Le commanditaire de l'évaluation est la Directrice Générale de l'ARS Pays de la Loire.

Composition et rôle du Comité de Pilotage

Un COPIL a été constitué, commun à l'évaluation du PRS 2012-2016 et à la construction du PRS 2018-2022. Il a été positionné en logique évaluation pendant la durée de celle-ci. Il avait notamment un rôle de suivi du pilotage et de contribution aux travaux des étapes clés. Il était présidé par le Dr Pierre BLAISE, directeur du PRS. Il était composé de 10 membres, associant les directeurs « métier », un délégué territorial de l'ARS, les présidents des commissions spécialisées et de la commission plénière de la CRSA. Il a été consulté sur :

- le cadrage en amont de l'évaluation, en particulier sur le cahier des charges comprenant les questions évaluatives et les critères d'évaluation correspondant à la préparation du référentiel d'évaluation ;
- la phase d'élaboration des jugements (ou conclusions) au niveau de chaque question évaluative sur la base d'une présentation par l'équipe d'évaluation des constats réalisés ;
- la phase de consultation sur les éléments de recommandation, sur la base d'un récapitulatif des jugements produits par l'équipe d'évaluation et de propositions de recommandations co-construites par les trois équipes d'évaluation.

CODIR PRS de l'ARS

Un CODIR PRS a été constitué pour la construction du PRS 2018-2022, intégrant l'évaluation du PRS 2012-2016. Il avait un rôle stratégique. Il était composé de l'ensemble des directeurs et délégués territoriaux de l'ARS.

Les travaux d'évaluation ont été exposés en CODIR PRS pour arbitrage et validation aux étapes clés du projet : le lancement de l'évaluation, la restitution des constats, la présentation des conclusions et la présentation des recommandations.

Comité de suivi restreint

Un Comité de suivi restreint composé de membres de la CRSA, de membres de la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers et de l'ARS a été mis en place afin de superviser les travaux du prestataire auquel a été confié le traitement de la question évaluative relative à la participation des usagers et à leur perception du système de santé.

Le département d'évaluation de l'ARS est intervenu en appui méthodologique et en co-pilotage auprès de la CRSA pour cette partie, tout au long des travaux.

Equipe d'évaluation

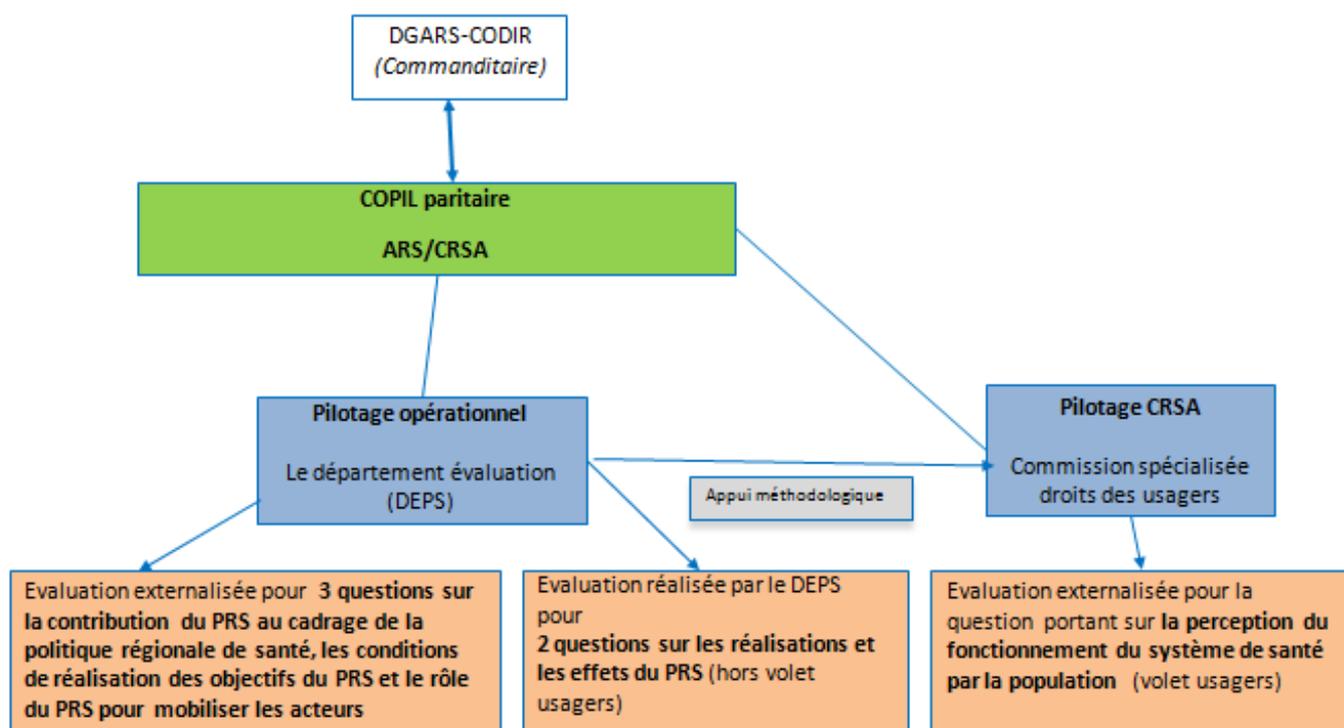
Ce sont les évaluateurs du Département d'Évaluation des Politiques de Santé et des dispositifs (DEPS) de l'ARS qui ont réalisé les travaux suivant la méthodologie décrite.

L'évaluation a été conduite par le Dr Jean-Paul BOULE, Xavier BRUN, Claude PICHON et Catherine OGE responsable de l'évaluation, avec la participation d'Odile DUBOIS.

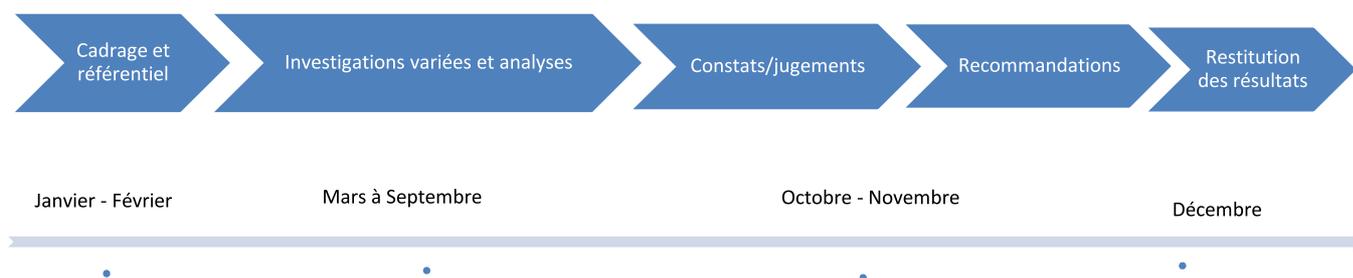
Le traitement des trois premières questions évaluatives relatif à la pertinence, la cohérence et la gouvernance du PRS a été confié au cabinet Planète Publique pour des raisons de disanciation.

Une enquête de type DELPHI relative aux effets du PRS en termes d'inégalités sociales de santé a été réalisée par le cabinet Acsantis. Celle-ci a été intégrée à la partie relative aux réalisations et effets du PRS.

Le traitement de la partie relative à la participation et à la perception du fonctionnement du système de santé par les usagers a été confié au cabinet Cemka Eval et les travaux menés en lien avec la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers de la CRSA.



2.4 Les phases de l'évaluation



Le référentiel de l'évaluation élaboré avec le COPIl a été inséré dans une note de cadrage, document de référence de l'évaluation. Des critères généraux ont été proposés pour chaque question évaluative, chacune étant déclinée en sous questions. Ces critères ont permis d'orienter les investigations et ont constitué le cadre des jugements émis sur la politique évaluée. Ces éléments constituent le socle du référentiel de l'évaluation.

Le présent document présente les recommandations de l'évaluation, argumentées des constats et jugements issus des travaux d'évaluation.

2.5 Les investigations et les sources

Dans une logique de croisements des points de vue, l'évaluation a mobilisé une pluralité de sources pour répondre aux différentes questions évaluatives. Parmi les investigations, ont notamment été réalisés :

- des entretiens de cadrage en interne au sein de l'ARS et auprès d'autres institutions ou acteurs de politiques publiques si besoin ;

- des ateliers territoriaux ;
- des entretiens individuels ou collectifs avec des professionnels de santé, des professionnels médico-sociaux, sociaux, des usagers et des représentants d'usagers ;
- des enquêtes auprès de ces mêmes acteurs sur les territoires ligériens ;
- des travaux d'analyse documentaire ;
- l'exploitation de données quantitatives.

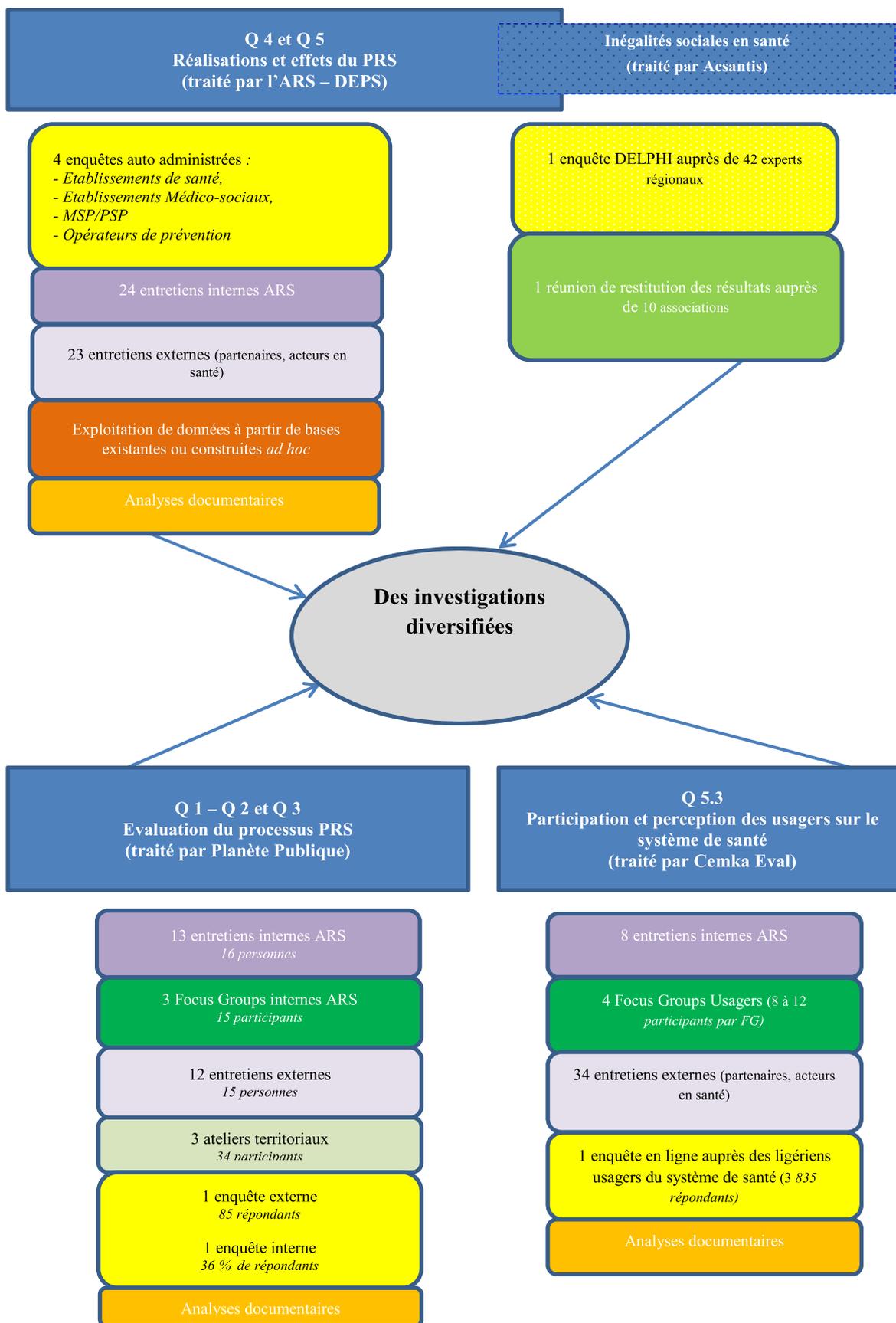
Au total plus de 200 personnes concernées par le PRS ont contribué à divers échelons sur la région et les territoires aux investigations (*figure 2*).

Par ailleurs, 3 835 Ligériens usagers du système de santé ont répondu à l'enquête réalisée entre le 22 juillet et le 15 septembre 2016.

Les résultats de l'évaluation de la politique en faveur de la qualité de vie des personnes âgées de plus de 75 ans, réalisée en parallèle à l'évaluation finale en 2016, seront intégrés à l'ensemble des contributions pour alimenter la construction du PRS 2018-2022. Ce volet n'est donc pas intégré de manière spécifique à ce stade dans la présente évaluation.

Les travaux d'évaluation s'inscrivent dans le cadre des principes de la charte de l'évaluation adoptée par la Société Française d'Evaluation (SFE), à laquelle l'ARS Pays de la Loire est adhérente.

(figure 2) - Investigations réalisées pour l'évaluation du PRS 2012-2016



2.6 Le livrable

Le présent rapport d'évaluation est composé de quatre documents :

- Le rapport principal,
- Trois annexes composées comme suit :
 - rapport d'évaluation spécifique au processus PRS et ses documents associés ;
 - rapport d'évaluation spécifique aux réalisations et effets du PRS et ses documents associés ;
 - rapport d'évaluation spécifique à la participation et à la perception des usagers du système de santé.

2.7 Les précautions de lecture des résultats

Le rapport final reprend les éléments essentiels des rapports annexés relatifs à chaque axe d'évaluation, parfois dans leur intégralité, parfois sans rentrer dans les détails. C'est la lecture de ces annexes et de leurs documents associés qui permettra d'aller plus avant sur les réponses à chacune des questions posées dans l'évaluation.

Les éléments détaillés relatifs à l'enchaînement logique des critères/constats/jugements, ainsi qu'aux réponses à chacune des questions d'évaluation, sont présentés dans les annexes au présent rapport.

Les limites de l'évaluation concernant spécifiquement chaque question d'évaluation traitée sont précisées dans les parties des documents annexés s'y rapportant.

Pour respecter les éléments recueillis dans le cadre de ces investigations, ainsi que les productions de chaque équipe d'évaluation annexées au présent rapport, certaines formulations sont reprises en l'état. Par exemple, c'est le cas de la notion d'urgence qui fait appel à des représentations parfois différentes selon qu'il s'agit d'un professionnel de santé, d'un autre acteur de santé ou d'un usager. Il peut s'agir d'urgence hospitalière ou de consultation de soins non programmés de médecine générale notamment. Le contexte décrit permet d'identifier le sens.

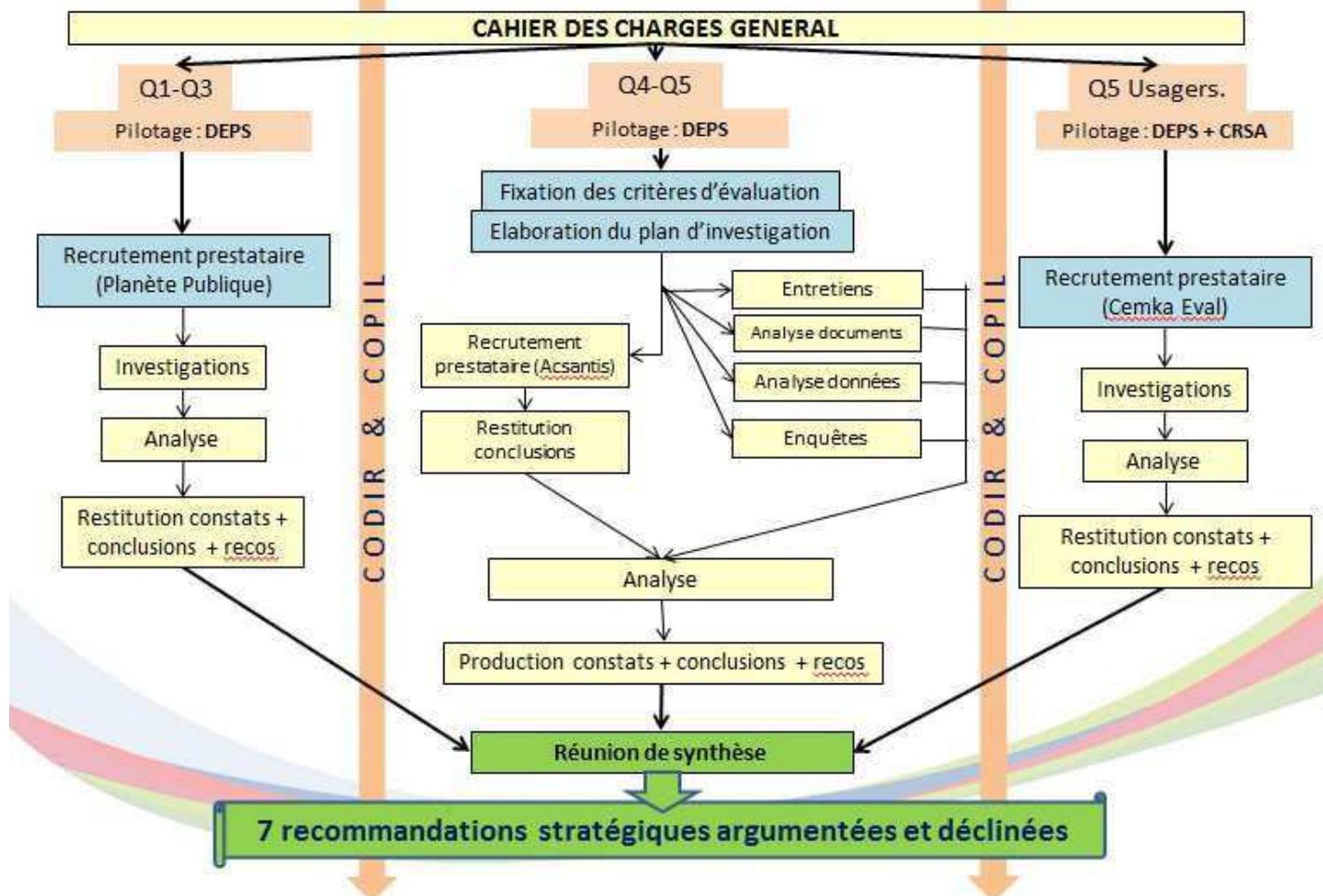
Sur l'ensemble de la mission d'évaluation, la diversité des investigations conduites a permis de fiabiliser les constats, et par suite de structurer un argumentaire robuste pour les recommandations.

A ce titre, la partie argumentaire détaillée dans chaque recommandation reprend l'essentiel des constats et conclusions issus des travaux d'évaluation qui l'étayent.

DEUXIEME PARTIE

RESULTATS /RECOMMANDATIONS

L'aboutissement d'une démarche complexe



Les propositions, issues des travaux respectifs des trois axes évalués, ont fait l'objet d'une réflexion commune entre le département Evaluation de l'ARS et les autres évaluateurs Cemka-Eval et Planète Publique. Les pistes proposées par chaque évaluateur ont été croisées pour aboutir aux sept recommandations finales du PRS discutées en CODIR et COFIL PRS avant leur finalisation fin novembre. Il s'agit de propositions à destination de l'ARS, qui a toute liberté d'appréciation sur les suites à leur donner.

Ces recommandations visent à :

- Impliquer davantage l'ensemble des parties prenantes dans la construction et le suivi de la politique régionale de santé ;
- Structurer l'ensemble du processus de pilotage, de suivi et d'évaluation du PRS dès sa conception ;
- Garantir la lisibilité de la politique régionale de santé et du système de santé par une politique de communication renforcée ;
- Adapter le déploiement du PRS aux spécificités des territoires par une animation territoriale de l'ARS étayée en proximité ;
- Créer les conditions favorables à la vie en milieu ordinaire par la coordination des politiques publiques et l'accompagnement des aidants ;
- Favoriser l'accès aux soins en investissant davantage l'organisation des soins spécialisés et de leur articulation avec un premier recours plus sécurisé ;
- Agir sur les déterminants de santé par une démarche de prévention intégrée adossée à des données probantes.

S'agissant des pistes opérationnelles, elles ouvrent un éventail de possibilités pour mettre en œuvre les recommandations stratégiques, à ajuster selon les opportunités, et ne prétendent pas à l'exhaustivité. Elles sont destinées à nourrir les travaux d'élaboration du prochain Projet Régional de Santé.

Recommandation stratégique n° 1	IMPLIQUER DAVANTAGE L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES DANS LA CONSTRUCTION ET LE SUIVI DE LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE
Argumentaire	
<ul style="list-style-type: none"> • En interne ARS, la démarche de construction participative du PRS 1 est restée limitée et ponctuelle. <ul style="list-style-type: none"> - Les acteurs internes n'ont pas été associés de manière large à la construction du PRS. Il n'y a pas eu d'association de tous les services et de toutes les catégories d'agents : deux tiers des répondants (61%) à l'enquête indiquent qu'ils n'ont pas été associés à la construction du PRS, les chargés de projets répondant se déclarant d'ailleurs insuffisamment associés. - La construction du PRS a permis d'impliquer les managers et certains agents : 69% des répondants directeurs et managers ont été associés et 36% des chargés de projets ont participé à la construction du PRS. - La concertation interne n'a pas donné lieu à un processus collectif et animé : pour les agents mobilisés dans le PRS, il s'agit d'une implication ponctuelle (58%) et non dans la durée. Plusieurs facteurs expliquent cette situation : le contexte de mobilisation forte sur la naissance et l'organisation des services, qui a concentré les efforts et l'attention au démarrage de l'ARS et les choix faits pour ce processus d'élaboration du PRS : une ouverture forte de l'ARS vers l'extérieur et l'implication interne d'une équipe dédiée importante (DPRS). - Il y a une connaissance limitée du PRS en interne. Est relevé un manque de connaissance des détails des enjeux du PRS. Ainsi, seul un tiers des agents (36%) se déclare en capacité d'expliquer le PRS à l'extérieur (principes et objectifs). - A ce jour, le PRS n'est pas un document de référence pour structurer le positionnement et le travail de chacun. - Des modalités d'accompagnement insuffisantes pour favoriser l'appropriation par les agents ont été pointées. Quelques outils ont été déployés pour favoriser l'appropriation du PRS par les agents (supports de communication, intranet, 1h 1 thème), mais les agents n'ont pas été formés sur le PRS. Par ailleurs, la communication autour des travaux des groupes projets transversaux est très hétérogène et les modalités de restitution sont jugées peu communicantes. • La construction du PRS 1 a été marquée par un effort de prise en compte et de partage des connaissances en externe, avec une consultation large des acteurs externes, toutefois très centrée sur les acteurs de la démocratie sanitaire. <ul style="list-style-type: none"> - Les membres des instances de la démocratie sanitaire, en particulier ceux de la CRSA, ont été associés à la construction du PRS. Ainsi 55% de ceux ayant répondu à l'enquête réalisée au cours de cette évaluation indiquent avoir été associés à cette construction et parmi eux, 88% ont été satisfaits de la 	

place qui leur a été donnée.

- Un certain nombre d'entre eux ont participé à des groupes de travail en amont de la rédaction du PRS, dont les contenus et les compositions ont été très appréciés, notamment pour leur dimension transversale, par les profils de professionnels associés, diversifiés en niveaux de responsabilité et en secteurs de compétences.
- Si 42% des membres des instances de la démocratie sanitaire déclarent avoir participé par écrit à la construction du PRS, cette contribution écrite a toutefois été plus difficile, notamment du fait de la nouveauté du processus.
- Tous les membres de la CRSA ont pu exprimer formellement un avis sur les documents rédigés, à travers les processus de validation, mais cette procédure d'avis formels sur les documents est jugée lourde, notamment à cause du calendrier de travail et de la technicité de certains documents plus sectoriels.
- Les membres des instances de démocratie sanitaire estiment que l'élaboration du PRS a su mobiliser suffisamment les expertises nécessaires (66%).
- Mais la prise en compte des attentes des acteurs reste questionnée, dans un contexte 2011-12 de grandes nouveautés et de calendrier de conception du PRS très rapide. Ainsi 77% des membres des instances de démocratie sanitaire pensent que leur participation n'a pas influencé les orientations du PRS, et ce quelles que soient les instances interrogées.
- Par ailleurs, la prise en compte des besoins des acteurs locaux est restée inégale, dans les déclinaisons territoriales du PRS en particulier. Les acteurs locaux et de terrain estiment ne pas avoir été impliqués dans le processus de construction du PRS, ni dans sa déclinaison en Projets Territoriaux de Santé (PTS) ; ainsi, seuls 23% indiquent avoir pu influencer le PRS.
- Globalement, les acteurs externes ont été peu impliqués dans le suivi du PRS. Ils ont participé aux évaluations, dans quelques cas dans le pilotage, et systématiquement via la collecte, mais les mises à jour du PRS ont reposé, quant à elles, sur des procédures plutôt formelles.
- En outre, les Commissions de Coordination des Politiques Publiques (CCPP) ne sont pas un relais externe de coordination autour du PRS.
- **L'expression des usagers a été insuffisamment prise en compte.**
 - L'expression des usagers n'appartenant pas à une association est restée faible, en l'absence de débats publics, ou de sites/groupes d'expression libre.
 - Plus de 55% des répondants à l'enquête réalisée auprès des usagers se déclarent prêts à s'engager ou s'impliquer davantage sur les questions relatives à leur santé et au système de santé.

Résultats attendus / Objectifs de la recommandation

- ✓ Une meilleure appropriation du PRS par les agents de l'ARS, par l'implication le plus en amont possible, afin de faciliter leur capacité à décliner ultérieurement le PRS dans l'action et à communiquer sur le PRS auprès des différents publics.
- ✓ Une meilleure prise en compte de la vision plurielle des territoires et une meilleure appropriation du PRS par les acteurs locaux.
- ✓ Une meilleure prise en compte des besoins des usagers.

Modalités de déclinaison opérationnelles

- **Prévoir un processus de construction du PRS davantage participatif en interne à l'ARS**
 - Impliquer systématiquement l'ensemble des managers.
 - Impliquer une représentation des agents, sur une base combinant volontariat et sollicitation.
 - Mettre en place un processus de revue systématique du texte accessible à tous.
 - Rendre naturelle et visible la participation des agents à la mise en œuvre du PRS et notamment reconnaître le temps passé par les agents sur cette mission.
 - Prévoir un plan de communication et de formation spécifique aux agents, sur la conception puis l'accompagnement au PRS.
- **Associer davantage les acteurs de terrain hors CRSA dans le processus de construction du PRS**
 - Mettre en place une démarche à l'échelle de chaque département.
 - Solliciter les acteurs dans le cadre d'une démarche de démocratie participative à l'élaboration du PRS 2, parallèlement à la démarche associant la démocratie sanitaire.
 - Placer les DT au centre de ce processus.
 - Solliciter par exemple les acteurs des Contrats Locaux de Santé (CLS) ou encore des contrats de ville.
 - Utiliser les Commissions de Coordination des Politiques Publiques (CCPP) comme supports.
- **Améliorer la participation collective des usagers sur les territoires**
 - Recueillir les besoins spécifiques des usagers par territoire.
 - Favoriser les débats publics (locaux ou territoriaux).

Recommandation stratégique n° 2	STRUCTURER L'ENSEMBLE DU PROCESSUS DE PILOTAGE, DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PRS DES SA CONCEPTION
Argumentaire	
<p>Le PRS a constitué un outil de cadrage initial fort mais la démarche n'a pas été cadrée dans la durée et n'a pas permis de conserver ces conditions favorables pour le déploiement du PRS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un « PRS bis » double le PRS de 2012, sans articulation explicite, bien que sans incohérences marquées. <ul style="list-style-type: none"> - Le PRS 2012 n'est pas consulté dans la pratique au quotidien par les agents. - Un « PRS bis » (post 2012) s'est constitué à partir des Domaines d'Actions Prioritaires (DAP) et des feuilles de route (FDR) populationnelles, thématiques ou territoriales. Ce « PRS bis » est plutôt clairement identifié par les agents. Ainsi, par exemple, 56% des agents des DT connaissent les FDR territoriales. Cependant, ces documents posent des questions d'homogénéité portant à la fois sur leur structuration et leur contenu. Ainsi, la structuration des FDR est peu cadrée et non homogène (absence de méthodologie et de processus partagé pour les élaborer) et elles reprennent à la fois des activités quotidiennes de l'ARS et des actions liées au PRS. - Pourtant, le « PRS bis » n'est pas un cadre de référence stratégique pour l'action de l'ARS. Il n'est pas perçu comme déclinant naturellement le PRS et ne permet pas vraiment de déployer la logique stratégique. En effet, il n'existe pas d'articulation <i>a priori</i> entre les objectifs du PRS et les DAP et FDR (la reconstruction est faite <i>a posteriori</i>). - Toutefois, une cohérence « de fait » émerge entre PRS de 2012 et « PRS bis », attestant d'une diffusion des enjeux et orientations de la démarche d'origine : 69% des agents identifient que les objectifs des FDR sont cohérents avec les objectifs du PRS. De même, le bilan à mi-parcours du PRS de 2014 faisait état d'une inscription de 80% des actions dans les objectifs du PRS. • L'ingénierie du processus de déclinaison stratégique du PRS est insuffisamment structurée. <ul style="list-style-type: none"> - Le processus de déclinaison stratégique du PRS a été plutôt pragmatique et changeant d'une année sur l'autre. - Le pilotage du PRS n'est pas clairement identifié, au-delà de son Directeur. Il n'y a pas plus de structure dédiée depuis la dispersion des équipes de l'ex- DPRS et l'articulation avec la Direction d'Appui à la Démocratie Sanitaire et au Pilotage Stratégique (DADSPS) n'est pas identifiée par les agents. Il n'existe pas non plus de comité de pilotage spécialisé (le pilotage est confié au CODIR, mais parmi de nombreux sujets). - L'ensemble a été complexifié par les groupes projets transversaux : 88% des agents jugent que le rôle des groupes dans la déclinaison du PRS n'était pas clair et 67% des agents estiment que les groupes n'ont pas permis d'articuler les différents documents de conception et de déclinaison du 	

PRS.

- La gouvernance est perçue comme ni claire (71%), ni pertinente (72%).
- Les outils de suivi du PRS, artisanaux, ont été remplacés par un outil logique, mais complexe d'utilisation. Lors de l'évaluation, 60% des chargés de projets et 31% des directeurs et managers ont déclaré utiliser l'outil Sevalpro mais seul un tiers des agents (36%) ont recours à l'outil pour assurer le suivi de leurs actions.
- **Le PRS a rencontré des difficultés d'animation liées à une culture managériale insuffisante et des cultures professionnelles très diverses.**
- Les agents de l'ARS viennent de structures et de métiers très différents.
- L'articulation matricielle entre les Directions Métier et Délégations Territoriales est difficile (toutefois comme dans beaucoup d'organisations).
- Le « PRS bis » ne constitue pas un outil de management dans les services et ne fédère donc pas l'action de l'ARS. Ainsi, seuls 14% des managers déclarent s'en servir pour l'organisation du travail de leur équipe.
- Par ailleurs, les FDR sont rédigées dans chaque service, sans concertation avec les autres et ne portent donc pas l'esprit de transversalité et de décloisonnement du PRS.
- **Un processus d'évaluation de qualité alimente l'ajustement de la stratégie et de l'action mais n'ajuste ni le contenu ni les processus du PRS d'origine.**
- L'ARS est fortement engagée dans la démarche d'évaluation, avec un service dédié et une approche unique au sein des ARS.
- Le principe de l'évaluation est porté par le PRS lui-même
- Les évaluations ne sont pas conçues pour ajuster le contenu ou les processus du PRS d'origine.
- Des références explicites au PRS apparaissent dans les travaux d'évaluation et les recommandations des évaluations alimentent l'ajustement stratégique des actions (« PRS bis »).
- Mais la fixation des questions d'évaluation finale dans le PRS de 2012 a entraîné le choix de sujets d'évaluation populationnels et si les principes de transversalité et de coordination des acteurs sont en filigrane dans l'ensemble des évaluations, ils ne sont pas évalués plus globalement en tant que tels.
- **La connaissance de l'ARS sur les résultats de son action et la capitalisation des informations détenues en interne à cette fin sont perfectibles.**
- 4 ans d'expérience en évaluation intermédiaires du PRS et évaluations de dispositifs ont mis en exergue de réelles lacunes dans la collecte ou la capitalisation d'informations par l'ARS. Cela concerne autant les réalisations de l'ARS que les résultats obtenus : les services de l'ARS n'ont encore que très marginalement organisé un suivi des effets de leur action.
- A titre d'illustration, les résultats attendus des objectifs des schémas n'ont jamais donné lieu à un

suivi. L'absence de telles données amène à faire reposer certains constats des évaluations sur des représentations croisées des acteurs, sans pouvoir les confronter à des données «dures ». L'alternative a consisté pour le département d'évaluation à déclencher des enquêtes *ad hoc* auprès des acteurs de terrain et/ou à consacrer un temps important à constituer et exploiter des bases de données à partir de sources diverses.

- De surcroît, l'organisation retenue au sein de l'ARS dans un souci de favoriser la transversalité a contribué à une balkanisation de la connaissance des sujets (fin des « référents thématiques
- L'ARS n'exploite pas de manière suffisamment transversale certaines sources (ex. rapports d'activité des structures, dialogues de gestion), alors que cela lui permettrait de disposer d'informations utiles d'un point de vue stratégique. Une partie de l'information existe, mais elle n'est exploitée que dans une logique de suivi individuel des opérateurs.

Résultats attendus / Objectifs de la recommandation

- ✓ **Une approche claire, organisée et homogène de l'ensemble des travaux du PRS, de la conception à la mise en œuvre des actions et à leur évaluation.**
- ✓ **Un suivi des actions efficace, en assurant une visibilité sur l'état d'avancement du PRS et de ses résultats.**
- ✓ **Une attention à porter aux résultats de l'action ancrée dans la culture professionnelle de l'ARS.**

Modalités de déclinaison opérationnelles

- **Communiquer pour assurer une visibilité des agents de l'ARS sur l'ensemble des travaux menés dans le cadre du PRS**
 - Combiner les supports documentaires fixes et les temps d'échange entre agents.
 - Créer un rythme de mise à jour de l'information identifié par les agents.
 - Identifier clairement les cibles à toucher par la communication et leurs caractéristiques.
 - Mettre en place des supports adaptés et concis pour une lecture facile du PRS.
 - Communiquer sur l'état d'avancement des travaux du PRS et ses résultats.
- **Organiser le suivi du PRS et la capacité à le décliner ultérieurement dans l'action**
 - Déterminer au préalable un calendrier adéquat de mise en œuvre.
 - Ecrire la procédure de déclinaison stratégique annuelle en amont, échanger avec les services sur sa faisabilité et la diffuser.
 - Mettre en place un comité dédié au pilotage du PRS en veillant à la mixité des profils et la

représentativité des services.

- Assurer une transparence des travaux du comité à l'ensemble des agents pour une meilleure appropriation du PRS.
- Déterminer les liaisons entre les services et ce comité pour une démarche ascendante et des réajustements si besoin.
- Associer dès le départ, l'ensemble des managers dans la construction et la mise en œuvre du PRS et les informer régulièrement de l'état d'avancement des travaux.
- Dégager le temps nécessaire pour assurer un suivi efficace du PRS et valoriser le temps de travail des agents pour toute action se rapportant au PRS (participation aux groupes de travail, animation territoriale, capitalisation...).
- Prendre en compte les missions dédiées au « PRS » dans la fiche de poste des agents et dans l'inscription des objectifs d'évaluation du personnel.
- Organiser des sessions de formations à l'outil de suivi du PRS à l'ensemble des managers des services, puis, dans chaque service, des formations à l'outil, par un manager préalablement formé.
- **Poursuivre la démarche d'évaluation en renforçant l'attention à porter aux résultats de l'action**
- Généraliser, au sein de l'ARS, la définition des résultats attendus de ses actions dès avant leur lancement et le suivi de ces résultats en cours de mise en œuvre.
- Définir un plan d'évaluation avec un calendrier identifiant les évaluations intermédiaires et finales.
- Définir un nombre limité d'indicateurs du PRS2 à suivre et communiquer sur l'évolution de ces indicateurs
- Favoriser les liens entre le département Evaluation et le service en charge du pilotage stratégique.
- Consulter les services en amont de l'évaluation, pour travailler sur les critères d'évaluation.
- Communiquer largement auprès des agents tout au long du processus d'évaluation (utilisation de supports adaptés, communication auprès des groupes de travaux dédiés au PRS).

Recommandation stratégique n° 3	GARANTIR LA LISIBILITE DE LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE ET DU SYSTEME DE SANTE PAR UNE POLITIQUE DE COMMUNICATION RENFORCEE
Argumentaire	
<ul style="list-style-type: none"> • La connaissance du PRS est inégale en externe en fonction des acteurs, mais ils adhèrent à ses orientations stratégiques et à ses principes. <ul style="list-style-type: none"> - Une connaissance limitée du PRS en externe : les acteurs rencontrés indiquent connaître les grands enjeux du PRS, mais n'en connaissent pas le détail. - Les acteurs se réfèrent rarement au document PRS. - Sans le connaître précisément, globalement, les acteurs adhèrent fortement aux orientations stratégiques du PRS. • Le PRS ne structure pas les positions et objectifs des acteurs mais fait référence pour certaines actions des associations et établissements. <ul style="list-style-type: none"> - Le PRS n'est pas un document de référence pour structurer le positionnement de chacun. - En dehors de quelques partenariats privilégiés, les acteurs institutionnels font peu apparaître les mises en cohérence des stratégies portées par chacun. - les acteurs opérationnels s'y réfèrent en revanche plus explicitement, c'est notamment le cas des acteurs associatifs et des établissements sociaux et médico-sociaux lors du montage de leurs projets. • Une communication partielle de l'ARS sur les résultats de son action. <ul style="list-style-type: none"> - La communication de l'ARS sur ses actions et ses résultats est le plus souvent réduite aux instances de démocratie sanitaire et CCPP. Des revues de presse ont pu être réalisées, mais elles ne couvraient que partiellement les réalisations de l'ARS, et leur fréquence et leur densité ont décliné en fin de PRS. - Comme il a été souligné par des acteurs rencontrés dans le cadre des évaluations, si les feuilles de route ont, jusque 2015, fait l'objet d'une diffusion large par le biais de leur présentation sur le site Internet de l'ARS, les bilans n'en ont jamais été rendus publics. - L'organisation des RQE a pu constituer un bon levier pour communiquer sur des évolutions (imputables ou non à l'Agence), mais là encore elles sont en général limitées à un public de professionnels directement concernés. - Au final, les constats dressés laissent l'impression d'une communication assez importante de l'Agence sur ses intentions et projets, mais plus erratique sur leur mise en œuvre et les effets produits (ce qui est sans doute lié aussi au fait que ces effets sont globalement peu documentés). - L'enjeu d'une telle communication serait de donner / partager avec les acteurs le sens et la portée des 	

actions, dans un souci d'acceptabilité de sa politique – incluant la prise en compte de critiques constructives et propositions concrètes permettant de la faire évoluer.

- **L'ARS est clairement reconnue comme l'acteur légitime pour définir la politique de santé sur le territoire régional**

- Un élément qui n'avait rien de naturel il y a 5 ans semble aujourd'hui « passé dans les mœurs » : l'idée d'un PRS légitime à porter une vision régionale.
- Au-delà du document en tant que tel, l'ARS est clairement positionnée comme l'acteur incontournable et de référence pour définir une politique de santé sur le territoire.

- **Une lisibilité de l'offre limitée pour se repérer dans le système de santé, tant pour les patients et les aidants que pour les professionnels.**

- Des outils attendus d'information (service public d'information) ne sont pas mis en place / Site Internet de l'ARS peu opérationnel.
- Les professionnels du premier recours ont du mal à jouer leur rôle d'orientation et d'information.
- L'importance du relais des associations d'usagers ou de patients et autres vecteurs/relais locaux (mairies, CLIC, officines de pharmacie, laboratoires de biologie médicale...) est mise en avant.
- La politique régionale est peu performante sur la transmission d'information permettant aux usagers de s'orienter dans le système de santé et pour rendre lisible le système. En particulier, le système reste encore peu « lisible » pour les urgences, les dispositifs pour les personnes âgées, pour le handicap (maintien/aides à domicile), pour le soutien aux aidants.
- Des besoins sont identifiés :
 - le besoin d'une stratégie de communication globale et cohérente organisée et pilotée par l'ARS.
 - le besoin de plus de visibilité du système pour les professionnels pour disposer des outils et moyens de l'orientation pertinente.
 - le besoin d'information plus claire et simple pour les usagers notamment pour l'accessibilité/visibilité de l'offre.
 - des besoins d'informations très importants et en partie non satisfaits, d'autant plus pour certains publics plus difficiles à atteindre : précaires, en situation de vulnérabilité, de dépendance, personnes âgées et familles/aidants.

- En outre, sont relevés :
 - des problèmes d'identification des besoins « locaux » persistent notamment en termes

d'accompagnement/soutien des aidants.

- des difficultés dans la coordination du parcours de soins. Les aidants ne se sentent pas assez soutenus, accompagnés (« Parcours du combattant »).
- des associations d'usagers qui sont obligées de pallier les manques du système de santé notamment pour les aidants en situation d'urgence

Résultats attendus / Objectifs de la recommandation

- ✓ **Un PRS mieux connu par les partenaires de l'ARS.**
- ✓ **Un système de santé lisible pour une meilleure orientation des usagers et l'amélioration du repérage dans le système de santé.**
- ✓ **Des supports et des canaux de communication et d'information adaptés et diversifiés.**

Modalités de déclinaison opérationnelles

- **Elaborer un Plan de Communication externe sur le PRS : permettre une lecture facile du PRS par les partenaires via des supports adaptés**
 - Combiner les supports documentaires fixes et les temps d'échange avec les partenaires.
 - Créer un rythme de mise à jour de l'information identifié par les partenaires.
- **Assurer une communication et une information (simple) aux patients, aux aidants et aux professionnels de santé sur l'offre de santé**
 - Développer une approche populationnelle du site internet de l'ARS : par une entrée « Particuliers » (créer un volet sur les modalités de déclaration de plaintes, réclamations et leurs conditions de traitement ; créer une foire aux questions (FAQ)...).
 - Rechercher la simplification dans les informations diffusées et les modalités de diffusion et diversification des supports pour les adapter aux publics (Site internet, téléphone, papier...).
 - Développer les complémentarités (autant que possible) entre l'ARS et l'Assurance Maladie (exemple : logique de portail « pratique » entre les sites de l'ARS et de l'Assurance maladie (AMELI)).
 - Développer la mise à disposition d'informations pour l'ensemble des professionnels de santé (mettre à disposition ou faire connaître le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) et l'utiliser comme relais pour les usagers).
 - Renforcer le rôle des acteurs et professionnels de santé comme relais d'information et d'orientation (CLIC, CCAS, Mairie, professionnels de santé (médicaux et paramédicaux), Maisons des Adolescents, MDPH, Conseil départemental, associations d'usagers du système de santé...).
- **Davantage échanger avec les acteurs et partenaires de l'ARS**

- Améliorer la communication de l'ARS sur ses actions et leurs résultats, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre du PRS.
- Définir la stratégie de communication vis-à-vis des acteurs concernés dans le cadre d'une démarche de démocratie participative.
- Construire une démarche d'amélioration et de partage de connaissances sur les problématiques santé - précarité et les réponses apportées, en associant largement les institutions et collectivités.
- Renforcer l'observation et le suivi des données sur les problématiques de santé des jeunes dans un cadre partenarial.
- Répondre aux besoins d'informations des acteurs sur les dispositifs expérimentaux (état des lieux et évaluation).
- Assurer systématiquement un retour d'informations consolidées aux opérateurs et partenaires qui ont participé à une enquête conduite par l'ARS.
- Communiquer sur l'offre en santé.
- Redéfinir un circuit de retransmission des plaintes (à l'ARS et CD...) pour savoir ce qui est fait des réclamations et les utiliser comme leviers de progrès.

Recommandation stratégique n° 4	ADAPTER LE DEPLOIEMENT DU PRS AUX SPECIFICITES DES TERRITOIRES PAR UNE ANIMATION TERRITORIALE DE L'ARS ETAYEE EN PROXIMITE
Argumentaire	
<ul style="list-style-type: none"> • Des attentes de territorialisation accrue de l'action de l'ARS et un enjeu de soutien des Directions Métier aux délégations territoriales. <ul style="list-style-type: none"> - Les acteurs (opérateurs de prévention, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées) jugent pour les deux tiers d'entre eux que l'action de l'ARS a évolué vers une meilleure adéquation aux contextes départementaux, que ce soit à la population ou aux partenariats. En revanche, ils sont moins nombreux (autour de la moitié) à juger que c'est le cas au niveau infra-départemental. - Une pluralité d'acteurs relève la nécessité de faire monter en charge l'animation territoriale de l'ARS, avec un rôle éventuellement plus décisionnaire, pour améliorer l'adaptation de la politique aux situations des territoires, mieux travailler sur les découplages d'acteurs ou encore renforcer le dialogue de l'ARS avec les acteurs locaux. La territorialisation de l'action de l'ARS est revenue assez fréquemment dans les réponses des personnes interrogées sur les priorités à retenir dans le cadre du PRS 2, parfois couplée avec la réduction des inégalités territoriales. - Du point de vue des délégations territoriales de l'ARS, des « diagnostics flash » par territoire de proximité qui ont généralement été appréciés comme un support utile à l'animation territoriale. • Des pratiques de l'ARS qui portent des risques de creusement des inégalités entre zones dynamiques et zones moins dynamiques. <ul style="list-style-type: none"> - Une pratique de l'ARS dans le déploiement de certains dispositifs (MSP, CLS...) qui a très généralement consisté à accompagner les dynamiques d'acteurs existantes, sans forcément chercher à en susciter là où elles n'existaient pas. - Un développement d'expérimentations, sur la base d'appels à projet et à candidature, sans définition de conditions de généralisation ou de duplication, ayant pu créer de fait des inégalités entre les territoires où elles étaient mises en œuvre et les autres. - Un risque que se creusent des inégalités entre les zones de la région dynamiques, où les acteurs portent des projets, et les zones moins dynamiques. • Une action de l'ARS qui a pu faciliter l'interconnaissance entre acteurs et, par suite, changer leur manière de travailler, même si des marges de progrès demeurent. <ul style="list-style-type: none"> - Encouragée et accompagnée par l'ARS à travers une diversité d'actions, l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs est encore perfectible, et variable selon les types 	

d'acteurs.

- Un apport des actions de l'ARS en termes de connaissance des acteurs entre eux qui fait l'objet d'une appréciation mitigée : tous acteurs confondus, ils sont entre 39% et 49% à juger que l'action de l'ARS a eu un apport important ou déterminant quant à la connaissance des missions et contraintes d'autres acteurs.
- La connaissance du premier recours et de ses missions est celle qui a été le moins favorisée par les actions de l'ARS (tous acteurs confondus, 60% jugent que l'action de l'ARS a eu un apport faible ou nulle dans ce domaine).
- Globalement, le premier recours et le médico-social sont les champs pour lesquels l'action de l'ARS a le moins favorisé la connaissance d'autres acteurs (respectivement 68% et 75% jugent cet apport faible ou nul), avec le cas particulier des établissements de santé considérant à 64% que l'action de l'ARS a amélioré un peu ou beaucoup leur connaissance des acteurs de premier recours et de leurs missions.
- 71 % des coordinateurs et gérants de MSP/PSP considèrent que l'action de l'ARS n'a amélioré que pas ou peu leur connaissance des établissements de santé et de leurs missions.
- Les différences de culture professionnelles, notamment entre ville et hôpital, sont encore pointées comme des limites.
- Une partie de l'action de l'ARS a contribué à complexifier le paysage (plateformes diverses, SRAE...), avec pour conséquence une difficulté accrue des acteurs à repérer qui fait quoi.
- Une amélioration de l'interconnaissance entre acteurs qui a changé les manières de travailler de la moitié d'entre eux (49%) tous acteurs confondus, et n'a rien changé pour l'autre moitié (51%).
- **Des incitations variées de l'ARS pour faire progresser le travail commun entre acteurs qui, si elles n'ont pas produit la plénitude de leurs effets, ont fait évoluer les perceptions – socle sur lequel l'ARS peut s'appuyer pour intensifier son action.**
- En dépit de niveaux de réalisation inégaux, une dimension « travailler ensemble entre acteurs » qui a irrigué les différents travaux de l'ARS, modifiant les représentations des acteurs à défaut de susciter à proportion des réalisations concrètes.
- Des Contrats locaux de santé qui ont constitué une dynamique réelle qui fait travailler les acteurs ensemble.
- Avec 15 protocoles de coopération « HAS » mis en œuvre en région, les Pays de la Loire qui se placent au rang 6/22 des régions françaises (plus de 250 professionnels). Certains de ces protocoles regroupent jusqu'à 44 professionnels de santé, et ont pu entraîner des réductions de délais de prise en charge des patients (ex. protocole ophtalmo-orthoptistes).
- Des appels à projets ont pu contribuer à faire travailler des acteurs ensemble.
- La contractualisation avec les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes handicapées a intégré des objectifs de

décloisonnement (83 % des établissements de santé avaient dans leur CPOM des objectifs de décloisonnement avec des opérateurs des autres champs).

- La politique de restructuration des réseaux de santé n'a pas été menée à son terme et a pu générer des flottements dans les articulations entre acteurs (ex. addictologie).
- La grande majorité des acteurs partagent désormais l'idée que le décloisonnement est une nécessité, notamment dans un contexte de ressources contraintes. Néanmoins, la traduction en acte demeure difficile, en particulier entre ville et hôpital.
- Des progrès du décloisonnement observés tenant aux dynamiques d'acteurs, que l'accompagnement de l'ARS a pu faciliter mais rarement initier *ex nihilo* (CLS, MSP). Il repose aussi sur des ressources suffisantes pour l'investir (disponibilité des professionnels, temps dédiés à la coordination...).
- La coordination des acteurs *lato sensu* (interfaces, fluidité, parcours, intégration, aval de l'hôpital...), est la priorité le plus fréquemment émise pour le PRS 2 par les personnes interrogées dans le cadre des investigations (entretiens et enquêtes), largement devant les autres propositions, signe d'attentes particulières du terrain dans ce domaine.
- Une augmentation des échanges d'information entre acteurs concernant les usagers, même si la mise en place de systèmes d'information interopérables, qui a concentré l'essentiel des efforts de l'ARS dans le domaine de l'échange d'information entre acteurs, est largement inachevée.
- Des attentes élevées des acteurs, notamment en premier recours, pour le développement d'outils d'échange d'informations opérationnels, avec un accompagnement du GCS e-Santé parfois jugé insuffisamment opérationnel.
- La diffusion des nouvelles technologies peut être une solution pour lutter contre les effets de métropolisation et de développement des inégalités territoriales.
- **Des travaux sur les parcours de santé qui restent inachevés en dehors du champ des personnes âgées.**
- Fort investissement par l'ARS du développement de coordinations et d'intégration entre acteurs pour améliorer le parcours des personnes âgées, assis sur une stratégie de déploiement. En revanche, dans les autres champs, les actions favorisant la coordination et l'intégration des acteurs sont moins organisées (pas de stratégie d'ensemble très construite) et apparaissent plus morcelées.
- **La politique de réduction des inégalités territoriales d'offre dans le champ du handicap a été menée avec rigueur et les objectifs fixés dans le PRS sont atteints, mais elle n'épuise pas la question de la réponse aux besoins faute d'une connaissance suffisamment fine de ceux-ci.**
- La réduction des inégalités territoriales dans l'offre médico-sociale était l'un des objectifs phares du PRIAC. Il est très généralement reconnu que la préoccupation de réduire les inégalités de l'offre a été déterminante dans la politique de planification médico-sociale de l'ARS

(redéploiement, mesures nouvelles).

- Le mécanisme des appels à projets a constitué un levier facilitant pour piloter le rééquilibrage de l'offre par rapport aux mécanismes administratifs antérieurs.
- Les dynamiques de création (nettes ou par transformation) de places nouvelles par l'ARS ont dans la majorité des cas suivi scrupuleusement l'objectif de convergence des taux d'équipement à l'horizon 2016, y compris au prix de gels de créations - voire de suppression - de places sur certains territoires.
- L'offre médico-sociale est à la fois le domaine où l'impact de l'action de l'ARS en termes de réduction des inégalités territoriales est le mieux identifié, et où le jugement des acteurs est le plus positif - en particulier chez les responsables d'établissements et services de ce secteur.
- Dans le champ médico-social handicap, la convergence des taux d'équipement a été réelle, mais n'épuise pas la question de l'adéquation aux besoins, y compris dans les territoires réputés les mieux dotés. En effet, si cette politique a atteint ses buts, elle pâtit toujours d'une connaissance insuffisante des besoins (liée à un accès inégal aux données des MDPH et aux pratiques d'orientation *a priori* hétérogènes des Commissions Départementales de l'Autonomie) qui contraint l'ARS à raisonner sur la base de la population générale (*versus* population effectivement requérante), et surtout empêche de calibrer de manière fine le type d'offre à autoriser.
- **Une participation collective des usagers sur les territoires qui reste à améliorer.**
 - Le territoire, là où peuvent clairement se préciser, s'exprimer les besoins spécifiques, reste peu opérationnel comme échelon de la démocratie en santé (les représentants d'usagers parlent d'une « place plus difficile à prendre dans les instances territoriales / les conférences de territoires ne fonctionnent pas bien »).
 - L'expression des usagers n'appartenant pas à une association reste faible, en l'absence de débats publics, ou de sites/groupes d'expression libre.
 - Le PRS ne permet pas d'identifier clairement les besoins locaux dans la proximité pour une meilleure répartition des places par territoire, pour assurer un bon accompagnement des patients et des aidants. Il ne permet pas d'atteindre le «zéro sans solution».
 - Les usagers se déclarent prêts à s'investir dans les questions de santé et dans le système de santé.
- **Des actions spécifiques nécessaires dans le champ des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour les usagers.**
 - Un accès au système de santé pour les personnes handicapées restant difficile ; leur renoncement aux soins et à l'accompagnement est encore important. La charte Romain Jacob est un levier fortement attendu.
 - Un manque de visibilité du système de santé en particulier pour les urgences, les dispositifs de soutien aux aidants et de prise en charge des personnes âgées et handicapées.

- Dans le champ du handicap, des représentants des usagers qui sont très impliqués.
- La représentation des usagers dans le champ des personnes âgées est plus difficile : les Conseils de Vie Sociale fonctionnent relativement mal car les usagers sont très âgés, les espérances de vie sont courtes à l'entrée en EHPAD et des familles sont peu mobilisables.

Résultats attendus / Objectifs de la recommandation

- ✓ **Une connaissance plus fine des besoins spécifiques à chaque territoire pour y répondre de manière adaptée.**
- ✓ **Un encadrement de l'ARS permettant un accompagnement, une animation des instances territoriales et des échanges d'informations permanents entre directions métier de l'ARS, Délégations Territoriales de l'ARS et instances territoriales.**
- ✓ **Le décloisonnement des acteurs et l'impulsion dans les zones les moins dynamiques ou les plus fragiles des territoires de santé, comme priorités de l'animation territoriale renforcée de l'ARS.**
- ✓ **Des parcours de santé adaptés à l'ensemble des publics, notamment par la mise en œuvre opérationnelle de la charte Romain Jacob.**

Modalités de déclinaison opérationnelle

- **Accroître le soutien aux délégations territoriales pour une meilleure adéquation de la mise en œuvre du PRS aux problématiques locales**
 - Augmenter la réactivité de l'ARS dans ses relations avec les partenaires et les opérateurs de terrain.
 - Organiser un appui des Directions Métier de l'ARS aux Délégations Territoriales -sur la connaissance des territoires pour améliorer les capacités d'intervention et de négociation des Délégations Territoriales avec les acteurs (disposer de diagnostics fins au niveau infra-territorial).
 - Au niveau infra-départemental, différencier la déclinaison du PRS en fonction des problématiques identifiées dans le cadre des diagnostics plutôt que dérouler de manière uniforme et systématique le PRS sur chaque point du territoire.
 - Décliner localement la politique régionale de santé avec l'ensemble des acteurs concernés, au travers des CLS et des autres outils territoriaux de développement.
- **Contribuer à l'interconnaissance des acteurs et des dispositifs**
 - Dans la mesure du possible, prévenir la sédimentation des dispositifs et structures, contrariant la lisibilité du paysage et, par suite, l'interconnaissance des acteurs.
 - Rendre lisible à tous les acteurs l'ensemble des dispositifs et instances visant la coordination,

dans un paysage complexifié par les outils introduit par la loi de modernisation du système de santé (l' « ARS cartographe »).

- Dans la mise en œuvre des actions de l'ARS, favoriser chaque fois que possible les modalités favorisant l'interconnaissance entre acteurs, en associant tout particulièrement les acteurs du premier recours et du champ médico-social.
- Provoquer des rencontres ville-hôpital sur des sujets opérationnels d'intérêt commun.
- « Donner envie » de travailler ensemble : Assurer une publicité accrue aux leviers ayant favorisé le « travailler ensemble » dont la plus-value opérationnelle a été démontrée, notamment pour le premier recours et les établissements de santé.
- Valoriser les conseils de vie sociale en organisant une rencontre annuelle des CVS par territoire, pour échanger sur leur fonctionnement et mettre en avant les bonnes pratiques. Mettre en place une synthèse de l'activité des Conseils de Vie Sociale (comme pour les CRUQPC).
- **Impulser les décloisonnements au niveau infra-territorial**
 - Faciliter le décloisonnement infra-territorial et la coordination des acteurs à ce niveau en s'appuyant sur les outils législatifs récents.
 - Développer une stratégie proactive pour susciter des dynamiques de coopération là où elles font défaut et où les enjeux le justifient.
 - Chercher des solutions appropriées en matière d'offre de soins en travaillant étroitement avec tous les acteurs dans les zones avec faible dynamisme ou présentant des signes de fragilité (sociale, par ex.).
 - Travailler les interfaces entre le médico-social, le sanitaire et le social (ex. Aide Sociale à l'Enfance).
 - Poursuivre et encourager le décloisonnement des secteurs médico-sociaux, par la mise en commun de moyens financiers de l'ARS et des départements pour financer et prendre en charge les temps de coordination de tous les acteurs y compris sociaux.
 - Fiabiliser la pérennité des coordinations en y dédiant des ressources (notamment dans le cas des CLS).
 - Communiquer régulièrement sous une forme à définir sur l'amélioration de l'accès aux soins (charte Romain Jacob) avec quelques indicateurs traités annuellement accompagnés de témoignages et de conseils et regrouper des acteurs signataires (par territoire, par exemple) pour la mise en œuvre de certains axes prioritaires.
- **Accentuer le déploiement de la logique parcours**
 - Systématiser la logique parcours dans l'approche par l'ARS de sa politique régionale de santé, fondement et modalité de mise en œuvre des deux premières orientations stratégiques du PRS 1 (personne au cœur des préoccupations du système de santé, proximité organisée).

- Etendre la structuration des organisations de type parcours au-delà du champ personnes âgées, et notamment :
 - Formaliser et opérationnaliser les parcours d'accompagnement des personnes en grande vulnérabilité centrés sur des situations problématiques et des risques de ruptures plutôt que sur des catégories de publics.
 - Mettre en place une stratégie opérationnelle de déploiement de parcours de santé pour des patients vivant avec une maladie chronique.
- **Renforcer la capacité de l'Agence à évaluer les besoins, notamment au service de l'animation territoriale**
- Développer le croisement des données thématiques disponibles au sein de l'ARS pour mieux objectiver la situation des territoires (notamment dans une visée de lutte contre les inégalités territoriales) – idée de « profils » par territoire.
- Identifier les besoins réels par bassin de population.
- Finaliser l'harmonisation de l'offre médico-sociale (PH) en région, en s'appuyant sur des études de besoin mieux documentées.
- **Améliorer la participation collective des usagers sur les territoires**
- Recueillir les besoins spécifiques des usagers par territoire :
 - Associer les associations d'usagers à la remontée des besoins de proximité, à la définition des projets de santé des MSP....
 - Associer (autant que possible) les usagers à l'élaboration des contrats locaux de santé (avant contractualisation) et les impliquer dans la mise en œuvre.
 - Utiliser les conseils territoriaux de santé pour recueillir les besoins des usagers non membres d'une association par l'intermédiaire de la formation spécifique du CTS.
 - S'appuyer sur les Conseils de Développement dans les réflexions en matière de santé.
- Définir le circuit d'information, avec retours d'informations, entre les différentes instances de démocratie en santé et l'ARS.
- Promouvoir autant que possible la représentation des usagers du domicile (du secteur ambulatoire). Définir les modalités d'expression et le recueil de la parole de l'utilisateur, au sein des associations /services d'aide à domicile.
- Définir un indicateur d'expression collective des usagers (Exemple : manifestations/actions organisées par les usagers...).

Recommandation stratégique n° 5	CREER LES CONDITIONS FAVORABLES A LA VIE EN MILIEU ORDINAIRE PAR LA COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES ET L'ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS
Argumentaire	
<ul style="list-style-type: none"> • La politique de l'ARS visant à promouvoir la vie en milieu ordinaire a modifié de manière significative la perception des acteurs ; cependant, ses effets concrets – réels – sont encore peu perçus et cette orientation ne répond pas aux besoins de la totalité des publics. - Une évolution favorable de la perception des acteurs sur l'intérêt d'une offre sanitaire et médico-sociale privilégiant la vie en milieu ordinaire est constatée, nonobstant une mise en garde d'une partie des acteurs contre un systématisme de ce mode d'accompagnement. - Les acteurs consultés dans le cadre des investigations identifient comme une priorité l'inscription dans le prochain PRS de solutions favorisant la vie en milieu ordinaire, dans le champ sanitaire (HAD, chirurgie ambulatoire) comme dans le champ médico-social (poursuite du mouvement de désinstitutionalisation). - La visibilité des effets de la politique de l'ARS en matière de soutien à la vie en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap n'est pas toujours flagrante pour les acteurs. - L'offre de services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées a connu une progression significative en volume entre 2010 et 2016 (augmentation du nombre de places de services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées de 25 % sur le secteur enfants comme sur le secteur adulte), soutenue tant par des créations de places que par des redéploiements d'offre institutionnelle. - La part des services dans l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées a progressé, et le niveau de rééquilibrage escompté dans le cadre du PRS est pratiquement atteint (la situation est cependant très contrastée entre le secteur adulte et le secteur enfance, au bénéfice de ce dernier). - L'évolution de l'offre médico-sociale privilégiant la vie en milieu ordinaire s'est accompagnée d'une posture de l'ARS privilégiant les solutions souples et inclusives. - Les progrès sont moins documentés et plus mitigés en ce qui concerne l'insertion en milieu ordinaire de travail des personnes en situation de handicap. - Au-delà des données d'équipement, il est difficile de documenter avec précision l'impact en termes de réponse aux besoins, faute d'une connaissance fine de ces derniers dans le champ du handicap. - Certaines situations ne peuvent faire l'objet d'un accompagnement en milieu ordinaire, et requièrent une prise en charge institutionnelle ; certains acteurs indiquent que tous les besoins dans ce domaine ne sont pas couverts. - Hormis dans le champ de la psychiatrie, l'investissement trop récent de l'ARS sur le développement de l'hospitalisation à domicile rend prématurée l'émission de constats sur les effets de cette 	

politique.

- **Favoriser la vie en milieu ordinaire des personnes âgées, en situation de handicap ou malade ne relève pas d'une compétence exclusive de l'ARS.**

- Les leviers pour garantir le libre choix de la vie en milieu ordinaire sont répartis entre plusieurs acteurs : dans le champ médico-social compte tenu du partage des compétences entre l'ARS et les autres institutions (en particulier les Conseils Départementaux - SAD, plans d'aide APA, PCH...), mais aussi dans le champ de la médecine de ville.

- **L'objectif de développer l'ETP en premier recours n'a été que très faiblement atteint, et des éléments de contexte récents questionnent ses modalités de mise en œuvre.**

- La continuité de l'accompagnement après l'hospitalisation et l'enjeu de l'accessibilité de l'offre justifient sur le fond le choix de développer l'ETP en premier recours.
- Un déploiement de l'ETP essentiellement dans les établissements de santé, beaucoup plus réduit au niveau du premier recours (12 programmes d'ETP développés en premier recours sur la période, contre 173 en établissements de santé).
- Des marges de progrès sont constatées au vu de l'évolution du ratio « nouveaux bénéficiaires d'un programme d'ETP / nouveaux patients en ALD » (40% en 2014).
- Des « effets d'aubaine » ont pu être signalés dans le cadre des évaluations du PRS, en matière de demande de crédits pour mettre en place des programmes d'ETP dans les établissements de santé.
- Les exigences réglementaires sur l'ETP (40 heures de formation quelle que soit la profession – auxquelles s'ajoute la formation obligatoire des coordonnateurs) sont difficiles à remplir pour de nombreux professionnels libéraux.
- Le nouveau règlement arbitral ne prévoit pas la rémunération des activités d'ETP.
- Compte tenu de l'investissement que cela suppose, les MSP peinent à atteindre un volume critique de patients pour développer des programmes d'ETP labellisés, mais certaines font tout de même des actions d'ETP.

- **L'aide aux aidants a été bien moins investie dans le champ du handicap et des maladies chroniques que dans le champ des personnes âgées et, sur ce dernier, avec des succès inégaux.**

- L'aide aux aidants a été bien davantage travaillée dans le secteur des personnes âgées que dans les autres secteurs.
- Dans le champ du handicap et des maladies chroniques, les solutions d'aide aux aidants sont marginales dans le cadre du premier PRS, alors même que l'orientation de l'offre vers les solutions privilégiant le milieu de vie ordinaire y était prioritaire.
- Une sollicitation accrue des aidants par le développement des dispositifs favorisant le maintien à domicile.

- La soutenabilité de la vie en milieu ordinaire dépend de la capacité de l'entourage à assumer la charge (matérielle, physique, psychologique) qui en découle.
- L'offre de répit (hébergement temporaire, accueil de jour ou de nuit) a été davantage travaillée dans le champ des personnes âgées que dans le champ du handicap, compte tenu notamment de la difficulté à atteindre une taille critique en respectant proximité et spécialisation des accompagnements par type de handicap.
- Un développement d'une offre de répit tout de même réalisé dans le champ du handicap, mais globalement faible et avec une progression différenciée (accueil de jour ou hébergement temporaire, public enfant ou adulte).
- En dehors du champ des personnes âgées, il y a eu peu d'investissement de l'ARS sur des propositions d'aide aux aidants complémentaires de l'offre de répit.
- L'impact de ces aides sur les aidants est difficile à documenter, même si l'intérêt de cette aide n'est pas en soi remise en cause.
- Des freins sont identifiés dans l'utilisation des dispositifs d'aide par les aidants dans le champ personnes âgées : information, transports, freins psychologiques des aidants.
- Les investigations concernant les usagers ont mis en exergue les constats suivants :
 - des besoins d'informations très importants et en partie non satisfaits, d'autant plus pour certains publics plus difficiles à atteindre : précaires, en situation de vulnérabilité, de dépendance, personnes âgées et familles/aidants ;
 - des problèmes d'identification des besoins «locaux» persistent notamment en termes d'accompagnement/soutien des aidants. L'articulation avec le Conseil Départemental n'est pas jugée optimale pour favoriser l'aide aux aidants ;
 - des difficultés majeures ont été rapportées dans la coordination du parcours de soins. Les aidants ne se sentent pas assez soutenus, accompagnés (« Parcours du combattant ») ;
 - les associations sont obligées de pallier les manques du système, notamment pour les aidants en situation d'urgence ;
 - la non-disposition d'un médecin généraliste peut priver de la possibilité de recours à des solutions de répit (pour lesquelles il faut une prescription médicale) ;
 - il est difficile de savoir si les places de répit (pas toujours connues) répondent aux besoins locaux.

Résultats attendus / Objectifs de la recommandation

- ✓ **Une qualité et une articulation des prestations à domicile (ou en milieu ordinaire) qui permettent effectivement d'éviter une institutionnalisation.**

- ✓ **Des aidants en capacité d'accompagner leur proche âgé, handicapé ou malade sans que leur état de santé (physique, psychologique) en soit impacté.**
- ✓ **Une stratégie révisée et performante de développement de l'ETP en premier recours.**

Modalités de déclinaison opérationnelles

- **Contribuer à construire de manière concertée avec les collectivités territoriales, notamment les départements, et les services de l'Etat (Education Nationale, Travail) une politique globale de libre choix de la vie en milieu ordinaire des personnes âgées, handicapées ou malades**
 - Préférer à la priorité de la vie en milieu ordinaire la notion de libre choix de la vie en milieu ordinaire : vigilance pour que les besoins en offre institutionnelle soient couverts pour les publics à qui cette solution s'impose compte tenu de leur état de santé et/ou de leur isolement (que ce soit dans le champ sanitaire ou médico-social), que les personnes vivant à domicile ne le fassent pas par défaut, et bénéficient des prestations nécessaires.
 - Renforcer les relations avec les collectivités territoriales pour que l'offre de la compétence de l'ARS soit complétée par les autres dispositifs concourant au maintien à domicile, dans un objectif d'effectivité du choix de la vie en milieu ordinaire.
 - Sans préjudice de l'axe de développement du milieu ordinaire, exercer une vigilance sur les besoins non couverts en offre institutionnelle.
 - Favoriser l'accompagnement de la personne vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique au plus près de son milieu de vie et clarifier les attentes en matière de «virage ambulatoire» pour renforcer l'intégration des personnes handicapées psychiques dans la société.
 - Développer les filières aval (Médico-social ou domicile "renforcé") pour accueillir les patients ayant perdu l'autonomie.
- **Affirmer une politique d'aide aux aidants comme corollaire obligatoire de la politique favorisant la vie en milieu ordinaire**
 - Intégrer la dimension de soutien aux aidants comme une mission à part entière des dispositifs de soutien en milieu ordinaire qui existent ou se créent, y compris pour les malades chroniques et les personnes en situation de handicap, plutôt que de créer des outils spécifiques.
 - Tout en conservant une vision globale dans l'approche de l'aide aux aidants, adapter l'amplitude de mise en œuvre entre personnes âgées et personnes en situation de handicap en saisissant les opportunités nationales.
 - S'appuyer sur les données probantes de la littérature pour engager des actions au bénéfice des aidants.
 - Organiser le repérage des aidants (en lien avec les Conseils Départementaux) pour mieux les accompagner.
 - Organiser un observatoire des besoins au niveau territorial via différents dispositifs tels que les

CLIC, MAIA...

- Développer des « plans d'anticipation » de soutien et d'information aux aidants.
- Intensifier la communication sur les solutions de répit aux aidants / faire connaître l'offre de répit sur le territoire.
- Repérer et faire connaître les expériences/actions d'intérêt (ex : associations comme Anjou Aidants : plateforme de relais de services et d'informations financée par la ville d'Angers et la DIRECCTE).
- Réaliser un document à remettre à tous les aidants comprenant les numéros de téléphone à contacter en cas d'urgence, les possibilités de répits...
- Faire connaître la consultation Santé de l'aidant (reprise par le Plan Maladies Neurodégénératives) aux médecins généralistes.
- **Renforcer la promotion de l'éducation des patients par les acteurs du premier recours (ETP et autres modalités de développement des compétences et de l'autonomie)**
- Promouvoir l'accès à l'ETP via les différents acteurs et dispositifs : PRADO, Réseaux de santé, ASALEE, professionnels de santé y compris dans le cadre des exercices professionnels regroupés.
- Poursuivre la mise en place des protocoles de coopération type ASALEE (proposant de l'ETP).
- Développer l'organisation de la médecine de 1er recours autour de l'accompagnement des patients vivant avec une maladie chronique.
- Etudier la mise en œuvre de l'ETP en premier recours sur une base territoriale élargie, à l'aune des réformes récentes (texte sur les formations, règlement arbitral, émergence des Communauté Professionnelles Territoriales de Santé...), en lien avec les programmes déployés dans les établissements de santé.
- Diversifier les modalités de développement des compétences et de l'autonomie des patients par des actions d'éducation à la santé, en lien notamment avec des associations.

Recommandation stratégique n° 6	FAVORISER L'ACCES AUX SOINS EN INVESTISSANT DAVANTAGE L'ORGANISATION DES SOINS SPECIALISES ET DE LEUR ARTICULATION AVEC UN PREMIER RECOURS PLUS SECURISE
Argumentaire	
<ul style="list-style-type: none"> • La démographie des spécialités médicales et leur répartition est un sujet que l'ARS a relativement peu investi dans la période du PRS 2012-2016, et des questions d'accessibilité se posent pour certaines d'entre elles. <ul style="list-style-type: none"> - Lors du premier PRS, les efforts ont principalement portés sur les professionnels de premier recours. - La question des spécialités médicales, en ville, a été relativement peu investie, hormis des travaux d'identification de spécialités pour lesquelles l'accessibilité posait question, et qui ont été mises en vigilance. - Des inquiétudes se font jour en termes d'accès des patients, au vu des données sur la démographie médicale, dans un certain nombre de spécialités. - Certaines initiatives lancées par l'ARS (consultations avancées dans les hôpitaux de proximité) n'ont pas été menées à termes, même si d'autres dispositifs (assistants spécialistes en temps partagé) ont connu un soutien notable de l'ARS. - A titre d'illustration, 18 contrats de praticien de médecine générale (PTMG) ont été signés en région. - L'organisation de l'offre de spécialités en ville figure parmi les préoccupations de l'URPS Médecins Libéraux. - L'examen de 15 spécialités médicales met en évidence une baisse globale de la densité de professionnels et un creusement des inégalités de densité entre départements de la région entre 2011 et 2015, y compris sur des spécialités sous vigilance de l'ARS. - Des tensions démographiques sur certaines spécialités plaident pour une approche en termes de complémentarité accrue entre offre en ville et offre en établissement de santé. • L'important accompagnement par l'ARS des dynamiques d'acteurs pour créer des MSP/PSP est crédité d'un effet sur la démographie en premier recours. Pour autant, ce phénomène ne concerne qu'une part modeste des professionnels de santé, la densité de médecins généralistes en région diminue un peu, les écarts entre départements se creusent et certaines zones (y compris urbaines) connaissent d'importantes difficultés. <ul style="list-style-type: none"> - Le renforcement du premier recours (y compris le soutien/ appui aux professionnels), et en particulier les questions de démographie médicale, arrivent en troisième position des priorités pour le PRS 2 les plus souvent mises en avant dans le cadre des investigations. - L'ARS a fortement accompagné le développement des MSP/PSP sur une base souvent territoriale, 	

mais ce modèle est minoritaire.

- La période a connu une création extrêmement importante de MSP/ PSP (68 MSP/PSP en 2016, contre 8 fin 2011).
- Les MSP/PSP sont réputées avoir eu un effet bénéfique sur la démographie des professionnels du premier recours (enquête auprès des établissements de santé et des professionnels MSP/PSP qui jugent par ordre décroissant cet effet sur la démographie : maintien, augmentation, limitation de la diminution), sans toutefois que cet impact soit documenté par des études statistiques
- Les MSP/PSP ne réunissent néanmoins qu'une faible proportion des professionnels de santé de la région (de l'ordre de 10% des professionnels à l'automne 2016).
- Le déploiement des MSP/PSP n'a pas été homogène sur les territoires.
- Les MSP/PSP n'ont pas toutes atteint le même niveau de maturité, notamment en matière de projets de santé et ce modèle n'a pas diffusé sur l'ensemble des territoires, en particulier urbains.
- Dans cette première phase, la logique de l'ARS a été d'accompagner les projets existants, les dynamiques locales. En fin de PRS, et *a priori* dans la plupart des départements, les dynamiques existantes qui pouvaient être accompagnées l'ont été pour l'essentiel. Le nouveau défi pour l'ARS est d'aller impulser des dynamiques là où elles font défaut, et tout particulièrement dans les zones où une faible mobilisation des acteurs se double d'un fléchissement de la démographie des professionnels de santé du premier recours.
- Le devenir des étudiants (lieu d'installation et modalités d'exercice en fin d'étude) est très mal connu des facultés de médecine.
- L'impact de l'action de l'ARS sur la réduction des inégalités interdépartementales dans l'offre de premier recours est à la fois le moins connu et le moins souvent jugé effectif (20%) par les acteurs, à l'inverse du champ médico-social.
- Les écarts de densité en médecins généralistes se creusent entre 2011 et 2015, année où le département le mieux doté a une densité près de 1,4 fois supérieure à celle du département le moins bien doté.
- En dépit des dispositifs déployés, un solde négatif des installations de médecins généralistes dans les zones fragiles en fin de PRS, notamment en Sarthe et en Vendée, malgré une opinion plutôt favorable des professionnels sur l'impact de l'ARS en termes de réduction des écarts intra-départementaux de l'offre de premier recours.
- Les solutions aux problématiques démographiques reposent sur une synergie entre l'action de l'ARS, qui ne dispose pas de tous les leviers, et les dynamiques locales.
- D'une manière plus générale, l'ARS n'a pas seule la main sur les questions de démographie des professionnels de santé : les collectivités territoriales peuvent avoir un rôle pour améliorer l'environnement des professionnels (et le sujet de la démographie des médecins généralistes intéresse les élus locaux).

- Dans ce contexte, l'idée de modalités plus souples d'exercice collectif inter-professionnel a pu être évoquée, éventuellement comme phase de transition avant que les acteurs soient en mesure de rentrer dans le cadre MSP/PSP.
- Des pratiques de l'ARS (logique d'accompagnement des dynamiques existantes – CLS, MSP...-, expérimentations...) peuvent être porteuses de risques d'accroissement des inégalités entre les territoires dynamiques et ceux qui le sont moins.
- La « proximité organisée » du premier PRS va bénéficier des nouvelles technologies de la e-santé.
- **Un rôle d'orientation et d'information du premier recours perfectible.**
 - Les acteurs comme les représentants d'usagers estiment que les professionnels de premier recours ont du mal à jouer leur rôle d'orientation et d'information, n'étant pas toujours eux-mêmes au fait des structures à disposition.
 - Les médecins généralistes ont des difficultés à jouer leur rôle de coordinateur (pivot) des parcours des prises en charge : manque de temps pour l'orientation/ l'accompagnement, et de connaissances de certains dispositifs et de leurs prérogatives...
 - La politique régionale en matière de MSP/PSP semble efficace sur l'organisation des parcours ; les MSP/PSP ont en effet un apport jugé positif : parcours de soins « facilité », meilleur accès des patients à un médecin généraliste, qui sont plus informés, avec une meilleure prise en compte de leurs besoins, et qui sont plus confiants dans la qualité de la réponse en santé...
 - L'émergence de structures d'exercice coordonné (MSP/PSP) a permis le développement d'une prise en charge articulée des usagers entre les différents professionnels de santé du territoire tous confondus pour 78% des établissements de santé et 100% des MSP. Elle a plus spécifiquement facilité l'accès aux professionnels de santé spécialisés (orientation du patient en relative proximité, télémedecine, consultations avancées de spécialistes...) selon 64% des établissements de santé et 50% des MSP. L'évolution de l'articulation entre le premier et le second recours liée à la création des MSP/PSP mériterait cependant d'être mieux renseignée.
- **Un déploiement de systèmes d'information partagés au milieu du gué.**
 - Une pluralité d'outils persiste, sans qu'une offre complètement intégrée et lisible soit encore disponible : l'enjeu de l'interopérabilité demeure d'actualité.
 - Malgré une proportion estimée importante d'établissements de santé investis dans la mise en place de MMS santé, une concurrence entre ce système de messagerie sécurisée et celui utilisée par les professionnels de santé libéraux (Apycript).
 - L'usage de la messagerie (sécurisée ou non) progresse, mais une majorité de médecins généralistes qui faisaient encore appel aux outils traditionnels en 2014 (téléphone, fax, courriers).
 - Des attentes élevées sont rapportées par les acteurs, notamment du premier recours, pour le développement d'outils d'échange d'informations, mais l'accompagnement du GCS e-Santé est parfois jugé insuffisant.

- La mise en place des outils électroniques d'échange d'informations est jugée globalement trop lente au regard des enjeux.
- **Une pluralité de dispositifs a été promue et soutenue par l'ARS pour rationaliser le recours à l'hôpital, mais leur effet sur ce dernier est peu évalué, et l'on observe en particulier sur les urgences une hausse continue des taux de recours.**
- L'évolution des modalités de recours à l'hôpital est diversement appréciée par les différents acteurs, avec en particulier une opinion défavorable sur ce point des professionnels des MSP.
- De nombreux dispositifs visant à diminuer le recours à l'hospitalisation ont été développés par l'ARS : équipes mobiles, soins de particulière intensité en psychiatrie à domicile, équipes d'appui en adaptation et réadaptation, infirmiers de nuit en EHPAD, travaux sur la pertinence des actes ... avec des résultats mal connus en termes d'impact sur les admissions hospitalières.
- L'ARS a mené une action forte sur la régulation et la pertinence du recours aux urgences (ex : PDSA), mais avec des résultats qui ne sont pas à la hauteur des efforts, même si la région conserve globalement une position favorable par rapport au niveau national. De 2 194 passages aux urgences pour 10 000 habitants en 2010, le taux de recours aux urgences a augmenté pour s'établir en 2015 à 2 552 pour 10 000 habitants.
- 65% des enquêtés (établissements de santé et professionnels des MSP/PSP) jugent que la saturation des structures de médecine d'urgence n'a pas diminué ; 43% jugent que la pertinence médicale du recours aux structures d'urgence s'est améliorée.
- Le recours à la régulation médicale (nombre d'appel à la régulation téléphonique) toutes périodes confondues, est globalement en augmentation de 28% entre 2010 et 2015, avec une hausse de 26% entre 2014 et 2015, attribuée par les services de l'ARS à l'octroi de financements et une action de communication. Mais si le nombre d'appels à la régulation médicale des soins non programmés a augmenté, cela ne permet pas de juger de la pertinence des appels et de l'impact sur le recours pertinent/non pertinent aux urgences.
- La lisibilité par les usagers du système de santé est encore partielle, notamment au niveau des urgences. Les maisons médicales de garde sont peu connues et peu utilisées (62% du grand public ne les connaissent pas).
- La mise en place de l'observatoire régional des urgences (ORU) devrait permettre de mieux documenter les flux de passage dans les services d'urgence (patientèle, motifs d'admission...). Dans son premier panorama (2015), il met en évidence que 13% des passages aux urgences relèvent de la CCMU 1 (autrement dit, recours dont la pertinence peut être questionnée d'un point de vue médical).
- **L'ARS a développé des dispositifs pour faciliter les sorties d'hospitalisation, et les durées moyennes de séjour ainsi que les conditions de transfert inter-services s'améliorent. Néanmoins, les sorties d'hospitalisation peuvent être encore davantage travaillées avec les acteurs d'aval.**
- L'articulation entre établissements de santé et médecine de premier recours demeure difficile selon

l'ensemble des acteurs, malgré certaines avancées locales.

- L'ARS a mobilisé des outils d'orientation et dispositifs d'aval pour améliorer les sorties d'hospitalisation, qui reçoivent en général un avis favorable des acteurs et ont commencé à produire des effets en termes de délais de sortie et de transferts intra et inter hospitaliers, même si certains chantiers demeurent inachevés, et si tous les acteurs ne constatent pas d'amélioration dans l'articulation entre hôpital, premier recours et médico-social pour l'organisation des sorties.
- Les délais de retour à domicile ou en établissement médico-social en sortie d'hospitalisation et les délais d'attente pour une admission en SSR ont diminué.
- Les sorties d'hospitalisation sont déclarées être davantage travaillées entre les établissements de santé et leurs partenaires (ex : 53% des ESMS/Personnes handicapées estiment que, d'une manière générale, les sorties des établissements de santé sont davantage travaillées avec les établissements et services médico-sociaux qu'il y a 4-5 ans) par l'ensemble des acteurs, sauf les professionnels des MSP.
- Les transferts entre services et entre établissements de santé se sont améliorés, selon les établissements de santé eux-mêmes.

Résultats attendus / Objectifs de la recommandation

- ✓ **Un égal accès à un avis spécialisé, en tout point du territoire, quelle que soit la spécialité, quelles que soient les modalités d'accès à cet avis.**
- ✓ **Un premier recours sécurisé sur la région, quelle que soient les modalités d'organisation et d'exercice pluri professionnel coordonné.**
- ✓ **Des modalités de transmission d'information entre premier et second recours industrialisées.**
- ✓ **Un recours aux urgences mieux régulé via un premier recours conforté dans son rôle d'accueil et de prise en charge des soins non programmés.**

Modalités de déclinaison opérationnelles

- **Proposer des modalités d'accès spécifiques aux soins de premier recours sur chacun des territoires**
 - Définir la politique en matière d'accès à l'offre de 1^{er} recours, notamment en milieu rural, en définissant les priorités retenues en fonction du dynamisme des territoires.
 - Mobiliser les leviers à disposition de l'ARS pour contribuer à réguler l'offre entre le secteur 1 et le secteur 2 sur l'ensemble du territoire (PTMG, MSP, ...).
 - Si nécessaire, aménager le cadre des outils de coopération inter-professionnelle, panacher les réponses (ex. centres de santé...) et différencier les solutions en fonction des caractéristiques des territoires.

- Dans les territoires en difficulté, mettre en synergie l'ensemble des acteurs et des outils disponibles pouvant avoir une influence dans ce domaine et renforcer ainsi le maillage coordonné, voire regroupé des acteurs du premier recours.
- Renforcer ou organiser l'appui aux professionnels de premier recours (plateformes territoriales d'appui...), auprès des MSP mais aussi auprès des professionnels de santé isolés.
- Mieux organiser et informer la médecine ambulatoire pour en faire une vraie alternative à l'hospitalisation : formation aux soins post-hospitaliers, connaissance des services hospitaliers publics (même pour les médecins travaillant "exclusivement" avec l'offre privée pour l'activité programmée)...
- **Développer la capacité de la médecine de premier recours à prendre en charge des populations aux parcours complexes**
 - Renforcer la capacité de la médecine de premier recours à prendre en charge les personnes en grande vulnérabilité (par exemple, aide à l'interprétariat / aide à la médiation sociale).
 - Développer l'organisation de la médecine de 1er recours autour de l'accompagnement des patients vivant avec une maladie chronique.
 - Dans ce cadre, étudier la mise en œuvre de l'ETP en premier recours sur une base territoriale élargie et diversifier les modalités de développement des compétences et de l'autonomie des patients par des actions d'éducation à la santé, en lien notamment avec des associations.
- **Organiser les conditions d'un accès pérenne aux spécialités médicales dans les territoires**
 - Associer à la démarche de réflexion – action sur l'accès aux spécialités médicales à la fois l'URPS Médecins Libéraux et les représentants de l'offre hospitalière, pour construire des réponses dans une logique de complémentarité.
 - Introduire dans la démarche de réflexion – action sur l'accès aux spécialités médicales des éléments de prospective sur la démographie des professionnels afin de construire des réponses pérennes.
 - Renforcer l'accès aux médecins spécialistes grâce à la politique de développement des assistants spécialistes partagés, au développement des consultations avancées, de la télémédecine, à l'amélioration de l'efficacité de la demande de consultations ou d'actes spécialisés, à la délégation de tâches, aux équipes de territoires dans les GHT et aux fonctions d'appui dans le cadre du parcours patient.
 - Territorialiser une offre de santé spécialisée diversifiée, accessible financièrement, et notamment développer les conditions d'accessibilité à l'offre en psychiatrie et santé mentale dans une logique d'égalité territoriale.
- **Accélérer la montée en opérationnalité et l'interopérabilité des outils d'échanges d'information entre acteurs**
 - Industrialiser la mise en place des systèmes d'information entre acteurs (incluant la télémédecine).

- Accompagner la mise en place effective du dossier médical partagé (DMP 2).
- **Impulser et accompagner des travaux communs entre les établissements de santé et les autres acteurs (premier recours, médico-social) sur le recours à l'offre hospitalière et les sorties d'établissement**
- Renforcer l'articulation des acteurs du premier recours (y compris MSP/PSP) avec les soins spécialisés (y compris les établissements de santé).
- Améliorer la coordination du sanitaire (hospitalier) avec le libéral et le médico-social.
- Promouvoir une meilleure coordination dans la prise en charge médicale et médico-sociale des usagers en amont des passages aux urgences ou des hospitalisations afin d'éviter un recours par défaut à ces deux solutions.
- Accompagner le développement des travaux communs entre établissements de santé et structures d'aval (notamment premier recours) pour l'organisation des sorties.
- Développer les modalités d'anticipation des retours à domicile lors d'une hospitalisation.
- Développer les prises en charge en HAD.
- Développer les filières aval (Médico-social ou domicile "renforcé") pour accueillir les patients ayant perdu l'autonomie, ceci permettant de recentrer les établissements de santé sur leur mission première.
- **Améliorer la connaissance de l'ARS sur la pertinence et les déterminants du recours aux services d'urgence hospitaliers et organiser, en conséquence des réponses alternatives de coûts et de qualité comparables pour l'utilisateur, à porter à la connaissance des usagers et des régulateurs**
- Evaluer les dispositifs impulsés par l'ARS en termes d'impact sur le recours à l'hospitalisation, notamment aux services d'urgence.
- En s'appuyant sur les travaux de l'ORU, quantifier les recours potentiellement non pertinents aux urgences, les chiffrer en euros et communiquer largement sur ces données.
- Construire / renforcer une réponse alternative au recours aux services d'urgence qui répondent aux motifs déterminant le recours aux urgences des usagers.
- Créer des structures intermédiaires, des « maisons d'urgence » à proximité des urgences hospitalières, pour permettre l'accès à des consultations de soins non programmés de médecine générale.
- Développer les effecteurs mobiles en soins non programmés.
- Organiser une communication régulière (sites Internet ARS et établissements de santé, cabinets médicaux, voire presse locale...) pour promouvoir le recours à la régulation médicale avant toute présentation aux urgences (pouvant s'appuyer sur des données sur les passages potentiellement non justifiés aux urgences et leur coût).

Recommandation stratégique n° 7	AGIR SUR LES DETERMINANTS DE SANTE PAR UNE DEMARCHE DE PREVENTION INTEGREE ADOSSEE A DES DONNEES PROBANTES
Argumentaire	
<ul style="list-style-type: none"> • L'ARS a recherché à la fois une rationalisation de l'offre spécialisée en prévention et en promotion de la santé et la diffusion de la culture de prévention chez les acteurs non spécialisés. - L'ARS s'est appuyée à la fois sur le PRS et sur divers leviers partenariaux à sa disposition pour renforcer la prévention, en privilégiant certaines thématiques prioritaires et en innovant sur des modalités d'action. Davantage d'acteurs font davantage de prévention, certes avec des investissements variables, mais l'impact sur les déterminants de santé et sur les comportements est encore peu visible. - La commission de coordination des politiques publiques en prévention (CCPP) animée par l'ARS, a élaboré une feuille de route partenariale qui, si elle ne mobilise pas tous les partenaires potentiels de l'ARS, représente un outil apprécié pour partager une culture commune de la prévention et lancer des projets partagés. - L'ARS a restructuré les opérateurs de prévention en 3 niveaux et engagé une politique de transfert de compétences vers les acteurs de proximité, qu'ils soient de santé ou non. - L'ARS a créé des structures régionales d'appui et d'expertise (SRAE) qui ont pu être mal articulées avec les acteurs de prévention. - L'ARS s'est récemment appuyée sur une politique de prévention plus ouvertement fondée sur des données probantes et a décidé de s'engager dans l'application du principe d'universalisme proportionné. - L'ARS a mené des actions visant à développer les activités de prévention chez l'ensemble des acteurs, et à améliorer la qualité et la pertinence des interventions, mais si leur portage par les acteurs non spécialisés s'est développé, il est variable selon les acteurs, pas toujours imputé à l'action de l'ARS et n'a pas produit d'impact sur les données de santé des 5 domaines prioritaires identifiés par l'ARS. - Une culture de prévention se développe chez les acteurs de santé, mais la dynamique d'acculturation et d'engagement est variable selon les types de professionnels, généralement plus identifiée chez les professionnels des MSP/PSP et dans les EHPAD. - Les acteurs de santé déclarent globalement faire davantage de prévention, mais l'imputabilité de cette évolution à l'ARS varie selon le type d'acteurs (la plus élevée pour les ESMS pour personnes handicapées, la moins élevée pour les établissements de santé). 	

- **Le partenariat initié avec les collectivités locales en faveur d'un environnement favorable à la santé a commencé à porter ses fruits.**
 - Une contribution de l'ARS à la structuration régionale d'une politique en matière de lutte contre l'habitat indigne et une mobilisation de ses leviers dans ce cadre, avec pour résultat observable une augmentation des signalements découlant de la sensibilisation des acteurs à même de participer au repérage (forte mobilisation de la Loire-Atlantique). L'intégration et l'extension de la politique de lutte contre l'habitat indigne se traduisent notamment au travers de la création de 2 postes de conseillers en environnement intérieur, de la prise en compte de la précarité énergétique et des relations entre habitat et santé mentale.
 - Dans le domaine de l'eau comme de l'habitat indigne, un travail partenarial et de sensibilisation mené par l'ARS a contribué à améliorer la réponse à ces problématiques.
 - L'évaluation des 3 actions d'Evaluation d'Impact en Santé déployées en région est programmée.
- **Si elle a ciblé des territoires pour l'intervention des opérateurs en prévention et promotion de la santé, l'ARS ne l'a pas toujours fait dans une optique de réduction des inégalités territoriales de santé et n'a pas organisé de vigilance sur le maillage du territoire par l'ensemble des opérateurs.**
 - A travers les appels à projets en prévention/promotion de la santé et les CPOM avec les opérateurs de ce champ, l'ARS a incité à cibler des actions sur des territoires définis, mais généralement de manière assez lâche.
 - Les territoires « CLS » et les territoires de santé de proximité présentant des difficultés particulières, identifiés par les « diagnostics flash » élaborés par l'ARS, ont été bien davantage visés dans la conduite des opérateurs de prévention que la référence à d'éventuelles « zones blanches ». D'ailleurs, les contenus des CLS ont été réorientés en 2013, la prévention représentant depuis l'un des 3 volets socles de ces contrats.
 - Le principe du ciblage territorial ne fait pas consensus entre tous les acteurs.
 - Les questions de couverture territoriale sont évoquées dans les dialogues de gestion entre les opérateurs de prévention et l'ARS, mais il n'y a pas de consolidations de données pour identifier, dans la durée, la persistance de zones non couvertes par des actions de prévention et de promotion de la santé.
 - Il n'apparaît pas qu'il y ait eu une approche de l'ARS en matière de maillage des programmes d'éducation thérapeutique du patient.
- **Même si les questions de précarité occupent une place non négligeable dans les actions de prévention financées par l'ARS et si les logiques d'action de masse commencent à être expérimentées, la réflexion sur la mesure des inégalités sociales de santé (ISS) en région et l'identification de vecteurs de prévention à même de les corriger font défaut.**
 - L'ARS, au travers du PRS et du PRAPS en particulier, a essentiellement abordé la question des inégalités sociales de santé par le biais de l'accompagnement de dispositifs populationnels au

bénéfice des personnes en grande vulnérabilité, sans action affichée ou concrète sur la réduction des inégalités de santé. Les informations sur les inégalités sociales de santé sont peu nourries et leurs résultats ne sont a priori pas favorables.

- L'impact des mesures du PRS sur les inégalités sociales de santé est peu documenté, d'autant que si la politique de l'ARS doit théoriquement profiter à l'ensemble de la population, son attention s'est surtout portée sur les populations les plus vulnérables, l'ARS ayant été peu aidante auprès des acteurs de santé pour prendre en compte les inégalités sociales de santé dans leurs activités.
- Le respect des principes du PRS, en particulier en prévention, fondés d'une part sur l'intersectorialité, d'autre part sur les ciblage géographique et populationnels, est reconnu pour concourir à la réduction des inégalités sociales de santé, mais l'étude de l'impact sur la réduction de ces inégalités n'est quasiment pas réalisée.
- Une prise en compte par l'ARS de la question des inégalités sociales de santé au travers notamment des dispositifs de santé de droit commun qu'elle a promus, mais avec un impact incertain, voire insuffisant sur leur réduction, lié aux difficultés de leur prise en compte par les acteurs de santé, avec une approche des ISS essentiellement basée sur l'accès au système de santé des plus vulnérables.
- La thématique précarité est l'une des plus présentes dans les actions de prévention financées par l'ARS (les actions touchant aux questions de précarité, exclusivement ou non, ont touché au moins 20% des personnes en ayant bénéficié sur la période 2010-2015).
- L'ARS a acté le principe du passage à échelle des programmes de développement des compétences psycho-sociales en milieu scolaire, l'évaluation en étant prévue pour déterminer les modalités de son déploiement. Une évaluation des impacts de cette politique – en termes de réduction des inégalités sociales de santé – serait souhaitable.
- Des études générales, nationales sont disponibles pour mesurer les inégalités sociales de santé selon une logique de gradient, mais il n'y a pas d'indicateur finalisé en région pour mesurer et suivre le phénomène.
- Les inégalités sociales de santé se nouent dans l'enfance, mais les modalités de prévention/promotion de la santé pour les jeunes ayant été adaptées davantage à leurs caractéristiques que dans une perspective de réduction des ISS. Les écoles sont à ce jour les lieux d'intervention identifiés comme vecteurs dans le cadre de la réduction des ISS.
- **Des campagnes de prévention connues par la moitié de la population.**
- Les campagnes de prévention régionale ont été repérées par le grand public. Selon l'enquête en ligne auprès de la population ligérienne, 57% ont entendu ou vu les dernières campagnes de prévention (santé bucco-dentaire/dénutrition/activité physique adaptée).

Résultats attendus / Objectifs de la recommandation

- ✓ **Une politique de prévention basée sur des actions qui ont prouvé scientifiquement leur efficacité.**

- ✓ **Une politique de prévention visant à intervenir sur les déterminants de santé le plus en amont possible (rôle du plaidoyer en santé).**
- ✓ **L'application de l'universalisme proportionné en matière de prévention pour lutter contre les inégalités sociales de santé.**

Modalités de déclinaison opérationnelles

- **Poursuivre le renforcement des pratiques de promotion de la santé par les acteurs du soin et de l'accompagnement**
 - Renforcer les transferts de compétences en prévention vers les acteurs de santé ou non (y compris professionnels des champs social et éducatif).
 - Diffuser aux acteurs des différents champs les informations sur les données probantes et pratiques évaluées en prévention dans le cadre du transfert de compétences, en ciblant notamment les établissements de santé.
 - Articuler les SRAE créées par l'ARS avec l'offre de prévention existant par ailleurs sur leurs champs d'exercice.
- **Poursuivre les actions auprès des collectivités locales pour un environnement plus favorable à la santé**
 - Poursuivre et développer les initiatives de sensibilisation et d'informations des acteurs au plus près des sujets (y compris les collectivités locales) sur les questions de santé environnementale.
 - Poursuivre la politique de plaidoyer de l'ARS autour de certains déterminants de santé (habitat, emploi, transports, urbanisme...) au travers notamment de la mobilisation d'instances et d'outils (commissions de coordination des politiques publiques, contrats locaux de santé, évaluations d'impact en santé...).
 - S'appuyer sur des relais professionnels et associatifs (ex : IREPS, maisons de santé pluri professionnelles...) pour diffuser les argumentaires de plaidoyer auprès des collectivités locales.
- **Orienter de manière déterminée la politique de prévention et de promotion de la santé en région vers la lutte contre les inégalités de santé, en l'adossant à des données probantes sur les enjeux prioritaires de parentalité et de renforcement de compétences psychosociales**
 - Renforcer le pilotage et la coordination des opérateurs de prévention pour structurer une vigilance sur la couverture des territoires et objectiver l'existence de « zones blanches ».
 - Adopter une approche grand public de la prévention en prenant en compte les spécificités des publics en situation de vulnérabilité (notion d'universalisme proportionné).
 - Intégrer les actions de prévention au sein des parcours de santé et de soins des personnes.
 - Orienter préférentiellement les actions de prévention de l'ensemble des acteurs de santé (sanitaire, médico-social, prévention) autour des actions probantes, plus particulièrement dans certains milieux

de vie (santé scolaire, santé au travail,...).

- Concentrer l'investissement en prévention sur les champs les plus favorables à la réduction des inégalités sociales de santé.
- Afficher la lutte contre l'habitat indigne dans le champ de la lutte contre les inégalités sociales de santé.
- Adapter les formes des actions de prévention et de promotion de la santé en faveur des jeunes, notamment sur des publics et zones prioritaires, dans une logique de prévention des inégalités de santé.
- Investir la prévention universelle dès le plus jeune âge, et y compris par des actions concernant la parentalité.
- Favoriser le déploiement d'actions de prévention à l'échelon régional validé par l'émergence d'indicateurs de transférabilité et les données probantes.

TROISIEME PARTIE – CONCLUSION

L'étendue du champ du PRS, le souci de prendre en compte les différentes problématiques de santé qu'il porte et la multiplicité des acteurs (élus, partenaires institutionnels, associatifs, professionnels de santé, du médico-social, de la prévention et du social, usagers, experts et autres acteurs) intervenant à titres divers dans le champ de la santé, justifient que le présent rapport comporte des développements plus longs et plus approfondis sur certains aspects qui sont présentés dans les annexes.

L'Agence a fait le choix de mener des travaux permettant de tracer des pistes pour le futur Projet au regard des enseignements tirés du 1er PRS 2012-2016 dans les perspectives des lois de santé et d'adaptation au vieillissement, de la réforme territoriale et de leurs nouveaux outils.

Depuis la loi HPST de juillet 2009, un cadre structuré et des orientations stratégiques claires ont d'ores et déjà été déclinés dans la politique régionale de santé. L'appropriation par les acteurs de ces orientations stratégiques est acquise.

Bien que complexe et lourd à mettre en œuvre, le PRS 2012-2016 fait aujourd'hui l'objet d'une acculturation sur ses concepts fondamentaux et il a permis à l'ARS de se positionner comme acteur de référence de la politique régionale de santé. Dans la perspective du PRS 2018-2022, une meilleure cohérence et une simplification des modalités de mise en œuvre et de suivi sont attendues.

Les effets de cette politique s'avèrent encore insuffisants face aux défis à relever, à la complexité des mesures à mettre en œuvre, aux besoins d'évolution dans un contexte en changement et fortement contraignant.

Pour autant, des évolutions marquantes promues par le PRS à l'issue de ces cinq dernières années méritent d'être mises en lumière telles, la vision partagée sur la nécessité du décloisonnement entre acteurs et sur la logique du parcours de santé, le développement de la culture de prévention en santé, dans tous ses champs, l'adhésion au virage ambulatoire et à un accompagnement des personnes dans leur milieu de vie...

La politique menée par l'ARS Pays de la Loire a développé une vraie dynamique en matière de place et parole réservées aux représentants des usagers du système de santé. Elle a apporté les conditions d'une réelle participation collective des usagers. L'utilisateur direct, à proprement parler, reste cependant difficilement mobilisable.

Toutefois, des attentes fortes sont exprimées par les Ligériens, tous acteurs confondus, qui portent sur :

- la lisibilité du système de santé, sur l'accès aux soins pour tous, s
- le soutien aux aidants et le libre choix de vie en milieu ordinaire,
- la différenciation des approches au niveau des territoires. Les futurs Conseils Territoriaux de Santé (CTS) devraient jouer un rôle favorable à l'évolution des projets et à leur réalisation dans une démarche participative et territorialisée.

L'évolution du contexte financier et juridique, notamment l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé du 16 janvier 2016, va susciter des inflexions des orientations par rapport au PRS 2012-2016. Le futur projet doit «renforcer l'animation territoriale conduite par les Agences Régionales de Santé ». C'est aussi l'occasion de définir une stratégie plus affinée des transformations attendues autour d'objectifs

s'accompagnant d'un pilotage fort et clair de l'ARS, en mobilisant les partenaires régionaux dans une logique de mutualisation. C'est dans ce sens que les sept recommandations stratégiques et opérationnelles proposées constituent un vivier pour aider à la mise en œuvre de cette politique.

A l'issue de ces travaux, les évaluateurs souhaitent émettre trois réflexions qui pourraient inspirer l'élaboration et la conduite des projets régionaux de santé à venir.

Il s'agit tout d'abord de l'intérêt pour l'ARS de renforcer le suivi des résultats de son action. Dans le cadre des différents exercices d'évaluation, le constat a régulièrement été fait d'informations non disponibles sur les effets de l'action.

Ensuite, il s'agit de capitaliser les données disponibles aux fins d'observation stratégique. Des synthèses transversales de ces exercices, pourraient constituer des sources précieuses pour évaluer le niveau de déploiement des objectifs du PRS, mais également les difficultés concrètes que sa mise en œuvre rencontre.

Enfin, la loi de modernisation de notre système de santé précitée impose l'élaboration d'un seul schéma de santé à cinq ans, inscrit dans un cadre d'orientations stratégiques à dix ans. Seul le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) reste un programme obligatoire pour tout le PRS. La possibilité de s'inscrire désormais en perspective longue offre une opportunité de concilier ambitions pour l'évolution du système de santé en région et réalisme dans la programmation des actions. La construction concomitante des deux séquences, pensée d'ores et déjà les deux projets 2018-2022 et 2023-2027 de manière articulée et organisée, offre des leviers pour mettre en œuvre la stratégie définie par le cadre d'orientation stratégique à dix ans. Outre un gain en lisibilité, ce séquençage permettrait d'assumer des priorités.

AVIS SUR LE RAPPORT

« Evaluation finale du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire 2012/2016 »

CRSA du 30 mars 2017

Dans ses réunions du 8 décembre 2016, du 16 et du 30 mars 2017 la CRSA a débattu du rapport sur l'évaluation du PRS 2012-2016, Ce rapport rend compte d'un travail exigeant et approfondi. Il rassemble nombre d'éléments objectifs des réalités de santé dans notre région, de leur impact sur le destin des personnes et sur leur vie sociale, et de leur prise en compte par le système de santé.

En tant que telle, cette démarche d'évaluation, inscrite dans le processus dès l'élaboration du PRS 1 est à saluer, en ce qu'elle porte une logique auto-correctrice des orientations de l'Agence Régionale de Santé.

Inévitablement incomplète, elle doit bénéficier de regards croisés, et de compléments d'interpellations parmi lesquels ceux de notre Conférence.

C'est l'esprit de la contribution ci-après, qui s'attachera à articuler la forme du rapport avec le fond des recommandations qu'il émet, et ce dans la perspective du deuxième Projet Régional de Santé.

La CRSA est en accord avec la grande majorité des constats et recommandations qui sont formulés dans ce rapport, dont se déduiront implicitement les progrès attendus par les usagers et les professionnels, et qui devront trouver une place dans le deuxième Projet Régional de Santé.

Nous ne nous attarderons pas sur les aspects méthodologiques, et l'intrication parfois peu lisible des différents volets de cette évaluation qui, parallèlement, a suivi une logique annuelle, et porté sur différentes thématiques spécifiques. L'ensemble de ces travaux a, quoiqu'il en soit, apporté sa pierre à l'édifice.

De même, nous n'avons pas à porter d'appréciation sur les conditions de mise en œuvre propres à l'organisation interne de l'ARS, qui nous semble avoir à leur égard une lucidité porteuse des améliorations souhaitées. En revanche, la CRSA partage l'avis des auteurs du rapport sur la nécessité d'intégrer dans le PRS d'accompagnement du changement pour les agents de l'ARS chargés de le mettre en œuvre. Ce souci doit, pour la CRSA, être élargi à l'ensemble des acteurs concernés.

Nous partageons le constat que le PRS est devenu, pour tous les acteurs et partenaires

de la santé des Pays de la Loire, un cadre structurant, repérant, consensuel sans être fade ou informe. Chacun s'est approprié ses messages essentiels, même si le partage de leur déclinaison détaillée, auquel il faudra à l'avenir veiller, est très perfectible.

Sur le fond, c'est-à-dire sur l'impact du PRS sur les organisations et les pratiques, la Conférence partage l'avis nuancé des auteurs du rapport, qui en relèvent souvent le caractère modeste, inachevé, ou peu lisible, mais tient à rappeler que la qualité des réponses aux problèmes de santé dans un pays comme le nôtre est le résultat d'une dynamique sociétale complexe, qui se déploie aussi dans le champ des politiques publiques territoriales, du débat citoyen, de l'évolution des idées en sciences humaines, et qu'il est intimement lié à la dynamique socio-économique des territoires. A bien des égards, cette dynamique de changement relève de la discipline de la « théorie du choix social » telle que problématisée récemment par Amartya Sen, et, dans le passé, développée dans ses inextricables difficultés par Kenneth Arrow (1951).

Puis, à supposer que l'on soit parvenu (ce qui fut néanmoins et heureusement le cas), à un point d'équilibre entre les différentes aspirations de la pluralité d'acteurs et de partenaires, il faut encore rappeler qu'une Agence Régionale de Santé qui ne dispose pas de tous les leviers ne peut rétablir une situation (que l'on pourrait qualifier de mitigée) en cinq ans. La Conférence souhaite donc rappeler que les effets d'évolution induits par le PRS ne peuvent pas davantage être portés à son crédit exclusif que leur absence devrait lui être reprochée.

La CRSA salue les efforts de l'ARS pour impliquer les différents acteurs à la construction initiale du PRS, même si cette participation s'est souvent heurtée à la complexité des choix, au manque de connaissances voire de compétences au regard de celles des professionnels de l'agence pour pouvoir apporter une contribution substantielle.

Les recommandations proposées nous paraissent aller dans le bon sens en mettant en évidence les points d'amélioration dans un esprit de participation et de coopération à la construction du PRS2.

Nous évoquerons maintenant les recommandations du rapport en y apportant quelques commentaires :

La première recommandation : impliquer davantage l'ensemble des parties prenantes dans la construction et le suivi de la politique régionale de santé.

La participation des acteurs locaux à la construction du premier PRS a été quantitativement importante. Elle ne doit pour autant pas être synonyme d'appropriation collective tant du côté des professionnels de l'agence que de celui des acteurs ligériens, et encore de la population dans son ensemble. Il importera donc, lors des prochaines étapes, que les conditions d'accessibilité aux enjeux et aux objectifs du PRS soient pris en compte pour une meilleure appropriation collective.

La deuxième recommandation : La Conférence approuve l'idée de structurer davantage l'ensemble du processus de pilotage, de suivi et d'évaluation du PRS dès sa conception. La lisibilité du processus lui-même fut effectivement incertaine, difficile à pénétrer, même si la diversité des contributions a témoigné d'une authentique volonté de participation. Le processus de construction du PRS doit trouver des solutions simples d'adressage direct des contributions et réflexions qui voudront bien s'exprimer. L'ingénierie

de projet devra leur faire la place.

La troisième recommandation : garantir la lisibilité de la politique régionale de santé par une politique de communication renforcée : La CRSA retient en effet l'enjeu de la lisibilité pour les acteurs et les citoyens sur le processus, mais il existe aussi un enjeu sur les résultats, et le système de santé dans son ensemble. Les objectifs opérationnels retenus sont tous légitimes, mais ils ne préjugent pas des moyens. La CRSA réitère son souhait de travailler, au delà du choix des objectifs, sur les moyens et les résultats. Une culture commune du PRS, de sa mise en œuvre, de son évaluation doit se développer.

La quatrième recommandation 4 : adapter le déploiement du PRS aux spécificités des territoires par une animation territoriale de l'ARS étayée en proximité constitue un axe fort qui consiste à se rapprocher le plus près possible des territoires, faire se rencontrer davantage les acteurs du 1^{er} recours et les acteurs hospitaliers, apporter les connaissances du territoire. La question se pose de l'expression du citoyen qui ne participe pas à toutes les instances : comment peut-elle être recueillie ?

A l'échelle du territoire, la coordination des politiques publiques est essentielle. Or elle apparaît peu, alors qu'elle a beaucoup été évoquée dans les échanges, les séminaires, les groupes de travail. Coordination, décloisonnement, diagnostics partagés, projets concertés doivent être encouragés au niveau départemental. La Conférence souhaite toutefois que l'ARS reste prudente dans le cas de projets infra-territoriaux qui s'affranchiraient d'une élaboration et d'une gouvernance territoriales, et d'une politique dont la définition doit continuer à procéder du niveau régional.

La cinquième recommandation : Créer les conditions favorables à la vie en milieu ordinaire par la coordination des politiques publiques et l'accompagnement des aidants.

L'idée directrice doit rester celle du libre-choix de la personne qui va opter pour l'institution ou son domicile. Mais la place des aidants (quel que soit leur statut) doit être envisagée dès le début de la réflexion. Elle ne doit pas être la simple conséquence du choix de la personne, mais représenter un élément essentiel de la problématique, qu'il s'agisse de la situation de personnes âgées dépendantes ou de personnes en situation de handicap.

La CRSA souscrit particulièrement à cette recommandation en soulignant l'aspect essentiel et positif du libre choix de la personne.

La sixième recommandation : Favoriser l'accès aux soins en investissant davantage l'organisation des soins spécialisés et leur articulation avec un premier recours plus spécialisé.

Le PRS1 s'est beaucoup intéressé à la problématique du 1^{er} recours. Le PRS2 approfondit également et davantage celle du second recours. Le 1^{er} recours ne concerne pas uniquement les Maisons de santé pluriprofessionnelles. La CRSA est très attentive à la notion de parcours de santé fluide et coordonnée dans des territoires de proximité, des bassins de vie de moindre dynamique.

La septième recommandation : agir sur les déterminants de santé par une démarche de prévention intégrée adossée à des données probantes.

Il s'agit d'initier des actions plus collectives, de développer le plaidoyer pour aider à la

prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques : dans les contrats locaux de santé, dans les évaluations d'impact en santé, etc. La prévention doit s'adresser à toutes les populations, en s'intéressant particulièrement à celles qui en ont le plus besoin.

La population s'est bien appropriée la notion du patient au centre du système de santé et du citoyen acteur de sa santé. Ces cinq dernières années elle semble s'être appropriée également la notion de santé comme capital à préserver par la prévention et la coordination des acteurs.

La prise en compte des déterminants de santé est un élément structurant d'une politique régionale qui doit s'avancer, au delà de la prévention des facteurs de risques, vers la notion dynamique de promotion de la santé, d'une santé globale et positive.

La CRSA note que, dans les recommandations formulées ci-dessus, les inégalités de santé apparaissent dans le domaine de la prévention, mais ne sont pas évoquées dans le champ de l'accès aux soins, non plus que dans d'autres domaines. S'il n'a pas semblé opportun de spécifier une recommandation sur les inégalités sociales de santé (choix qui pourrait se discuter), il importe que la préoccupation de leur réduction émerge de la définition d'une politique régionale. La Conférence souhaitera le rappeler lors de la construction du PRS2.

En conclusion, la CRSA renouvelle salue la qualité du travail fourni. Elle souhaite, comme elle a pu déjà le faire sur d'autres thèmes, replacer cette démarche dans une perspective plus vaste que la seule évaluation de l'action de l'Agence. Le résultat attendu, l'amélioration des réalités de santé dans notre région sera œuvre de longue haleine. Il faut s'engager avec détermination dans cet objectif, d'autant que certaines de ces réalités menacent de se détériorer.

Des cibles à court et moyen terme doivent être définies. Les acteurs et partenaires doivent être associés à leur choix et aux actions à entreprendre. Il n'y a pas lieu de surestimer la responsabilité des acteurs actuels et futurs, mais compter sur une évolution progressive, une prise de conscience, une dynamique sociétale.

La CRSA estime que les recommandations proposées sont pertinentes. Elle veillera à leur mise en œuvre avec le PRS2, en s'attachant à ce que les incitations à progresser soient plus vigoureuses et que les moyens consacrés se hissent à la hauteur des besoins.

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES

AAH : Allocation Adultes Handicapés
AAP : Appel A Projet
ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique
ADAPEI : Association Départementale de Parents et Amis de Personnes handicapées mentales
ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins
AFD : Association Française des Diabétiques
AFM : Association Française contre les Myopathies
ALD : Affection Longue Durée
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
APF : Association des Paralysés de France
APMSL : Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux
ARLIN : Association Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales
AROMSA : Association Régionale des Organismes de Mutualité Sociale Agricole
ARS : Agence Régionale de Santé
ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CAS : Contrat d'Accès aux Soins
CATS : Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de 1er recours
CBUM : Contrat de Bon Usage du Médicament
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences
CCPP : Commission de Coordination des Politiques Publiques
CCRPA : Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies et Accompagnées
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CEGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CES : Centre d'Examen de Santé
CD : Conseil Départemental
CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CDOS : Comité Départemental Olympique et Sportif
CDU : Commission Des Usagers
CESER : Conseil Economique et Social Environnemental Régional
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
CFPD : Centre Fédératif de Prévention et Dépistage
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIAP : Comité d'Intégration des Acteurs et des Projets
CIDDIST : Centre d'Information, de Diagnostic, de Dépistage, des Infections Sexuellement Transmissibles
CIRE : Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie
CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé
CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire
CLS : Contrat Local de Santé

CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic
 CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
 CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
 CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
 CODIR : Comité de Direction
 COPIL : COmité de PILotage
 CORECS : Comité Régional de Concertation des Soins de premiers recours
 CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
 CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
 CPTS : Communautés Professionnelles de Territoires de Santé
 CRA : Centre de Ressources Autisme
 CReHPsy : Centre Ressource Handicap Psychique
 CREPS : Comité Régional d'Education Physique et Sportive
 CRUQ-PC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
 CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
 CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
 CTS : Conseils Territoriaux de Santé
 CT : Conférence de Territoire
 CVM : Chlorures Vinyl Monomères
 CVS : Conseil de Vie Sociale
 DADSPS : Direction d'Appui à la Démocratie Sanitaire et au Pilotage Stratégique
 DAS : Direction de l'Accompagnement et des Soins
 DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
 DCA : Dispositif de Coordination de l'Aval
 DCC : Dossier Communiquant en Cancérologie
 DDCCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
 DEO : Direction de l'Efficienc e de l'Offre
 DEPS : Département d'Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs
 DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
 DMP : Dossier Médical Personnel
 DMS : Durée Moyenne de Séjour
 DPC : Développement Professionnel Continu
 DPPS : Département de la Promotion de la Santé et de Prévention
 DPRS : Direction du Projet Régional de Santé
 DPSP : Direction de la Prévention et de la Protection de la Santé
 DRAAF : Direction Régionale de l'Alimentation de l'Agriculture et de la Forêt
 DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
 DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
 DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
 DPRS : Direction du projet Régional de Santé
 DSDEN : Direction des services départementaux de l'éducation nationale,
 DT : Délégation Territoriale
 EAAR : Equipe d'Appui en Adaptation Réadaptation
 EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
 EIS : Evaluation d'Impact sur la Santé
 EMG : Equipe Mobile de Gériatrie
 EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
 EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
 ENMR : Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération
 ENRS : Espaces Numériques Régionaux de Santé
 EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
 EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
 EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
 ES : Etablissement de Santé
 ESAT : Etablissement et Service d'Aide par la Travail
 ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
 ESMS : Etablissements et Services Médico Sociaux

ETP : Education Thérapeutique du Patient
 FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
 FAQ : Foire Aux Questions
 FdR : Feuille de Route
 FG : Focus Group
 FHF : Fédération Hospitalière de France
 FIR : Fonds d'Intervention Régional
 FNAIR : Fédération National des Insuffisants Rénaux
 FNARS : Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale
 GCS e-Santé : Groupement de Coopération Sanitaire
 GRSE : Groupe Régional Santé Environnement
 GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico Sociale
 GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
 HAD : Hospitalisation A Domicile
 HAS : Haute Autorité de Santé
 HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
 HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
 HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
 IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
 IME : Institut Médico Educatif
 InPES : Institut national de Prévention et d'Education à la Santé
 INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
 IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
 IPDS : Institut Pour la Démocratie en Santé
 IRC : Insuffisance Rénale Chronique
 IRCT : Insuffisance Rénale Chronique Terminale
 IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
 IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
 ISS : Inégalités Sociales de Santé
 ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
 LENA : Logement Evolutif pour une Nouvelle Autonomie
 LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé
 MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
 MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
 MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
 MCS : Médecin Correspondant du Samu
 MDA : Maison des Adolescents
 MDA : Maison de l'Autonomie
 MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
 MG : Médecin Généraliste
 MISE : Missions inter-Services de l'Eau
 MMG : Maison Médicale de Garde
 MSA : Mutualité Sociale Agricole
 MSAP : Mise Sous Accord Préalable
 MSP : Maison de Santé Pluri-Professionnelle
 OMÉDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé
 ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
 ORS : Observatoire Régional de la Santé
 ORU : Observatoire Régional des Urgences
 OSCARS : Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
 PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
 PANJO : Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents
 PAPRAPS : Plan d'Action Pluriannuel d'Amélioration de la Pertinence des Soins
 PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé
 PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
 PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
 PDL : Pays de la Loire
 PGSSE : Plan de Gestion de Sécurité Sanitaire des Eaux
 PH : Praticien Hospitalier
 PLASE : PLAns Santé Environnement
 PMI : Protection Maternelle et Infantile
 PNNS : Plan National Nutrition et Santé
 PPA : Plan Personnalisé d'Accompagnement
 PPC : Périmètre de Protection des Captages
 PPS : Plan Personnalisé de Santé
 PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile
 PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
 PRIAC : PProgramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
 PRS : Projet Régional de Santé
 PRSE : Programme Régional Santé Environnement
 PSSBE : Plan Sport Santé Bien-Etre
 PSP : Pôle de Santé Pluri-professionnel
 PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
 PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire
 PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale
 PTS : Programme Territorial de Santé
 ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
 RQE : Rencontre Qualitefficiency
 RU : Représentant des Usagers
 SAD : Service d'Accompagnement à Domicile
 SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico Social pour Adulte Handicapé
 SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
 SEC : Structure d'Exercice Coordiné
 SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
 SEP : Sclérose En Plaques
 SFE : Société Française d'Evaluation
 SI : Système d'Information
 SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
 SOLEN : SOLution d'ENquête du Ministère de la Santé
 SPASAD : Service Polyvalent d'Aides et de Soins à Domicile
 SRAE : Structure Régionale d'Appui et d'Expertise
 SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
 SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
 SRP : Schéma Régional de Prévention
 SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
 SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
 UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
 UDAPEI : Union Départementale des Associations de Parents de Personnes Handicapées Mentales et de leurs amis
 UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire
 ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
 UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques
 UPAO : Unité Psychologique d'Accueil et d'Orientation
 URADEL : Union Régionale de l'Association des Directeurs de l'Enseignement Libre
 URAF : Union Régionale des Associations Familiales
 URAPEI : Union Régionale des Associations de Parents de Personnes Handicapées Mentales
 URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
 URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
 URRAA : Union Régionale de Réseaux et d'Associations en Addictologie
 UTEP : Unité Transversale pour l'Education du Patient
 UTET : Unité Transversale d'Education Thérapeutique

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES ET/OU SOLLICITEES

- Externes à l'ARS Pays de la Loire

Monsieur ALLARD Gérard – Président Commission Spécialisée Droits des Usagers – CRSA Pays de la Loire,
Madame ANTONINI Françoise - Membre Commission Régionale Alliance Maladies Rares,
Monsieur BACHELOT Bruno (en remplacement de Madame GRELET-CERTENAIS) – Ville de la flèche,
Monsieur BATARD François – Directeur Résidence Mauperthuis (44),
Madame BATE Carole – Pilote MAIA Sud 49,
Monsieur BEDOUET Loic - ancien Vice-Président du Conseil Régional des Pays de la Loire en charge de la santé,
Monsieur BENOIST – Représentant AFD 85,
Monsieur BENSADOUN - Directeur Général Délégué Polyclinique de l'Atlantique,
Monsieur BERNIER Daniel - Directeur de l'association Triangle - Fédération addictions,
Madame BERTHAUD Lucile – Association Avenir Santé 44,
Madame BERTHELOT Manon – Coordinatrice CLS Baugé-en-Anjou,
Docteur BLANCHI Sophie - Médecin coordinateur adjoint - CFPD Sarthe,
Monsieur BONNELL Bernard – Directeur adjoint autonomie – Conseil départemental 53,
Madame BOUCHER Elodie – Coordinatrice EAAR UDAMAD,
Monsieur BOUSSIN Gérard - Représentant Ville d'Angers,
Monsieur BOUVIER Thomas – Sous-directeur CPAM 44 – Responsable de la cellule régionale de coordination de la gestion du risque,
Docteur BRACHET Dominique - Président URPS Chirurgiens-dentistes libéraux des Pays de la Loire,
Docteur BRIERE Marie-Paule - Médecin conseiller technique - DSDEN Sarthe,
Madame BRULE-DELAHAYE Catherine – Ville du Mans,
Monsieur BUBIEN Yann - Directeur général CHU Angers - Délégué régional FHF Pays de la Loire,
Monsieur BURBAN Bruno – MDA 44,
Monsieur BUTON Albéric – Directeur SSIAD Loire et Mauges,
Docteur CAILLARD Jean-Baptiste – Président URPS Médecins Libéraux des Pays de la Loire,
Monsieur CASIMONT Serge – Membre URPS Orthoptistes/orthophonistes/sages-femmes des Pays de la Loire,
Monsieur CESARO Fabien – Président Pôle de santé Meslay-Gretz,
Monsieur CHALET Philippe – Président CARSAT Pays de la Loire,
Monsieur CHALOPIN Philippe – Maire de Baugé-en-Anjou,
Madame CHARLE - Permanente FHF Pays de la Loire,
Monsieur CHARMOIS Grégoire – Directeur APF Nantes – Membre Conférence de Territoire 44,
Madame CHARRIER Sophie - Coordinatrice programme ETP - MSP Cholet,
Monsieur CHARTRON Dominique – Association Espaces des Usagers 44,
Docteur CHATAIGNER Bernard - Médecin coordonnateur DCA 49,
Madame CHATEVAIRE Marie-Josèphe – Conseil Départemental 85
Monsieur CHAUVEAU Guy-Michel – Président FHF Pays de la Loire,
Docteur CHAUVIN-GRELIER – CHS de Blain – ELSA Nord-Loire,
Monsieur CHEREAU Antoine – Président Conférence de Territoire 85 – Maire Ville de Montaigu,
Madame CHERON Lucie – Pilote MAIA Est 49 – Coordination autonomie,
Madame CLERGEAU Marie Françoise - Députée 44 – Membre Commission des affaires sociales,
Monsieur CORBIN François-Xavier - Secrétaire général FHF Pays de la Loire,
Monsieur COTTIN Patrick – Directeur Maison des Adolescents 44,
Monsieur COUILLAUD Guy - Membre Conférence de Territoire 44,
Madame COULON Anne-Marie – Présidente Association des Maires et des Présidents de Communautés de la Vendée,
Madame COULON Corinne – USSIAD 49,
Docteur COUTHERUT Julie - Médecin coordinateur CFPD Loire Atlantique,
Madame COUTIN Anne Sophie - Déléguée générale SRAE Sécurité Naissance,
Monsieur CREUZET – Directeur CH Nord Mayenne,
Monsieur CRUARD Philippe - Directeur de l'Autonomie Conseil Départemental 53
Madame DALIBON – Association Relais Santé Bien-Etre – Adjointe du DG Ville de Craon,
Madame DAVID Elise – Chargée de mission santé – Direction des solidarités – Conseil Régional des Pays de la Loire,
Madame DEHÊTRE Anne – Membre URPS Orthoptistes/orthophonistes/sages-femmes des Pays de la Loire,

Madame DEJUST Ornella – Communauté d'Agglomérations du Choletais,
Monsieur DEMIGNE Emmanuel - Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie 44,
Madame DEROCHE Catherine - Elue en charge de la santé - Conseil Régional des Pays de la Loire,
Monsieur DESIRE-DIT-GOSSET Emmanuel – Direction de la Protection Juridique de la Jeunesse,
Docteur DEVIENNE Amandine - Médecin coordonnateur ETP - Polyclinique du Parc à Cholet,
Docteur DEVRIENDT Sylvaine - Représentante Médecins du monde à la CRSA Pays de la Loire,
Professeur DUBIN Jacques – Président Conférence de Territoire 49 – Président du Conseil de l'ordre des médecins 49,
Docteur DUBOIS Séverine - Médecin coordonnateur réseau (et diabétologue à l'UTEP d'Angers) - Réseau de proximité diabète 49,
Madame FAZAL CHENAI Méry – Union Fédérale des Consommateurs Que Choisir,
Monsieur FERASSE Cédric –Membre URPS Orthoptistes/orthophonistes/sages-femmes des Pays de la Loire,
Monsieur FOLTZER Alain - Président FHF Pays de la Loire,
Madame FORESTIER Emilie – MDA 44,
Madame FOUCHARD Nadine - Ville de Coulaines,
Docteur FOURQUIER Anne - Médecin coordonnateur HAD Nantes et région,
Madame FOURRAGE Anne-Cécile - Conseillère technique URIOPSS Pays de la Loire,
Docteur FRADET Gérard - Médecin coordonnateur réseau - Réseau de proximité diabète 85,
Madame FRAPPIER Isabelle – Membre CRSA Pays de la Loire – Représentante Traumatismes Crâniens 85,
Monsieur GASCHET Léonard – Maire Ville de Saint Calais,
Monsieur GATEAU Luc – Président URAPEI Pays de la Loire,
Docteur GENDRY Pascal – Président APMSL Pays de la Loire,
Monsieur GILET – Maire de Craon-Renazé,
Monsieur GIRAULT Pierre – Représentant UNAFAM,
Madame GOMBAULT Odile - Vice-Présidente URAF - Représentante CRUQPC,
Monsieur GOULLIART Arnaud – Directeur IREPS Pays de la Loire,
Monsieur GOURMELEN Gael - Coordinateur Aides,
Madame GRALL Marie-Madeleine – Conseillère municipale – Adjointe Mairie de Baugé-en-Anjou,
Madame GREFFIER Catherine - Ingénieur UTEP au CHU de Nantes,
Madame GROSBOIS Catherine – Mairie de Baugé-en-Anjou,
Madame GROSSAUD Christelle - Ingénieur UTET au CHU d'Angers,
Madame GUERIN GIACALONE Françoise – Directrice AFM - Service Régional Pays de la Loire,
Docteur GUILLEMINOT Alain – Président URPS Pharmaciens des Pays de la Loire,
Monsieur GUILLET David - Président URPS Infirmiers Libéraux des Pays de la Loire,
Monsieur GUYOT Fabrice - Directeur Centre social Château du Loir,
Monsieur HERAULT Thomas – Directeur URPS Médecins Libéraux des Pays de la Loire,
Monsieur HERVOUET André – Représentant Association Française des Diabétiques 44,
Monsieur HERVOUET Dominique – Président Association de soutien aux CVS de Nantes,
Madame HIEGEL Anne – Association des insuffisants rénaux FNAIR Pays de la Loire,
Madame HUMBLOT Christelle - Service Territorial Educatif en Milieu Ouvert d'Insertion,
Monsieur JASPARD Hubert - Directeur-adjoint CHU Nantes,
Monsieur JOLY François-Xavier – Directeur CARSAT Pays de la Loire,
Monsieur JOLY Thierry – Les Apsyades,
Monsieur KRZYZANIAK Jean-François - Membre consultatif CCRPA,
Monsieur LAMBERT Philippe – URPS Pharmaciens des Pays de la Loire,
Monsieur LAPOSTOLLE Benjamin - Directeur Direction des usagers, des risques et de la qualité - CHU Nantes,
Docteur LAPRERIE Anne-Laure - Médecin coordonnatrice réseau de proximité maladies chroniques 44,
Monsieur LATOURNERIE Gilles – Représentant CFTC,
Madame LAWANI Marie-Hellen – CESER Pays de la Loire,
Monsieur LEBLANC Rémy – Directeur général GEIST Mayenne,
Docteur LE GEAY Bertrand – CHU Nantes – CSAPA Pénitentiaire,
Monsieur LEGENTILHOMME François – Union Régionale des Associations Familiales Pays de la Loire,
Madame LE GOFF Françoise - Adjointe aux Solidarités Actives Ville d'Angers - Conseillère communautaire,
Madame LEBERRE Denyse - Représentante départementale APF,
Madame LECHEVALLIER Sabrina – Directrice SRAE Nutrition,
Madame LECOMTE Laurence - Directrice association AHS - Gestionnaire Réseau de proximité diabète 72,
Monsieur LEGUAY Denis – Président CRSA Pays de la Loire,
Monsieur LEHMANN Olivier – Inspecteur DDCS 44,

Monsieur LEMERLE Jean-Yves – Président URPS Masseurs Kinésithérapeutes des Pays de la Loire,
 Madame LEPETIT FERTE Isabelle - Association Usagers du CH du Mans,
 Monsieur LERAY Jean-Michel - Président Commission Spécialisée Prévention CRSA Pays de la Loire –
 Représentant Mutualité Française,
 Madame LERAY Fanny – Coordinatrice EAAR Georges Coulon - Fondation Georges Coulon,
 Monsieur LEREVEREND Martial - Ville d'Allonnes,
 Madame LEROY Isabelle - Adjointe CLS CA Cholet - Ville de Cholet,
 Madame LOISELEUX Catherine – Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie 44,
 Docteur LORENTE Isabela - Médecin coordinateur CFPD Vendée,
 Madame MAGNIEZ Geneviève – Représentante Ligue Nationale Contre le Cancer,
 Monsieur MAHEUX Philippe - Délégué Régional FEHAP – Directeur Centre Les Capucins Angers,
 Monsieur MAILLET Emmanuel - Ville de La Ferté Bernard,
 Monsieur MAREAU Loizic – Directeur CSAPA,
 Monsieur MARHADOUR Marc – CESER Pays de la Loire,
 Madame MARIONNEAU Chrystèle – DRJSCS Pays de la Loire,
 Monsieur MARTIN Patrick – Président URIOPSS Pays de la Loire,
 Madame MERIAIS Charlotte – Chargée de mission URPS Infirmiers libéraux des Pays de la Loire,
 Docteur METAYER Martine - Médecin coordinateur CFPD Mayenne,
 Monsieur MONY Jean – Ligue Nationale Contre le Cancer
 Madame MOREAU Alexandra – Directrice HAD Vendée,
 Docteur MOREAU Céline – Médecin Généraliste - MSP Angers,
 Monsieur MORIN Dominique – Membre Conférence de Territoire 72,
 Monsieur MORTIER Frédéric - CLS Grand Saumurois - Communes du Grand Saumurois,
 Monsieur MOULIN Dominique Membre Conférence de Territoire 44 – Représentant UFC Que Choisir,
 Monsieur MOUREAU François – Alcool Assistance Croix d'Or,
 Monsieur MOUTAUBRIC Jean-Baptiste - Représentant URPS Masseurs Kinésithérapeutes des Pays de la Loire,
 Monsieur NICOLEAU Pierre Emmanuel - Représentant FNARS,
 Madame NOEL Véronique - Déléguée à la Préfète à la politique de la ville du Mans
 Madame OGER Anne-Claire - Chargée de projet URPS Pharmaciens des Pays de la Loire,
 Monsieur OLLIVIER Laurent - Président MDA - La Sauvegarde Mayenne Sarthe,
 Madame PABOEUF Valérie – CHU Saint-Nazaire – ELSA,
 Madame PADOVANI Fabienne – Elue Conseil Départemental 44,
 Madame PARCAY Mélanie – Coordinatrice DCA 72,
 Monsieur PAUMIER Gilles – Représentant Espaces des usagers d'établissements de santé,
 Monsieur PAVAGEAU René – CESER Pays de la Loire,
 Madame PEAN Cécile - Chargée ETP Réseau de proximité diabète 72,
 Madame PEDRON Morgane – Coordinatrice EAAR Centre Mayenne - CCAS Laval,
 Monsieur PERIDY Thierry - Directeur Régional et Départemental DRJSCS Pays de la Loire,
 Madame PERREL Raphaëlle - Référente administrative Réseau de proximité maladies chroniques 44,
 Docteur PERRIER Benoit – Trésorier URPS Chirurgiens Dentistes Pays de la Loire,
 Madame PETITEAU Hélène – Union Nationale des Associations Françaises des Traumatismes Crâniens et cérébro lésés,
 Madame PICHOT Agnès – Directrice HAD Nantes – Représentante FNEHAD,
 Docteur PIRON-PRUNIER – EPSM de la Sarthe,
 Docteur PITARD Chantal – Hôpital Intercommunal de la Presqu'île de Guérande,
 Monsieur PLAETE Dominique – Membre URPS Orthoptistes/orthophonistes/sages-femmes des Pays de la Loire,
 Madame POSTIC Anne – Directrice URIOPSS Pays de la Loire,
 Madame POZZA Véronique – Présidente CISS Pays de la Loire,
 Docteur PRETAGUT Stéphane – CHU Nantes - ELSA
 Madame QUINIO Anne - Conseil Départemental 44 (ASE),
 Monsieur RAUD Roger – Représentant CODERPA Maine et Loire,
 Monsieur RICHARD Yvon - Conseiller délégué à la Santé - Ville d'Angers,
 Monsieur RICHIR Yvon – Président Commission Spécialisée Organisation des Soins CRSA Pays de la Loire -Directeur
 CHD La Roche sur Yon,
 Monsieur RITT – Représentant AFD 85,
 Madame ROGEON Martine - CAF Pays de la Loire,
 Monsieur RONDEAU Gilles – Directeur Maison Des Adolescents 72,
 Monsieur ROUILLON Michel – Représentant des usagers du CH de Mans,

Monsieur ROUSSEAU – Représentant URPS Masseurs Kinésithérapeutes des Pays de la Loire,
Docteur SARAUX-SALAUIN Patricia – Médecin-directeur – Mission de santé publique Ville de Nantes,
Docteur SCHLETZER MARIE Anne - Médecin coordinateur - Réseau de proximité diabète 53,
Monsieur SELLIER Jean – Président Commission Spécialisée Médico sociale CRSA Pays de la Loire – Directeur ADAPEI 49,
Monsieur SORIA Patrick – Directeur Général ADAPEI Vendée,
Madame SOULAS Odile – SGAR - Préfecture de Région Pays de la Loire,
Docteur TALLEC Anne – Présidente ORS Pays de la Loire,
Monsieur TELLIER Jean-François – Union Nationale des Associations France Alzheimer et maladies apparentées,
Madame THIETARD – Directrice OPPELIA – La Rose des vents – Saint Nazaire,
Monsieur THOMAS Alexis - Directeur de cabinet CHU Angers,
Madame TOUBA Agnès – Ancienne présidente URPS Infirmiers Libéraux Pays de la Loire,
Monsieur TRINEAU Olivier - Responsable pôle qualité de vie - Direction des solidarités – Conseil Régional des Pays de la Loire,
Madame TRAMIER Claire – Elue Conseil Départemental 44,
Monsieur TREGUENARD - Directeur-adjoint CHU Angers,
Monsieur TROUILLET Alain – Association des insuffisants rénaux Pays de la Loire,
Monsieur VINCENT Alain - Vice-président Pôle Solidarités territoriales - Maire de Montrevault-sur-Èvre,
Monsieur VINCENT Thomas - Directeur EPSM de la Sarthe,
Monsieur VIOLLET Raphaël – Représentant FEHAP PL - Directeur général Les Apsyades,
Docteur VISART AUDINEAU Catherine - Médecin coordonnateur DCA 44,
Madame ZALINSKI ASCENSI – Présidente Acsodent.

- A l'ARS Pays de la Loire

Monsieur BACHER Jacques – Direction Accompagnement et Soins – Accès aux soins de proximité,
Madame BASTARD Sylvie – Délégation territoriale de la Sarthe - Animation des politiques de territoire,
Monsieur BEAUCHAMPS François - Délégation territoriale du Maine et Loire – Responsable Animation des politiques de territoire,
Monsieur BERLINET Didier – Délégation territoriale de Loire-Atlantique - Animation des politiques de territoire,
Docteur BLAISE Pierre – Directeur du Projet Régional de Santé,
Madame BONNAVAL Béatrice - Direction Accompagnement et Soins – Chargée de projet Département Accès aux soins de proximité,
Madame BOUDET Chantal – Direction Efficience de l'Offre – Adjointe au directeur - Responsable du Département Systèmes d'informations et télémédecine –
Madame BURIN Stéphanie - Direction Efficience de l'Offre – Chargée de projet Département Offre hospitalière,
Docteur CAULIER Sylvie – Délégation territoriale de la Vendée – Animation des politiques de territoire,
Monsieur CHAUVET Patrick – Responsable Direction financière et comptable,
Madame CLERC Karine – Direction Efficience de l'offre – Membre du groupe projet « Qualité de vie personnes de plus de 75 ans »,
Madame COLLIAUX Jessica –Délégation territoriale de la Sarthe - Animation des politiques de territoire,
Monsieur COMPAIN Alain – Délégation territoriale de Loire-Atlantique – Responsable Animation des politiques de territoire,
Madame COURREGES Cécile – Directrice Générale,
Madame DANIEL Juliette - Direction Efficience de l'Offre – Responsable du groupe projet « Prévention et qualité de vie des personnes vivant avec un cancer »,
Madame DA SILVA MARQUES Estella – Délégation territoriale de la Mayenne – Animation des politiques de territoire,
Madame DE GUENYVEAU Gwendoline – Direction Prévention et protection de la santé Responsable du groupe projet « Bien être des moins de 20 ans »,
Madame DE RUSUNAN Marie-Paule – Direction Accompagnement et Soins - Responsable du groupe projet « Qualité de vie personnes vivant avec une addiction »,
Monsieur DOMINGO Stéphan –Délégué territorial de la Mayenne,
Madame DOUCET Odile - Délégation territoriale de la Sarthe – Responsable Animation des politiques de territoire,

Docteur DUMAIS Thierry – Délégation territoriale de la Mayenne - Responsable du groupe projet « Soins bucco-dentaires »,
 Madame DUMOULIN Clotilde – Fondée de pouvoir - Direction financière et comptable,
 Monsieur DUPERRAY Pascal – Directeur Direction Accompagnement et soins,
 Docteur DUVAUX Christophe – Directeur général adjoint,
 Monsieur GABORIT Raphaël – Direction Efficience de l’Offre – Département Qualité Sécurité Inspection,
 Madame GLOAGUEN Chantal - Direction Prévention et protection de la santé – Adjointe au responsable du Département Veille et sécurité sanitaire,
 Monsieur GRIMONPREZ François – Directeur Direction Efficience de l’Offre,
 Monsieur GUILLET Freddy – Délégation territoriale du Maine et Loire – Animation des politiques de territoire,
 Madame HERVE-CORBINEAU Elisabeth – Direction Efficience de l’Offre – Chargée de projet Département Coopération et Parcours de Santé,
 Madame HIVERT Gwenaëlle - Direction Prévention et protection de la santé – Responsable du groupe projet « PRSE »,
 Monsieur JAMES Benoît – Direction Ressources humaines et moyens – Adjoint à la directrice,
 Madame KUMAR Monika – Délégation territoriale de la Mayenne – Animation des politiques de territoire,
 Monsieur LACAZE Yves – Délégué territorial de la Sarthe,
 Madame LE GALL Anne - Direction Prévention et protection de la santé – Responsable du groupe projet « Nutrition »,
 Monsieur LEONE Francesco – Délégation territoriale – Animation des politiques de territoire,
 Madame LE MARECHAL Marie - Direction Efficience de l’Offre – Chargée de projet Département Coopération et Parcours de Santé,
 Monsieur Christophe LIGNAC – Direction Efficience de l’Offre – Gestionnaire de dossiers Département Coopération et Parcours de Santé,
 Madame MEAUDE Eliane - Direction Efficience de l’Offre – Responsable du groupe projet « Qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique »,
 Monsieur MEYER Benjamin - Délégation territoriale de Vendée – Responsable du groupe projet « Qualité de vie personnes sous main de justice » - Responsable département Animation des politiques de territoire,
 Monsieur MICHELET Vincent - Direction Efficience de l’Offre – Responsable du Département Coopération et Parcours de Santé,
 Madame MONFLIER Karine - Direction Ressources humaines et moyens – Responsable du service formation,
 Madame MONNIER Isabelle - Direction Accompagnement et soins – Département Ressources humaines du système de santé – Cheffe de projet santé mentale et psychiatrie,
 Madame NEYROLLES Marie-Hélène – Déléguée territoriale de Loire-Atlantique,
 Madame OGE Catherine – Direction Efficience de l’offre – Responsable Département évaluation des politiques de santé et des dispositifs,
 Madame PASSETEMPS Marie-Jo - Direction Efficience de l’Offre – Responsable du groupe projet « Qualité de vie personnes en situation de précarité »,
 Madame PERIBOIS Elodie - Direction Efficience de l’Offre – Responsable du Département Offre médico-sociale,
 Monsieur PLU Sébastien - Délégation territoriale de la Mayenne – Responsable Animation des politiques de territoire,
 Monsieur POUGET Florent - Direction Accompagnement et Soins – Responsable du Département Accès aux soins de recours,
 Madame PRAT Marie-Annick - Direction Prévention et protection de la santé – Responsable du Département Veille et sécurité sanitaire,
 Madame QUEMA Mélanie – Délégation territoriale de Loire-Atlantique – Animation des politiques de territoire,
 Monsieur RETAUD Jean-Loïc - Direction Efficience de l’Offre – Chargé de projet Département Offre hospitalière,
 Madame RIVET Evelyne - Direction Accompagnement et Soins – Responsable du Département Accès aux soins de proximité,
 Monsieur RIVIERE Daniel, ARS Pays de la Loire – Direction Prévention et protection de la santé - Responsable du département Promotion de la santé et de la prévention,
 Madame SALOMON Patricia – Direction Accompagnement et soins – Responsable département Accompagnement médico-social,
 Madame SERAZIN Anne-Lise – Direction Appui démocratie sanitaire et pilotage – Adjointe au directeur,
 Docteur SIMON Brigitte - ARS Pays de la Loire – Direction Efficience de l’Offre – Responsable du département Qualité Sécurité Inspection,
 Docteur TANDY Laurence - Direction Efficience de l’Offre – Responsable du Département Offre hospitalière,
 Madame THOBIE Annie – Direction Accompagnement et Soins – Accès aux soins de recours,
 Madame TROHEL Armelle – Direction Accompagnement et Soins – Membre du groupe projet « Qualité de vie personnes vivant avec un handicap ou trouble psychique »,

Madame VIAL Valérie - Direction Prévention et protection de la santé – Département Veille et sécurité sanitaire,
Madame ZIMMERMANN Marie-Jeanne - Délégation territoriale de Loire Atlantique – Animation des politiques de territoire,

**Evaluation
de politique de santé**

Projet Régional de Santé (PRS)

**EVALUATION FINALE DU PROJET REGIONAL DE SANTE DES
PAYS DE LA LOIRE 2012-2016**

NOTE DE CADRAGE

DOCUMENT DE TRAVAIL

**Direction de l'Effizienz de l'Offre
Département Evaluation des Politiques de Santé et des
dispositifs**

-Février 2016-

ORGANISATION

La Directrice Générale (DG) de l'ARS est la commanditaire de l'évaluation.

La démarche d'évaluation du PRS 2012-2016 est intégrée dans l'élaboration du PRS 2018-2022. Le Comité de Direction de l'ARS réuni en CODIR PRS a un rôle stratégique d'arbitrage et de validation aux étapes clés des travaux.

Un COPIL unique est constitué pour l'élaboration du PRS 2018-2022 fonctionnant en logique d'évaluation pour le PRS 2012-2016. Il a un rôle de débats et de suivi du pilotage et de contribution aux étapes clés des travaux.

Le comité de pilotage (COPIL) est présidé par le Dr Pierre BLAISE, directeur du Projet Régional de Santé à l'ARS.

Il est composé de dix membres :

- le président du COPIL, directeur du PRS de l'ARS ;
- trois Directeurs « Métier » de l'ARS, respectivement le directeur de la prévention et protection de la santé, le directeur de l'efficience de l'offre, le directeur de l'accompagnement et des soins ;
- un représentant d'une Délégation Territoriale (DT85) de l'ARS, suppléance DT49 ;
- le président de la CRSA, commission plénière ;
- le président de la commission spécialisée médico-sociale ;
- le président de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers ;
- le président de la commission spécialisée prévention ;
- le président de la commission spécialisée de l'organisation des soins.

L'équipe qui réalise l'évaluation est le Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs (DEPS) de l'ARS : Dr Jean Paul BOULE, Xavier BRUN, Claude PICHON et Catherine OGE, responsable de la conduite de l'évaluation.

OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Dégager des recommandations stratégiques et opérationnelles dans la dynamique de construction du PRS 2018-2022

A l'aune de ce qui a été mis en œuvre dans le cadre du PRS 2012-2016 et des transformations en cours, l'évaluation doit identifier ce qui est pertinent pour répondre aux enjeux à venir pour la construction du PRS 2018-2022. Elle a plusieurs objectifs :

- de rendre compte des changements générés par la mise en œuvre du PRS 2012-2016 ;
- d'apporter des éléments d'éclairage sur les freins et leviers à son déploiement ;
- d'apporter, en complément d'autres travaux (bilans, suivis, états des lieux...) des éléments d'éclairage utiles à l'élaboration du PRS 2018-2022.

QUESTIONS EVALUATIVES

La 1^{ère} réunion du COPIL a permis d'affiner les questions évaluatives du cahier des charges et de fixer les critères de jugements

L'évaluation devra permettre de répondre aux 5 questions évaluatives qui guideront les travaux.

Q1. Le PRS a-t-il constitué **un outil de cadrage** de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ? (question sur la pertinence)

Q2 : Les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à **l'atteinte des objectifs** ? (question sur la pertinence)

Q3 : Le PRS a-t-il été un outil de **mobilisation des acteurs institutionnels et de terrain** en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs ? (question sur la pertinence, la cohérence interne et externe)

Q4 : Dans quelle mesure **les réalisations** prévues dans le PRS ont-elles été mises en œuvre par l'ARS en termes de changement dans l'organisation du système de santé et de qualité de la réponse en santé ? (question sur l'efficacité)

Q5 : La mise en œuvre du PRS par l'ARS a-t-elle produit **des effets** perceptibles sur l'organisation du système de santé et la qualité de la réponse en santé, sur **l'état de santé de la population** et sur **la perception** du fonctionnement du système de santé **par la population** ? (question sur l'efficacité, l'utilité)

REFERENTIEL D'EVALUATION

Q. éval	Sous – questions évaluatives	Critères	Indicateurs	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
Q1. Le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?	1.1 La structuration et la rédaction du PRS ont- elles favorisé sa lisibilité en interne à l'ARS ?	<i>C11-1. la structuration interne à chaque document et la structuration d'ensemble du PRS sont clairs</i>			
	1.2 Dans quelle mesure le PRS a-t-il constitué le cadre de référence en interne à l'ARS ?	<i>C12-1. le PRS est un document de référence et ses orientations sont connues par les agents</i>			
		<i>C12-2. les agents se sont appropriés la dynamique portée par le PRS et l'utilisent dans leurs objectifs de travail</i>			
	1.3 En quoi le PRS a-t-il favorisé une meilleure pertinence de la politique de santé des Pays de la Loire ?	<i>C13-1. les besoins et réalités du territoire sont pris en compte</i>			
		<i>C13-2. les attentes des acteurs (intra et extra) sont prises en compte</i>			

Q. éval	Sous – questions évaluatives	Critères	Indicateurs	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
Q2 : Les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?	2.1 Quels sont les facteurs- clé de succès et d'échec en termes de conditions de mise en œuvre en interne pour favoriser le portage des objectifs fixés ?	<i>C21-1. le pilotage mis en place pour la mise en œuvre du PRS a été pertinent</i>			
		<i>C21-2.les agents ont été accompagnés dans l'appropriation de la dynamique du projet</i>			
		<i>C21-3.les agents ont été en mesure de porter les orientations du PRS à l'extérieur</i>			
	2.2 Dans quelle mesure les évaluations du PRS ont-t-elles permis les éclairages nécessaires « en continu » pour favoriser l'atteinte des objectifs ?	<i>C22-1.les résultats des évaluations intermédiaires (populationnelles, dispositifs) du PRS ont été pris en compte pour ajuster la stratégie.</i>			
		<i>C22-2.les recommandations ont été mises en œuvre par l'ARS dans des plans d'action opérationnels</i>			
	2.3 Dans quelle mesure l'évolution du contexte a-t-elle influencé la mise en œuvre des objectifs ?	<i>C23-1. des évolutions internes à l'ARS ont influencé la mise en œuvre des objectifs du PRS</i>			
		<i>C23-2.l'évolution des besoins régionaux a influencé la mise en œuvre des objectifs du PRS</i>			
		<i>C23-3.l'évolution du contexte financier a influencé la mise en œuvre des objectifs du PRS</i>			
		<i>C23-4.l'évolution du contexte politique, législatif et réglementaire a influencé la mise en œuvre des objectifs du PRS</i>			

Q. éval	Sous – questions évaluatives	Critères	Indicateurs	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
Q3 : Le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs institutionnels et de terrain en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs ?	3.1 Quel a été le niveau d'implication des acteurs lors de la construction et de la mise en œuvre du PRS ?	<i>C31-1.les acteurs ont contribué à la construction du PRS</i>			
		<i>C31-2. les acteurs ont été en mesure d'influer sur les décisions de la mise en œuvre du PRS</i>			
	3.2 Quel est le degré/ niveau d'appropriation du contenu du PRS par les différents acteurs?	<i>C32-1.les acteurs connaissent le PRS, savent où retrouver ce qui les concerne, connaissent ses objectifs et le contenu de la stratégie</i>			
		<i>C32-2.les acteurs s'en sont servis pour structurer leurs propres objectifs</i>			
		<i>C32-3.les acteurs ont pu, grâce au PRS, innover dans leurs pratiques</i>			

Q. éval	Sous – questions évaluatives	Critères	Indicateurs	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
Q4 : Dans quelle mesure les réalisations prévues dans le PRS ont-elles été mises en œuvre par l'ARS en termes de changement dans l'organisation du système de santé et de qualité de la réponse en santé ?	4.1 Dans quelle mesure l'ARS a-t-elle mis en œuvre des réalisations pour une mutation du système de santé vers une logique de parcours ?	<i>C41-1. des réalisations ont été menées en matière de décloisonnement des acteurs</i>			
		<i>C41-2. des réalisations ont été menées en matière de renforcement de la prévention</i>			
		<i>C41-3. des réalisations ont été menées en matière d'organisation du premier recours et de son articulation avec les soins spécialisés</i>			
		<i>C41-4. des réalisations ont été menées en matière de soutien à la vie en milieu ordinaire</i>			
	4.2 Dans quelle mesure l'ARS a-t-elle mis en œuvre des réalisations en faveur de la qualité des réponses en santé, en termes de réduction des inégalités ?	<i>C42-1. des réalisations ont été menées en matière de réduction des inégalités territoriales de santé</i>			
		<i>C42-2. des réalisations ont été menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé</i>			

Q. éval	Sous – questions évaluatives	Critères	Indicateurs	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
Q5 : La mise en œuvre du PRS par l'ARS a-t-elle produit des effets perceptibles sur l'organisation du système de santé et la qualité de la réponse en santé, sur l'état de santé de la population et sur la perception du fonctionnement du système de santé par la population ?	5.1 Dans quelle mesure les réalisations de l'ARS ont-elles contribué à la mutation du système de santé vers une logique de parcours ?	<i>C51-1.le décroisement des acteurs est engagé</i>			
		<i>C51-2.la prévention a été renforcée et élargie</i>			
		<i>C51-3.le premier recours est repositionné et articulé avec les soins spécialisés</i>			
		<i>C51-4.le développement de l'accompagnement des personnes a favorisé la vie en milieu ordinaire</i>			
	5.2 La politique de l'ARS a-t-elle favorisé l'amélioration de la qualité des réponses en santé, notamment en termes de réduction des inégalités ?	<i>C52-1.les réalisations de l'ARS ont eu un effet sur l'état de santé de la population (sur exemples)</i>			
		<i>C52-2.les réalisations de l'ARS ont réduit les inégalités territoriales de santé</i>			
	<i>C52-3.les réalisations de l'ARS ont réduit les inégalités sociales de santé</i>				

Q. éval	Sous – questions évaluatives	Critères	Indicateurs	Sources / investigations	Axe stratégique du PRS
	5.3 Quels ont été les effets de la politique de l'ARS en termes de participation individuelle et collective des usagers, et de modification de la perception des usagers sur le système de santé ?	<p><i>C53-1_a. des réalisations ont été menées pour la participation individuelle et collective des usagers (participation des usagers)</i></p> <p><i>C53-1_b. l'information des usagers favorise un recours pertinent au système de santé (participation des usagers)</i></p> <p><i>C53-1_c. l'accompagnement auprès de l'utilisateur prend en compte ses besoins (participation des usagers)</i></p> <p><i>C53-1_d. les usagers participent à la gouvernance des institutions en santé (participation des usagers)</i></p> <p><i>C53-1_e. l'utilisateur est acteur, responsable de sa santé (participation des usagers)</i></p> <p><i>C53-2_a. le système de santé est rendu plus lisible pour les usagers (perception du système de santé)</i></p> <p><i>C53-2_b. le système de santé est perçu comme évoluant vers une meilleure accessibilité financière/ géographique/temporelle (perception du système de santé)</i></p> <p><i>C53-2_c. les usagers gagnent confiance dans la qualité de la réponse en santé (perception du système de santé)</i></p>			

MODALITES D'INVESTIGATIONS

Traitement des différentes questions évaluatives

	Pilotage ARS	Pilotage CRSA (avec appui méthodologique ARS)
Réalisation ARS	Question 4 Sous- questions 5-1 et 5-2	
Réalisation prestataire externe	Questions 1 à 3 Investigations 5.2	Sous-question 5-3

Types d'investigations prévues pour apporter des réponses aux questions évaluatives

- mobilisation des travaux d'évaluations déjà réalisés (évaluations thématiques du PRS, évaluations de dispositifs) ;
- bilan à mi-parcours du PRS ;
- analyses documentaires ;
- entretiens ;
- enquêtes ;
- études ;
- exploitation de données quantitatives
- ...

CALENDRIER DES SEANCES

Séance n°	Ordre du jour	Livrables	
1	<ul style="list-style-type: none"> Installation du COPIL Présentation de la démarche d'évaluation finale du PRS1 Présentation du cahier des charges et questions du COPIL 	Cahier des charges	<u>Février 2016</u>
<u>Transmission du référentiel d'évaluation consolidé au COPIL</u>			<u>Fin février 2016</u>
<ul style="list-style-type: none"> Investigations et points sur les investigations en cours ¹  			<u>Juin 2016</u> 
2	<ul style="list-style-type: none"> Rapide bilan des investigations Présentation des constats par sous-question évaluative 	Constats	<u>Octobre 2016</u>
3	<ul style="list-style-type: none"> Présentation des propositions de jugements, adossées aux constats Débat sur les jugements : questionnement, amendement, validation, éventuelle priorisation 	Enoncé des jugements	<u>Novembre 2016</u>
4	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration collective d'éléments de recommandations sur la base des jugements 	Eléments de recommandations	<u>Décembre 2016</u>
<u>Transmission du projet de livrable final d'évaluation au COPIL</u>			<u>Fin décembre 2016</u>

¹ Point sur investigations en cours si demande du COPIL en fin de 1^{er} semestre 2016

Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

17 boulevard Gaston Doumergue - CS 56233

44262 NANTES cedex 2

Tél. 02 49 10 40 00 – Mél. ars-pdl-contact@ars.sante.fr

www.ars.paysdelaloire.sante.fr