

LES LIVRETS DE L'ÉVALUATION

.....
EVALUATION DES POLITIQUES
DE SANTÉ

**POLITIQUE REGIONALE
EN FAVEUR DE LA SANTE DES
POPULATIONS EN GRANDE
VULNERABILITE**



Evaluation / Evolution

Dans un contexte de mutation du système de santé, le besoin d'évaluer les politiques publiques ne cesse de croître. Des ressources limitées face à des besoins illimités impliquent un bon usage des fonds publics dédiés à la santé, avec un souci d'équité et d'efficience.

Rendre compte de l'action publique auprès des citoyens et usagers, alimenter le débat démocratique à travers la mise en discussion de l'action menée et surtout aider les décideurs dans les choix stratégiques sont autant d'enjeux que porte l'évaluation. Ces défis, elle les relève à travers le jugement qu'elle émet sur les actions passées et les recommandations qu'elle propose pour améliorer l'action publique dans le futur.

Fort de ces constats, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Pays de la Loire s'est engagée dans l'évaluation des politiques qu'elle met en œuvre, et plus particulièrement celle du Projet Régional de Santé (PRS). Dans cet objectif, elle s'est dotée d'un Département d'Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs (DEPS), intégré à la Direction de l'Efficienc e de l'Offre. Le DEPS est chargé d'apprécier sur le plan stratégique les politiques de santé mises en œuvre par l'ARS sur des thématiques ciblées (6 à ce jour) et de réaliser une évaluation globale du PRS arrivant à échéance en 2016. Des évaluations opérationnelles de dispositifs ciblés, contribuant à la politique de santé publique en Pays de la Loire, sont également réalisées pour disposer d'éléments d'appréciation pour le déploiement et l'ajustement (5 à ce jour).

En portant un jugement sur l'efficacité et la pertinence des politiques qu'elle met en œuvre, l'ARS se donne donc les moyens de les ajuster en temps réel, afin de les faire évoluer au plus près des besoins des territoires et des citoyens.

Zoom sur des thématiques précises

Avec la publication du premier numéro, « Les livrets de l'évaluation », l'ARS présente les résultats de l'évaluation en matière de politique de santé des populations en grande vulnérabilité. Dans sa démarche, elle associe les parties prenantes de la politique régionale de santé aux réflexions. Elle utilise les résultats pour construire les plans d'actions annuels de ses feuilles de route.

Au travers de cette publication, elle vous invite à partager une synthèse des résultats observés dans une perspective opérationnelle et dynamique, pour ajuster de manière concrète les décisions aux besoins. Si ces « livrets » participent ainsi à la création d'une culture commune au sein de l'ARS et au-delà, avec les professionnels de santé, ils sont aussi une invitation, au gré des sujets retenus, à consulter l'intégralité des rapports sur son site Internet à l'adresse suivante :

<http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Les-publications-du-Departemen.174611.0.html>

Bonne lecture.

Catherine Ogé
Responsable du Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs
Direction de l'Efficienc e de l'Offre



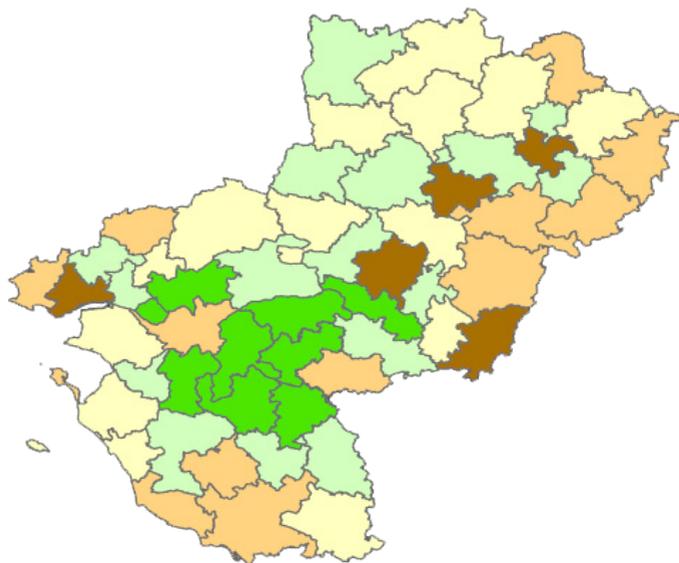
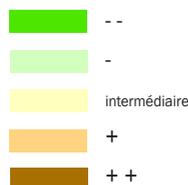


CONTEXTE DE LA POLITIQUE ÉVALUÉE

Le *Projet Régional de Santé (PRS) des Pays de la Loire 2012-2016* a prévu, outre son évaluation finale, des évaluations intermédiaires sur des thématiques populationnelles. La direction de l'Agence Régionale de Santé (ARS) a décidé de dédier sa première évaluation intermédiaire au thème de la santé des populations en grande vulnérabilité – ce qui recouvre essentiellement l'évaluation du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

En Pays de la Loire, s'il y a globalement moins de pauvreté et d'inégalités qu'ailleurs en France, la précarité augmente et l'existence de disparités territoriales est connue.

Précarité économique



ETAT DES LIEUX EN PAYS DE LA LOIRE

+30 000
habitants par an

Le seuil de pauvreté est de
977€ par mois,
420 000 personnes
pauvres recensées en
2011

157 485 personnes
bénéficiaires de la CMU-C

79 318 allocataires du RSA

5ème rang en France avec
3.6 millions
d'habitants

Taux de chômage le plus
faible de France avec
9.1%

(Source ARS/DOA – Données INSEE- Document non publié-2013)



O BJECTIFS DE LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ

Le PRAPS des Pays de la Loire, un des programmes constitutifs du PRS, a pour finalité de fédérer les acteurs autour de la lutte contre les exclusions et les inégalités sociales de santé, pour aider les personnes en situation de précarité dans leur démarche de prévention, d'accès aux droits, d'accès aux soins et d'accès à l'accompagnement médico-social. L'accès ou le maintien au système de santé de droit commun y sont clairement visés même si le PRAPS considère qu'il est parfois nécessaire de mettre en place des dispositifs transitoires spécifiques.

LA PERSONNE AU COEUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n° 1 : Recueillir les expériences et la parole des personnes en situation de précarité pour les associer à la conception des actions et des programmes.

Résultats attendus sur le territoire :

- Obtenir une représentation active des personnes en situation de précarité dans les instances ;
- Être en mesure de recueillir leur satisfaction et leur ressenti ;
- Mettre en évidence les bonnes pratiques adaptées aux cultures de chacun ;
- Enrichir la pratique des professionnels grâce au recueil d'expériences ;
- Définir des programmes d'action établis par les personnes concernées et les personnes relais.

Action n° 2 : Promouvoir des approches adaptées en matière de santé et d'éducation au «prendre soin».

Résultats attendus sur le territoire :

- Proposer pour les personnes en situation de précarité des actions d'éducation à la santé et des programmes d'éducation thérapeutique adaptés ;
- Définir une consultation d'annonce à même de prendre en compte les particularités du parcours des personnes vulnérables.

Action n° 3 : Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins en harmonisant les pratiques professionnelles.

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Résultats attendus sur le territoire :

- Identifier les dispositifs et leurs champs de compétences (notamment pour les professionnels de santé) ;
- Optimiser le recours aux dispositifs tout en rappelant leur caractère transitoire ;
- Créer les passerelles vers un droit commun durable et stabilisé ;
- Mettre en commun les bonnes pratiques et optimiser les moyens mis en œuvre par les différents intervenants ;
- Disposer de l'information nécessaire et des leviers pour piloter les actions des dispositifs.

Action n° 4 : Formaliser un accompagnement individuel adapté et selon les cas, identifier une personne pour coordonner les interventions et les acteurs.

Résultats attendus sur le territoire :

- Proposer pour les personnes en situation de précarité un accompagnement personnel et spécifique par l'intermédiaire d'une personne désignée (médiateur, pair, aidant, référent...);
- Assurer un recours à la prévention, aux soins, à l'accompagnement quelque soit la situation de la personne ;
- Faciliter le partage de l'information dans le cas de parcours pouvant être chaotiques.

Action n° 5 : Adapter les modalités d'accueil et d'intervention en favorisant «l'aller vers».

Résultats attendus sur le territoire :

- Lever les obstacles à la coopération entre les partenaires et dépasser les logiques sectorielles ;
- Proposer des dispositifs innovants pour répondre aux besoins évolutifs des personnes en situation de précarité ;
- Reconnaître la prise en compte et la prise en charge de la précarité dans une approche globale de la personne.

LA MAITRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n° 6 : Renforcer la coordination des institutions et développer les capacités des intervenants pour mieux repérer les personnes en situation de précarité.

Résultats attendus sur le territoire :

- Proposer aux publics des solutions interinstitutionnelles globales et concordantes ;
- Promouvoir l'approche psycho sociale auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé.



MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

L'ARS a fait le choix de dédier une équipe à l'évaluation des politiques de santé et des dispositifs qu'elle déploie, en se dotant d'un département DEPS. Deux personnes du DEPS ont été mobilisées pour cette évaluation.

75 entretiens
individuels
&
4 entretiens
collectifs

Travaux d'analyse
documentaire

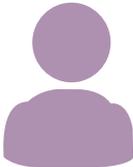
2
enquêtes
auto-administrées
par voie numérique

Des recherches variées
ont été menées

1
enquête
téléphonique
auprès de médecins
généralistes

1 étude
sociologique
&
1 enquête
experts

Populations étudiées



Grands exclus



Migrants



Personnes en
hébergement social



ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'ÉVALUATION

Comment la politique régionale de santé favorise-t-elle la mise en place d'outils de recueil et de valorisation de la parole des personnes en grande vulnérabilité ?

Le recueil et la valorisation de la parole des personnes en grande vulnérabilité, lorsqu'ils sont constatés, sont encore peu imputables à la politique régionale de santé. L'ARS prend des initiatives en ce sens, mais l'articulation avec les processus de décision n'est pas encore achevée. Innovantes ou non, et bien que manquant de visibilité, des pratiques de recueil de la parole des personnes en grande vulnérabilité sont à l'œuvre au niveau du terrain.

En revanche, l'intégration de la parole des personnes en grande vulnérabilité dans la construction des politiques de santé n'est pas encore aboutie en dépit d'outils en permettant le recueil comme le Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies ou accompagnées (CCRPA).

La politique régionale de santé permet-elle une prise en compte de la grande vulnérabilité dans les actions, politiques et dispositifs de santé, chez les acteurs et les partenaires de l'ARS ?

La politique régionale de santé ne détermine pas encore de manière significative la prise en compte des questions de santé des populations en grande vulnérabilité dans les plans et activités des partenaires de l'ARS.

Le plaidoyer de l'ARS pour des politiques publiques favorables à la santé des populations en grande vulnérabilité est encore limité, malgré une impulsion récente dans le domaine des contrats locaux de santé. Si l'accueil fait au PRAPS par la CRSA suggère un accord sur les objectifs de la politique de l'ARS, les impacts de son plaidoyer ne sont pas encore démontrés.

La politique régionale de santé apporte-t-elle les outils adéquats pour éviter les ruptures dans les parcours de vie des personnes en situation de grande vulnérabilité identifiées lors de l'élaboration du PRS ?

La politique régionale de santé n'a pas achevé sa mutation vers les approches de type parcours, dont l'émergence est encore récente, portée notamment par la stratégie nationale de santé. Cependant, des leviers sont disponibles pour amorcer cette mutation, notamment une approche médico-psycho-sociale et une évolution du premier recours qui pourront, si elles sont accompagnées, faciliter l'accès des personnes en grande vulnérabilité.

Le repérage des outils mobilisables dans une logique de parcours n'est pas achevé, et cette approche n'est pas encore tangible dans une politique régionale de santé qui demeure centrée sur des populations ciblées.

L'organisation actuelle du premier recours n'est pas toujours assez lisible et adaptée pour faciliter le parcours des populations en grande vulnérabilité. L'évolution des organisations de santé n'est pas achevée à ce jour, mais elle comporte des leviers (notamment maisons de santé pluri-professionnelles) qui permettraient d'améliorer cette situation sous réserve d'un soutien plus affirmé de l'ARS.

La politique régionale de santé peut-elle permettre aux acteurs / promoteurs / établissements de mettre en œuvre la démarche "d'aller vers"?

La politique régionale de santé peut permettre aux acteurs, promoteurs et établissements de développer des démarches d'« aller vers », mais elle doit pour cela être plus volontariste, explicite et viser principalement le retour au droit commun.

La politique régionale de santé prête une attention particulière à la prise en charge des personnes en grande vulnérabilité dans ses actions de prévention, que ce soit directement (sélection des projets en prévention) ou indirectement (pilotage des opérateurs du dépistage des maladies infectieuses).

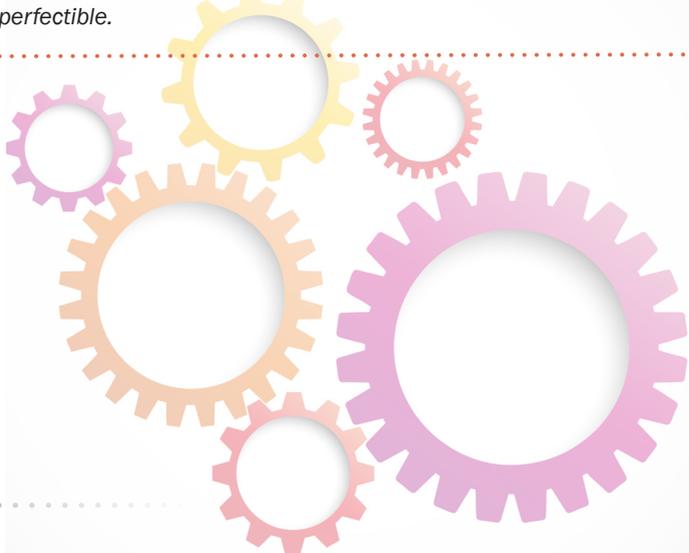
Elle ne dispose cependant pas d'une connaissance exhaustive des actions de prévention menées auprès de ces publics, et n'a pas encore promu de manière significative les modalités d'« aller vers » pour prévenir les situations de non recours à la prévention des populations en grande vulnérabilité.

Comment la politique régionale de santé pourra-t-elle contribuer à améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de grande vulnérabilité ?

Si l'ARS veut jouer un rôle en matière d'accès aux droits des personnes en grande vulnérabilité, elle doit avancer sur deux axes :

- *Démontrer sa plus - value sur ces questions, aux côtés des autres acteurs ;*
- *Accompagner un élargissement des missions des PASS en matière de retour au droit commun.*

L'ARS n'est pas identifiée comme un acteur des politiques d'accès aux droits. Par ailleurs, elle dispose d'une visibilité encore insuffisante sur l'accès aux soins spécialisés. Si les PASS jouent le rôle qui est attendu d'elles en matière d'accès à une couverture sociale, leur articulation avec la médecine de ville est encore insuffisante et l'harmonisation de leurs pratiques est perfectible.





I DÉES CLÉS À RETENIR

Deux ans après la publication du PRS, son impact sur la santé des populations en grande vulnérabilité est délicat à apprécier d'autant que le PRAPS n'a été que partiellement déployé. Cette évaluation permet néanmoins d'identifier les **premières avancées** et les **éléments de contexte porteurs pour continuer à déployer le PRAPS**. Si l'évaluation conforte la plupart des options opérationnelles prévues, les actions méritent d'être repositionnées dans le cadre d'une approche renouvelée des questions de santé-précarité.

La notion de « populations en grande vulnérabilité » est d'une telle ampleur qu'il est difficile de construire une politique de santé cohérente et lisible sur le seul fondement d'une approche par public cible. Cette approche centrée sur des dispositifs dédiés à la lutte contre l'exclusion, héritée des PRAPS précédents, ne facilite pas une approche parcours visant à adapter l'organisation des soins et de prévention de droit commun aux besoins des personnes.

La piste suggérée, à l'issue de ce travail est d'approcher désormais les questions de santé-précarité à travers le **traitement des situations problématiques** (absence de logement stable, difficultés de communication, isolement social...) dans l'accès aux droits, à la prévention, aux soins et à l'accompagnement.

L'approche populationnelle peut intervenir de manière complémentaire en tant que la prise en compte de spécificités d'un public peut optimiser l'efficacité de l'action.

L'évaluation met également en évidence les enjeux du pilotage de la politique « santé-précarité » :

- L'enjeu d'une **politique interinstitutionnelle intégrée** car les problématiques de santé et sociales sont beaucoup trop interdépendantes pour être traitées séparément ;
- L'enjeu d'une **déclinaison territorialisée** de cette politique, car les réponses doivent être pensées en proximité pour des publics qui n'ont pas les ressources pour aller les chercher à distance, que ce soit dans le temps ou dans l'espace ;
- L'enjeu **d'association des usagers** eux-mêmes, pour disposer a minima d'une veille à la fois sur la pertinence des réponses déployées, mais aussi sur l'émergence de situations problématiques non décelées.



RECOMMANDATIONS

Les 8 préconisations stratégiques d'évolution proposées à l'issue de cette évaluation visent à :

Renforcer le pilotage
de la politique en faveur de
la santé des personnes en
grande vulnérabilité

1 Structurer le portage stratégique des questions de santé-précarité dans un cadre interinstitutionnel, territorialisé et lisible par les instances de démocratie sanitaire.

Illustrations opérationnelles :

- Inscription des actions de santé dans la déclinaison régionale du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ;
- Mobilisation des contrats locaux de santé comme outils de lutte contre les inégalités sociales de santé ;
- Clarification des modalités d'interaction de l'ARS avec la CRSA.

2 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.

Illustrations opérationnelles :

- Mobilisation de travaux d'observation sur les liens santé-précarité ;
- Partage élargi de connaissances entre institutions ;
- Organisation de manifestations conjointes ARS-DRJSCS auprès des acteurs de la santé et du social.

3 Prendre en considération dans la durée la parole et l'expertise des usagers en grande vulnérabilité à tous les niveaux de prise de décision.

Illustrations opérationnelles :

- Intégration des représentants des usagers dans tous les travaux liés au PRS ;
- Priorisation des actions de prévention intégrant l'écoute et la prise en compte de la parole des bénéficiaires ;
- Diffusion des référentiels et des expériences de bonnes pratiques de participation auprès des acteurs de terrain.

Améliorer la prise en charge des personnes en grande vulnérabilité par la construction de parcours

4 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.

Illustrations opérationnelles :

- Adaptation de l'offre existante en matière d'accompagnement dans une logique de parcours orienté vers le droit commun ;
- Amélioration de la visibilité des PASS ;
- Mise en place d'un dispositif d'interprétariat médical accessible sur l'ensemble du territoire.

5 Favoriser et accompagner le développement de synergies, tenant compte des contextes locaux, entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour garantir la continuité des parcours.

Illustrations opérationnelles :

- Développement d'échanges de pratiques sur des territoires de proximité entre professionnels de la santé, du social et du médico-social, dans le cadre de formations communes ;
- Adaptation du modèle d'accompagnement gradué des personnes âgées fragiles aux personnes en grande vulnérabilité ;
- Clarification des modalités d'intervention des professionnels de santé dans les structures sociales.

6 Mobiliser les multiples leviers de l'ARS pour développer les démarches d'"Aller vers", dans un objectif de retour au droit commun.

Illustrations opérationnelles :

- Prise en compte systématique des situations de non recours dans toute politique de santé et mise en oeuvre de démarches «d'aller vers» ;
- Organisation d'équipes mobiles généralistes pour «aller vers» les personnes en grande précarité.

7 Renforcer la capacité de la médecine de premier recours à prendre en charge les personnes en grande vulnérabilité.

Illustrations opérationnelles :

- Aide à l'accompagnement physique des personnes vers les structure de soins et de prévention ;
- Expérimentation de «bagageries médicamenteuses» ;
- Intégration de l'accueil et de la prise en charge des personnes en grande vulnérabilité dans le cahier des charges des maisons de santé pluriprofessionnelles.

8 Intégrer dans l'organisation de l'offre de soins spécialisés la nécessité d'accès des personnes en grande vulnérabilité.

Illustrations opérationnelles :

- Adaptation des services hospitaliers pour les allophones ou personnes maîtrisant peu l'écrit ;
- Mise en place de réponses attendues pour les soins dentaires et optiques.





REGARD DE LA CRSA



La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) se déclare particulièrement favorable à l'approche de type « parcours » proposée ainsi qu'aux principes de déclouisonnement des politiques publiques, d'orientation vers le droit commun ainsi qu'à une meilleure articulation entre l'ARS et le Comité Consultatif Régional des Publics Accueillis ou accompagnés (CCRPA).

Elle souhaite notamment que soit conduite une étude régionale visant à mieux connaître les publics concernés, que soient soutenues et développées les initiatives visant à développer la coordination médico-psycho-sociale « hors les murs » et que soit structurée une offre d'interprétariat professionnel sur l'ensemble du territoire régional. Il convient de situer l'accompagnement dans le lieu même de vie de la personne et de prévenir les ruptures de parcours. L'enjeu majeur est le maintien des personnes concernées dans les dispositifs de droit commun.

Elle demande enfin que soit retenue une priorité régionale à partir d'une population cible et que l'ARS mesure l'impact de sa politique sur cette population, tant en termes d'accès aux soins et à la prévention qu'en termes de continuité des parcours.





ET APRÈS ?

➤ **Selon Pierre Blaise, Directeur du Projet Régional de Santé à l'ARS Pays de la Loire,**

” Cette première évaluation souligne la priorité que l'agence accorde à l'accès à la santé et à tous ses services pour les plus vulnérables. Elle permet de vérifier de manière approfondie les pistes sur lesquelles le projet est engagé et d'en approfondir la pertinence et les conditions de mise en œuvre.

Trois grandes lignes de force émergent pour guider notre action. Tout d'abord, la consultation des personnes concernées sur leurs besoins et les solutions pour y répondre. Il faut se donner les moyens de leur donner la parole et de les écouter. Ensuite, les personnes les plus vulnérables rencontrent des barrières à l'accès aux services de soins et aux actions de prévention. Il faut adapter nos services, lever les barrières financières, de langue, de compréhension du système et s'engager dans des démarches « d'aller vers ». Enfin, plus on est en situation de vulnérabilité, plus les problèmes sont intriqués, et plus les réponses doivent être coordonnées, synergiques et globales. Il faut une approche décloisonnée, plurielle, intersectorielle et interinstitutionnelle où les acteurs partagent le diagnostic et construisent ensemble par la synergie de leurs actions une réponse globale et cohérente.

Ces orientations infuseront dès maintenant les actions conduites par l'ARS. C'est autour de ces lignes de force que se construira dès l'automne, la feuille de route des actions ” concernant la santé des populations en grande vulnérabilité.

➤ **Selon Marie-Jo Passetemps, chef de projet « personnes en situation de précarité » à l'ARS Pays de la Loire,**

” L'évaluation met en exergue les enjeux suivants en matière de politique de santé précarité :

- L'enjeu d'une politique inter-institutionnelle intégrée, car les problématiques sociales et de santé sont beaucoup trop interdépendantes pour être traitées séparément ;
- L'enjeu de déclinaison territorialisée de cette politique, car les réponses doivent être pensées en proximité des publics qui n'ont pas les ressources pour aller chercher à distance des réponses, que ce soit dans le temps ou l'espace ;
- L'enjeu d'association des usagers eux-mêmes, pour disposer à minima d'une veille tant sur la pertinence des réponses déployées, que sur l'émergence de situations problématiques non décelées.

Au regard de ces enjeux, un plan d'actions, ou feuille de route, est mis en oeuvre. Les actions qui en découlent mobilisent un travail intersectoriel et interinstitutionnel, soutiennent et proposent des dispositifs d'accompagnement adaptés, à déployer sur les territoires et proposent une stratégie pour mieux associer les usagers et prendre en compte leurs attentes.

Rédaction : Dr Jean-Paul BOULE
Xavier BRUN
Département Évaluation des Politiques de Santé et
des dispositifs - ARS Pays de la Loire

Conception graphique et réalisation : Service communication
ARS Pays de la Loire

www.ars.paysdelaloire.sante.fr

N° 1 - septembre 2014