

**Evaluation
de politique de santé**

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

**Questions évaluatives
relatives aux réalisations et effets du PRS**

Annexe au rapport final

Dr Jean-Paul BOULE

Xavier BRUN

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

DECEMBRE 2016

AVERTISSEMENT

Le présent document constitue l'annexe au rapport final d'évaluation du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire 2012-2016.

Il traite les questions évaluatives 4 et 5, relatives aux réalisations et effets de la politique régionale de santé sur la période examinée.

Son contenu relève de la seule responsabilité du Département d'Evaluation des Politiques de Santé et dispositifs, et ne saurait engager la Direction de l'ARS Pays de la Loire.

REMERCIEMENTS

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

Nous assurons de notre reconnaissance tous les acteurs qui, par les échanges qu'ils nous ont accordés, par le temps qu'ils ont consacré à participer aux diverses enquêtes ou par les documents qu'ils ont portés à notre connaissance, nous ont permis de mener à bien ce travail.

Merci aux personnels de l'ARS Pays de la Loire qui ont contribué à cette démarche par leurs éclairages ou par la relecture de ce rapport.

L'équipe d'évaluation

SYNTHESE	7
INTRODUCTION	13
1. LE DECLOISONNEMENT DES ACTEURS SANITAIRES, MEDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX	15
1.1 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	15
1.2 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	19
1.3 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	22
2. LE RENFORCEMENT DE LA PREVENTION	31
2.1 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.....	31
2.2 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 ressortie de leur évaluation, n'a pas permis d'en envisager la généralisation	59
2.3 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	68
2.4 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	71
2.5 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.	74
3. L'ORGANISATION DU PREMIER RECOURS ET SON ARTICULATION AVEC LES SOINS SPECIALISES	77
3.1 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	77

3.2	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	92
3.3	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	98
3.4	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. ..	114
4.	LE SOUTIEN A LA VIE EN MILIEU ORDINAIRE.....	125
4.1	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	125
4.2	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	133
4.3	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	138
5.	LES INEGALITES TERRITORIALES D'OFFRE EN SANTE.....	139
5.1	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	139
5.2	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).....	141
5.3	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	147
5.4	L'ARS a mené une action très volontariste de rééquilibrage de l'offre médico-sociale en région	149
5.5	L'ARS 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	152
5.6	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	154

6. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE	163
6.1 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 (<i>versus</i> parcours), a peu investi le premier recours et n'a pas toujours obtenu de résultats lorsqu'elle a promu des approches d' « aller vers »	163
6.2 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.....	171
CONCLUSION	176
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	177
LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES	180

SYNTHESE

1. CHAMP ET METHODE

Le périmètre de l'évaluation concernant les réalisations et effets du PRS 2012-2016 était défini sur 4 champs, considéré comme emblématiques de la logique parcours promue par l'ARS.

Par ailleurs, deux dimensions ont été étudiées de manière transversale :

- La territorialisation de l'action de l'ARS et l'animation territoriale (entendue sous trois aspects : l'égalité entre territoires, l'adaptation de l'action de l'ARS aux spécificités territoriales, et l'animation territoriale)
- Les inégalités sociales de santé (partie 6 du présent document)

Du fait d'une évaluation spécifique de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes âgées de plus de 75 ans en cours, le champ des personnes âgées n'a pas été spécifiquement investigué pour cette évaluation finale.

L'évaluation finale sur les réalisations et effets du PRS a été conduite à travers une pluralité d'investigations :

- entretiens individuels et collectifs ;
- enquêtes auto-administrées auprès de professionnels d'établissements de santé, d'établissements et services médico-sociaux du secteur handicap, de professionnels des structures d'exercice coordonné de premier recours et d'opérateurs de prévention ;
- enquête de type Delphi sur les inégalités sociales de santé
- Reprise de constats et conclusions issus des évaluations intermédiaires du PRS
- Analyse documentaires
- Analyse de données chiffrées.

<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Décloisonnement, coordination et intégration des acteurs des champs sanitaire / médico-social/social</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Prévention par les acteurs de santé (dont 1er recours), du social et du médico-social</i>▪ <i>Autonomisation du patient (Education thérapeutique du patient et dispositif d'annonce)</i>▪ <i>Action sur les déterminants environnementaux de la santé</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Regroupements pluri-professionnels (MSP)</i>▪ <i>Régionalisation de l'expertise en appui aux organismes et professionnels (SRAE)</i>▪ <i>Articulation ville/hôpital (entrées et sorties)</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Soutien aux aidants</i>▪ <i>Evolution de l'offre médico-sociale et sanitaire en soutien à la vie à domicile (développement de l'offre et rééquilibrage territorial, rôle du 1er recours).</i>
---	--	---	---

2. CONCLUSIONS DE L'EVALUATION

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 sur leur santé*

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 résultats 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.

L'ARS a mené une action très volontariste de rééquilibrage de l'offre médico-sociale en région. L'ARS 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

INTRODUCTION

Questionnements inscrits dans le référentiel d'évaluation

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 ?

- *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 ?*
- *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 ?*

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 ?

- *Dans quelle mesure les réalisations de l'ARS ont – elles contribué à la mutation du système de santé vers une logique de parcours ?*
- *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 ?*

Le périmètre de l'évaluation concernant les réalisations et effets du PRS était défini sur 4 champs, considérés comme emblématiques de la logique parcours promue par l'ARS. Au sein de ces champs, 9 objets d'étude ont été particulièrement identifiés.

Par ailleurs, trois dimensions ont été étudiées de manière transversale :

- La territorialisation de l'action de l'ARS et l'animation territoriale (entendue sous trois aspects : l'égalité entre territoires, l'adaptation de l'action de l'ARS aux spécificités territoriales, et l'animation territoriale ; ces points sont traités dans la partie 5 du présent document).
- Les inégalités sociales de santé (partie 6 du présent document)
- La participation des usagers et leur perception du système de santé (annexe spécifique 3 – rapport d'évaluation du cabinet Cemka Eval)

Le tableau ci-après récapitule ces éléments.

Par ailleurs, du fait d'une évaluation spécifique de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes âgées de plus de 75 ans en cours, le champ des personnes âgées n'a pas été spécifiquement investigué lors des entretiens et des enquêtes pour cette évaluation finale, mais des éléments les concernant notamment à titre de comparaisons apparaissent dans ce rapport.

PERIMETRE DE L'EVALUATION FINALE DES REALISATIONS ET EFFETS DU PRS 2012-2016

3 dimensions transversales	Des parcours pour une prise en charge globale de la personne			
	La territorialisation de l'action de l'ARS et l'animation territoriale Les inégalités sociales de santé La participation des usagers et leur perception du système de santé			
	4 champs analysés	Décloisonnement des acteurs	Renforcement de la prévention	Organisation du 1er recours et articulation avec les soins spécialisés
9 objets étudiés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Décloisonnement, coordination et intégration des acteurs des champs sanitaire / médico-social/social</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Prévention par les acteurs de santé (dont 1er recours), du social et du médico-social</i> ▪ <i>Autonomisation du patient (Education thérapeutique du patient et dispositif d'annonce)</i> ▪ <i>Action sur les déterminants environnementaux de la santé</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Regroupements pluri-professionnels (MSP)</i> ▪ <i>Régionalisation de l'expertise en appui aux organismes et professionnels (SRAE)</i> ▪ <i>Articulation ville/hôpital (entrées et sorties)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Soutien aux aidants</i> ▪ <i>Evolution de l'offre médico-sociale et sanitaire en soutien à la vie à domicile (développement de l'offre et rééquilibrage territorial, rôle du 1er recours).</i>

L'évaluation finale sur les réalisations et effets du PRS s'est construite à partir :

- D'entretiens individuels et collectifs (cf. liste des personnes rencontrées à la fin du rapport)
- D'enquêtes auto-administrées (SOLEN) auprès de 4 groupes d'acteurs (cf. documents associés **B** – Méthodologie et sources et **D** – Données chiffrées).
- D'une enquête de type Delphi sur les inégalités sociales de santé (cf. document associé **E** – Enquête Delphi)
- De la reprise de constats et de conclusions issus des évaluations intermédiaires du PRS
- De la consultation, de l'analyse de divers documents de l'ARS ou autres (cf. document associé **B** – Méthodologie et sources)

Dans le présent document, dans un souci de lisibilité, réalisations et effets sont présentés ensemble, regroupés par thème et dimension transversale.

1. LE DECLOISONNEMENT DES ACTEURS SANITAIRES, MEDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

Critères d'évaluation
<i>Des réalisations ont été menées en matière de décloisonnement des acteurs Le décloisonnement des acteurs est engagé</i>

Les notions de décloisonnement, coopération, coordination ou intégration ne font pas l'objet de définitions universellement reconnues. A titre d'illustration, le lexique des parcours¹, sous les termes de coordination et intégration, juxtapose plusieurs définitions différentes se recoupant partiellement.

Dans le traitement de cette question, l'équipe d'évaluation a découpé le raisonnement en plusieurs parties, en ce qui concerne l'analyse des réalisations de l'ARS :

- Interconnaissance entre acteurs des différents champs ;
- Echanges d'informations entre acteurs des différents champs concernant l'usager ;
- Développement de travaux communs entre acteurs ;
- Coordination et intégration des acteurs.

En ce qui concerne les effets constatés, si l'interconnaissance entre acteurs et les échanges d'informations peuvent être distingués, les dimensions « travailler ensemble », coordination et intégration sont traitées dans une partie unique.

Conclusion 1 :

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.

1.1 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

1) La loi HPST, à travers la mise en place d'instances de démocratie sanitaire pluralistes, a créé un contexte favorable à l'interconnaissance entre acteurs, et le rôle d'accompagnement de l'ARS pour le bon fonctionnement de ces instances est reconnu

Une pluralité d'acteurs entendus dans le cadre de l'évaluation a souligné, que ce soit comme facteur de contexte ou comme facteur principal, l'importance des instances de démocratie sanitaire (CRSA, conférences de territoires) dans l'interconnaissance entre acteurs. Par ailleurs, le rôle joué par l'ARS dans l'accompagnement de ces instances a été souligné par certains interlocuteurs.

¹ Parcours de soins. Parcours de santé. Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers – Lexique des parcours de A à Z – Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales – Janvier 2016

2) L'ARS a mobilisé une pluralité de leviers ayant pour objet et/ ou pour effet de favoriser l'interconnaissance entre acteurs des différents champs

Les illustrations citées dans le présent paragraphe n'épuisent pas la totalité des réalisations de l'ARS dans ce domaine, mais pointent les dispositifs dont la contribution à l'interconnaissance des acteurs des différents champs a été reconnue dans le cadre des investigations :

- la mise en place et/ou de l'animation d'instances structurées : CATS, MAIA/ CIAP, comités partenariaux thématiques (exemples : collégiale des urgences et des soins non programmés, comité régional de concertation sur les ressources humaines en santé) ;
- des actions d'information sur l'offre et les dispositifs : site internet de l'ARS (page sur la scolarisation des enfants en situation de handicap, par exemple), actions expérimentales pour faire connaître les partenaires mobilisables pour la gestion des cas complexes (Maine et Loire, 2014), répertoires et annuaires des acteurs (répertoire régional des ressources dans le cadre des parcours personnes âgées, annuaire des acteurs dans le cadre de la lutte contre le suicide), communication ciblée à destination de certains professionnels (par exemple, auprès des médecins généralistes sur les PASS, 2015) ;
- des réunions d'acteurs sur des thématiques ciblées : dans le cadre de l'élaboration du PRS, tout d'abord (groupes de travail pluralistes), lutte contre l'habitat indigne (Sarthe, 2014), organisation ou accompagnement de colloques (y compris dans le cadre de la stratégie nationale de santé) ;
- des formations pluriprofessionnelles : ex. dans le domaine de la santé mentale et de la prévention du suicide, troubles du comportement de la personne âgée en EHPAD... ;
- l'association des acteurs dans le processus de mise en place d'organisations et de dispositifs : contrats locaux de santé, charte santé mentale (Maine et Loire), PAERPA... ;
- la mobilisation des outils contractuels avec les opérateurs : 83 % des établissements de santé avaient dans leur CPOM des objectifs de décloisonnement avec des opérateurs des autres champs (donc sans compter les CHT et autres partenariats inter-hospitaliers).

3) L'apport des actions de l'ARS en termes de connaissances des acteurs entre eux fait l'objet d'une appréciation mitigée ; les actions de l'ARS ont davantage amélioré la connaissance des opérateurs médico-sociaux, sociaux et de la prévention par les autres acteurs

Tous acteurs confondus² :

- 49 % jugent que l'action de l'ARS a eu un apport important ou déterminant quant à la connaissance des missions et contraintes des établissements et services médico-sociaux (51% : un apport nul ou faible) ;
- 39 % jugent que l'action de l'ARS a eu un apport important ou déterminant quant à la connaissance des missions et contraintes des établissements de santé (61% : un apport nul ou faible) ;

² Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

- 40 % jugent que l'action de l'ARS a eu un apport important ou déterminant quant à la connaissance des missions et contraintes des acteurs du premier recours (60% : un apport nul ou faible) ;
- 47 % jugent que l'action de l'ARS a eu un apport important ou déterminant quant à la connaissance des missions et contraintes des acteurs de la prévention (53 % : un apport nul ou faible) ;
- 46 % jugent que l'action de l'ARS a eu un apport important ou déterminant quant à la connaissance des missions et contraintes des acteurs sociaux (54 % : un apport nul ou faible).

4) Les établissements de santé et opérateurs de prévention semblent avoir davantage tiré profit des actions de l'ARS en termes de connaissance des autres acteurs

Les actions de l'ARS ont eu un impact important ou déterminant dans plus de 50% des réponses³ pour les situations suivantes :

- Connaissance des acteurs sociaux par les professionnels des établissements de santé (82 %) ;
- Connaissance des opérateurs de prévention par les professionnels des établissements de santé (75%) ;
- Connaissance du premier recours par les professionnels des établissements de santé (64%) ;
- Connaissance des ESMS par les professionnels des établissements de santé (59%) ;
- Connaissance des acteurs de prévention par les opérateurs de prévention (59%) ;
- Connaissance des ESMS par les opérateurs de prévention (58%) ;
- Connaissance du premier recours par les gérants et coordinateurs de MSP/PSP (58%) ;
- Connaissance des établissements de santé par les opérateurs de prévention (51%).

5) Colloques, communications et site Internet de l'ARS apparaissent généralement comme les actions qui ont le plus contribué à une meilleure connaissance des acteurs entre eux, même si l'impact de l'ensemble de ces actions est moyen, et si l'appréciation est différenciée selon les acteurs

Parmi les actions de l'ARS ou les instances qu'elle accompagne, l'impact en termes d'interconnaissance entre acteurs est moyen⁴ (2,16/ 4 tous leviers confondus, note globale de tous les acteurs ayant répondu aux enquêtes).

L'écart entre la note la plus forte et la note la plus faible est limité (de 1,91 à 2,43).

Sous cette réserve, tous acteurs confondus, les instances et actions qui sont jugées avoir le plus contribué à l'interconnaissance des acteurs sont :

- Colloques et autres communications (2,43 / 4) ;
- Site Internet de l'ARS (2,40/4).

³ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

⁴ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

A l'inverse, les moins contributifs à l'interconnaissance entre acteurs sont :

- Base OSCAR Santé (1,91/4) ;
- GCS e-santé (1,92/4).

Il convient de préciser tout de même, que les appréciations sont variables d'un acteur à l'autre. Ainsi :

- OSCARS santé est coté 2,51 / 4 par les opérateurs de prévention (2nd rang en termes d'impact sur l'interconnaissance entre acteurs) ;
- GCS e-santé est coté 2,60 / 4 pour les gérants et coordinateurs de MSP/PSP (1^{er} rang en termes d'impact sur l'interconnaissance entre acteurs).

6) *L'amélioration de l'interconnaissance entre acteurs a changé les manières de travailler de la moitié d'entre eux tous acteurs confondus, avec un impact majoritairement positif pour tous les acteurs sauf pour les établissements de santé*

A la question « La meilleure connaissance des autres acteurs a – t – elle modifié votre façon de travailler, les réponses (tous acteurs confondus)⁵ sont :

- 48% tout à fait ou plutôt ;
- 50% plutôt pas ou pas du tout ;
- 1% ne sait pas.

Par type d'acteurs, l'impact positif par ordre décroissant est le suivant :

- gérants et coordinateurs de MSP/PSP (87% de réponses tout à fait ou plutôt) ;
- opérateurs de prévention (67% de réponses tout à fait ou plutôt) ;
- services et établissements médico-sociaux pour personnes handicapées (59% de réponses tout à fait ou plutôt) ;
- professionnels des établissements de santé (8 % de réponses tout à fait ou plutôt).

7) *L'interconnaissance entre acteurs présente encore des limites et suscite toujours quelques interrogations*

L'action de l'ARS a pu avoir un impact négatif en termes de connaissance des acteurs en renforçant la pluralité des dispositifs et des leurs missions au détriment de leur lisibilité. L'émergence d'une pluralité de dispositifs nouveaux, expérimentaux ou non, se superposant le plus souvent aux structures et dispositifs existants, contribue à rendre difficilement lisible l'existence et les missions des uns ou des autres.

Il a été relevé la persistance de logiques intra-sectorielles, de méfiances entre acteurs, de freins « culturels », faisant perdurer des pratiques de co-existence.

⁵ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

Au-delà de l'interconnaissance née, par exemple, de groupes de travail, certains acteurs questionnent les suites concrètes

Enfin, se pose la question du niveau où l'interconnaissance s'améliore : certains jugent que cela se fait à partir du niveau local, d'autres que les niveaux plus « hauts » (départemental, régional) portent davantage cette dynamique (au niveau des instances de démocratie sanitaire, par exemple).

1.2 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

8) *L'action de l'ARS s'est principalement concentrée sur l'accompagnement technique et financier à la mise en place des systèmes d'information, avec une visée d'urbanisation de ces systèmes, et a priori peu sur les principes et les périmètres de l'échange d'informations*

L'essentiel des réalisations de l'ARS dans ce domaine, tel qu'il ressort notamment des rapports d'activité de l'Agence entre 2010 et 2015, a concerné l'accompagnement technique et financier à la mise en place des systèmes d'information. Il ne ressort pas des investigations qu'elle ait particulièrement investi les principes et le périmètre des échanges d'information entre acteurs.

Les réalisations suivantes ont été identifiées dans le cadre des investigations :

- Financement par l'ARS (presque exclusivement) du GCS e-Santé, auquel adhèrent plus de 150 acteurs des champs sanitaires (premier recours et établissements de santé) et médico-sociaux ;
- Mise en place d'un panel d'outils (messagerie sécurisée, plateforme QImed) ;
- Accompagnement des établissements de santé dans le cadre du plan hôpital numérique. A ce titre, il ressort des rapports de certification (v2010, état au 27/10/20106) des établissements de santé établis par la HAS que, sur l'item "Système d'information" (5a), 39 % des établissements sont cotés A, 60% sont cotés B, 2% sont cotés C et 0% sont cotés D. Ces chiffres traduisent une situation plutôt satisfaisante des systèmes d'information hospitaliers.
- Accompagnement de MSP/ PSP par le GCS e-Santé pour mettre en place des systèmes d'information adaptés à l'exercice interprofessionnel et « DMP compatibles » ;
- Financement de projets de télémédecine, sous ses différentes formes ;
- Déploiement des DCC⁶ « nouvelle formule » ;
- Vigilance sur les indicateurs IPAQSS⁷ relatifs aux délais de transmission des courriers de sortie aux médecins traitants ;
- Interconnexion des SAMU, interconnexion entre SAMU et PDSA ;
- Déploiement de l'application Via Trajectoire MCO-SSR, et expérimentation d'une extension de Via Trajectoire aux EHPAD (Vendée).

⁶ Dossiers Communicants en Cancérologie

⁷ Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

9) La mise en place des outils électroniques d'échange d'informations est jugée trop lente

Plusieurs acteurs ont pu juger trop lente la mise en place d'outils électroniques d'échanges d'informations au regard des enjeux.

Parmi les freins identifiés, ont été relevés la difficulté des acteurs à sérier leurs attentes et leurs besoins, mais aussi un accompagnement par le GCS e-santé perfectible (*cf. infra*).

Il ressort d'une pluralité de témoignages que la généralisation du Dossier Médical Partagé (DMP), comme outil unique d'échange d'informations sur les patients, se fait attendre (même si certains professionnels sont réputés suspicieux à son égard). Si le nombre de dossiers a progressé entre 2011 et 2014, la région Pays de la Loire est passée dans le même temps de 5^{ème} à 10^{ème} région française sur ce critère.

10) L'enjeu de l'interopérabilité demeure d'actualité devant une pluralité persistante d'outils, sans qu'une offre complètement intégrée et lisible soit encore disponible

Si une proportion importante des établissements de santé est réputée investie dans la mise en place de MMS santé, est pointée une concurrence entre ce système de messagerie sécurisée et celui utilisée par les professionnels de santé libéraux (Apycript).

Une impression de juxtaposition des outils ressort des investigations : la plateforme QImed, par exemple, qui regroupe télémedecine et parcours santé, ne remplace pas les autres outils professionnels et le DMP. De fait, les professionnels interrogés sont dans l'expectative – parfois teintée de scepticisme – par rapport à la plus-value de cet outil QImed.

Les acteurs du premier recours ne veulent pas d'une pluralité d'outils, variable en fonction des interlocuteurs (EHPAD, établissements de santé...)

L'ENRS (Espace Numérique Régional Sécurisé) est réputé, en l'état, être une addition d'outils non interfacés, regroupés dans un même portail.

De fait, même si l'usage de la messagerie progresse (sécurisée ou non), une majorité des médecins généralistes faisaient encore appel aux outils traditionnels en 2014 (téléphone, fax, courriers) selon l'évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique.

11) Les acteurs, notamment du premier recours, ont des attentes élevées sur le développement d'outils d'échange d'informations, alors que l'accompagnement du GCS e-Santé est parfois jugé insuffisamment opérationnel

Les acteurs du premier recours attendent un outil adapté à leur exercice et directement opérationnel.

Il a pu être reproché au GCS e-santé de ne pas apporter assez de solutions opérationnelles aux problèmes rencontrés par les professionnels, qui demandent davantage d'accompagnement quantitativement et qualitativement.

12) La mise en place des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels a été un moteur dans l'échange d'informations entre professionnels y participant

79% des professionnels interrogés ⁸ jugent que l'émergence de structures d'exercice coordonné en premier recours a amélioré l'échange d'informations entre professionnels de santé du territoire. Ce constat vaut tout particulièrement entre professionnels regroupés au sein de ces structures.

13) Les avis sont contrastés sur la volonté des acteurs d'échanger des informations concernant l'usager

Pour certains interlocuteurs, la volonté d'échanger des informations ne fait plus de doute sur le principe – il y aurait eu une évolution ces 4-5 dernières années – mais la mise en œuvre concrète serait plus difficile.

D'autres sources permettent d'émettre des bémols sur ce point : appréciation du niveau d'information à transmettre, notamment avec des acteurs non médicaux, interrogations de certains acteurs sur le fait que les structures soient vraiment prêtes à échanger, manque de temps et d'outils adaptés...

14) Des freins sont identifiés au développement de la télémédecine, dont la levée ne dépend pas forcément du pouvoir d'action de l'ARS

Les freins dont il été fait état vis-à-vis du développement de la télémédecine sont :

- un investissement variable des collectivités dans la mise en place de réseaux haut débit ;
- la mobilisation de temps des professionnels, sans que la rétribution/valorisation soit toujours jugée à la hauteur ;
- les questions de responsabilité médico-légale dans le cadre de cette pratique ;
- l'absence de stabilisation du modèle sur le plan médico-économique.

15) Peu d'améliorations sont constatées sur les délais de transmission des courriers de sortie de la part des établissements de santé

Il ressort des entretiens une amélioration assez faible des délais de transmission des courriers de sorties par les établissements de santé. En novembre 2014, les scores IPAQSS relatifs aux délais d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation étaient inférieurs de 3 points (en court séjour) à 10 points (en soins de suite et de réadaptation) aux moyennes nationales.

⁸ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

16) Malgré toutes les limites susvisées, les acteurs déclarent échanger davantage d'informations concernant les usagers avec d'autres acteurs (compte tenu d'une meilleure interconnaissance mais aussi de l'émergence de structures d'exercices coordonné en premier recours)

Les enquêtes auto-administrées menées dans le cadre de l'évaluation finale demandaient aux différents acteurs de qualifier l'évolution de leurs pratiques professionnelles liées à la meilleure connaissance des autres acteurs (de 1 – pas de changement à 4 – changement très significatif)

Tous acteurs confondus, le score de changement est de **2,73 / 4** sur l'item « davantage d'échanges d'informations concernant les usagers que le répondant accompagne avec d'autres acteurs ».

A noter que 12% des acteurs ont coté ce changement à 4/4, et 55% à 3/ 4.

Les scores sont assez homogènes entre types d'acteurs, mais le changement le plus significatif s'observe chez les gérants et coordinateurs de MSP/PSP :

- Opérateurs de prévention : 2,66 / 4 ;
- Etablissements de santé : 2,75 / 4 ;
- Etablissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées : 2,69 / 4 ;
- MSP/ PSP : **2,89 / 4.**

93 % des professionnels de MSP considèrent par ailleurs que l'émergence de structures d'exercice coordonné en premier recours (MSP/PSP) dans le territoire où ils exercent a amélioré l'échange d'informations entre professionnels de santé du territoire (63% des professionnels des établissements de santé expriment la même position).

1.3 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

Parmi les actions de l'ARS destinées à favoriser le travail commun entre acteurs, sont abordées ici :

- Les protocoles de coopérations « HAS » ;
- Les appels à projets de l'ARS ;
- La contractualisation avec les opérateurs sanitaires et médico-sociaux ;
- La politique de rationalisation des réseaux de santé ;
- Les contrats locaux de santé.

Outre ces actions, peuvent également être cités :

- Les travaux sur les personnes handicapées vieillissantes ;
- Les appels à projet de conversion sanitaire (mettant en lien les champs de la psychiatrie et du médico-social) ;
- La formation au repérage des troubles du comportement chez les personnes âgées en EHPAD, qui avait aussi pour vocation de constituer un réseau d'acteurs entre professionnels des EHPAD et équipes de gérontologie et de gérontopsychiatrie ;
- Les travaux relatifs à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (charte Romain Jacob) ;

- La collégiale des urgences et soins non programmés ;
- L'implantation d'unité d'IME en établissement scolaire ;
- Le soutien aux protocoles et chartes de coopération entre acteurs (santé mentale en Maine-et-Loire, filière sur les accidents vasculaires cérébraux, promotion des GCSMS).

A noter également que, en décembre 2012, l'ARS s'est dotée d'un département fonctionnel dédié aux coopérations et parcours de santé, en charge de « *porter l'évolution et le développement des dispositifs spécifiques de coordination des acteurs autour de la personne, l'organisation des filières (AVC, périnatalité...) et la reconnaissance des programmes d'éducation thérapeutique. Son champ s'étend également à l'accompagnement du développement des contrats locaux de santé, les dynamiques de coopération des acteurs (CHT, GCS, GCSMS...) sur les territoires en appui à l'animation territoriale* »⁹.

17) Le nombre de protocoles de coopération « HAS » autorisés entre professionnels a progressé, classant les Pays de la Loire en 6^{ème} place des 22 régions métropolitaines françaises

Le nombre de protocoles de coopérations autorisés a été multiplié par 3 entre 2013 et 2016.

<i>Année</i>	<i>Nombre de protocoles de coopération HAS autorisés dans l'année</i>	<i>Nombre de protocoles autorisés (cumul)</i>
2013	5	5
2014	6	11
2015	2	13
2016 (au 2/10)	2	15

Le nombre de professionnels de santé adhérents aux différents protocoles¹⁰ est variable, pouvant aller jusqu'à 44 professionnels (cas des protocoles ophtalmologistes – orthoptistes pour le suivi des enfants de 6 à 15 ans).

En référence à l'ancien découpage des régions métropolitaines françaises, le nombre de protocoles autorisés au 2/10/2016 plaçait la région Pays de la Loire au 6^{ème} rang (*ex aequo*) au niveau national.

18) Les appels à projets ont contribué à faire travailler les acteurs ensemble

La définition des cahiers des charges des appels à projets a incité les acteurs à travailler ensemble pour déposer des projets communs. Même si des voix ont, à l'origine, dénoncé la mise en concurrence des acteurs par le mécanisme des appels à projets et le risque que cela nuise aux coopérations existantes, l'opinion en fin de PRS est que ces appels à projet ont plutôt favorisé le travail commun entre acteurs, du même champ ou non. A ce titre, l'appel à projets lancé dans le cadre du Plan Maladies Neurodégénératives a été plusieurs fois cité (coopérations établissements de santé/ secteur médico-social).

⁹ Rapport d'activités ARS 2012

¹⁰ Source : cite Coop-PS au 2/10/2016

19) La contractualisation avec les opérateurs sanitaires et médico-sociaux a intégré des objectifs de décroisement

L'ARS a fait figurer dans les documents contractuels avec les établissements de santé et les établissements et services médico – sociaux (CPOM, conventions tripartites) un volet concernant le décroisement :

- « Adapter l'organisation et le fonctionnement des établissements et services au parcours des personnes en situation de handicap sur le territoire de santé » (CPOM des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées) ;
- « Coopérations et coordination territoriales au service des parcours » (CPOM des établissements de santé) ;
- « L'établissement et son environnement » (conventions tripartites des EHPAD).

Il faut noter que les objectifs inscrits dans ces volets pouvaient concerner autant le décroisement entre opérateurs du même champ qu'entre opérateurs de champs différents.

A titre d'illustration, 83 % des établissements de santé avaient dans leur CPOM des objectifs de décroisement avec des opérateurs des autres champs.

20) La politique de rationalisation des réseaux de santé n'a pas été menée à terme et a pu générer des flottements dans les articulations entre acteurs

Les réseaux étaient l'une des modalités historiques de travail commun entre acteurs. Devant le constat d'une multiplicité de réseaux, le plus souvent monothématiques, au détriment de leur lisibilité et de leur efficacité, et d'une grande hétérogénéité de leurs pratiques, l'ARS a fait le choix de reconfigurer les réseaux existants selon deux modalités :

- Des structures régionales d'appui et d'expertise (SRAE) : non effectrices, instances de recours au niveau régional des réseaux de proximité et d'animation des acteurs;
- Des réseaux de proximité, pluri-thématiques, pluriprofessionnels. Au sein de ces réseaux ont, dans un second temps, été distingués les réseaux effecteurs des réseaux chargés d'apporter un appui en coordination aux professionnels du premier recours.

L'ambition de l'ARS était de passer de la quarantaine de réseaux existants à l'origine dans la région à un volume de 10 à 12 réseaux.

Le temps du PRS 2012-2016 n'a pas permis de mener à terme cet objectif, et a pu produire des effets inverses.

Trois types de SRAE se dégagent :

- SRAE « historiques » : il s'agit de structures qui existaient depuis plusieurs années et qui ont été labellisées SRAE par l'ARS (ex. ONCO-PL, Réseau Sécurité Naissance) ;
- SRAE thématiques « ARS » : ce sont des SRAE dont la création a été impulsée par l'ARS, autour de thématiques définies (ex. Nutrition, Addictions, Santé sexuelle) ;
- SRAE « Qualité » : SRAE dédiées à l'accompagnement des opérateurs en termes de qualité et de sécurité des soins et des accompagnements (ex. OMEDIT, Qualité Santé).

In fine, ce sont 11 SRAE qui ont été créées, sachant que l'une d'entre elles (santé sexuelle) a disparu.

Pour autant, on observe que :

- seul un réseau pluri-thématique a émergé dans la région, par fusion de plusieurs réseaux dédiés chacun à une maladie chronique ;
- continuent à fonctionner de nombreux réseaux monothématiques, à des niveaux géographiques variés (départemental, infra-départemental, voire régional) ;
- le champ des addictions est le seul où la démarche de suppression des réseaux locaux a été menée à son terme. Cependant, le laps de temps qui s'est écoulé entre la disparition des réseaux addiction locaux et la mise en place effective de la SRAE (3ème trimestre 2016) a généré une certaine perturbation des travaux communs entre acteurs et une certaine incompréhension de la stratégie conduite ;
- la conduite à tenir en ce qui concerne certains réseaux (gérontologie) est encore incertaine.

Par ailleurs, les réponses apportées par professionnels des structures d'exercice coordonné en premier recours¹¹ relativisent l'impact ressenti sur le terrain de la politique de l'ARS en matière d'évolution des réseaux :

- une grande majorité de ces professionnels estiment que les réseaux sont davantage ou pareillement spécialisés (par public ou par pathologie) que 4-5 ans auparavant ;
- plus de 90% d'entre eux identifient les réseaux et leurs missions mieux ou de la même manière qu'il y a 4-5 ans.

21) Les contrats locaux de santé bénéficient d'une dynamique réelle qui fait travailler les acteurs ensemble

Les contrats locaux de santé (CLS) ont vocation à fédérer et articuler les projets des acteurs sur un territoire local (taille cible = EPCI), l'ensemble étant formalisé dans un contrat liant l'ARS aux collectivités locales concernées. Les travaux communs entre acteurs se déploient en théorie tant dans le processus d'élaboration du CLS que dans sa mise en œuvre.

A partir de 2013, des missions « socles » ont été définies par l'ARS, qui doivent figurer dans tous les CLS.

Fin 2015, 15 CLS avaient été signés dans la région. Les grandes villes sont désormais toutes couvertes par un CLS. La population couverte par un CLS atteignait fin 2015 plus de 1 million de personnes, soit près de 30% de la population régionale couverte. Pour chaque CLS, un diagnostic territorial partagé a pu être mené en amont de l'élaboration du CLS et de ses fiches-action.

¹¹ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

22) L'ARS s'est fortement investie sur une stratégie développement de coordinations et de l'intégration entre acteurs pour améliorer le parcours des personnes âgées

La région a connu une importante dynamique de développement des MAIA, avec une logique de déploiement visant à améliorer le maillage de la région. 8 MAIA étaient recensées en 2012 ; elles sont 20 fin 2016.

Maillage 2015 des MAIA en région Pays de la Loire	
Département	Nombre de MAIA
Loire-Atlantique	5
Maine et Loire	4
Mayenne	2
Sarthe	4
Vendée	5

La logique de coordination à deux niveaux (comités stratégiques / comités d'intégration des acteurs et des projets) est caractéristique du modèle MAIA.

En parallèle, la Mayenne a été retenue dans le cadre de l'expérimentation nationale des PAERPA.

23) 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

Si l'ARS a pu évoquer l'extension ou la duplication du modèle MAIA à d'autres champs et pour d'autres publics, ce n'est pas encore une réalité.

La mise en place d'une approche en termes de parcours n'est finalisée que pour les personnes âgées ; les travaux sont encore en cours concernant les autres publics (jeunes, personnes en situation de précarité...).

Dans le champ du handicap, en particulier, la logique de parcours n'a pas été encore déployée, même si certaines actions (dispositif ITEP, et plus récemment mise en œuvre du « zéro sans solution ») semblent aller dans ce sens, et ont suscité effectivement de la coordination entre acteurs.

Dans le champ des maladies chroniques, l'évaluation n'a pas mis en lumière d'investissement clair dans une logique de parcours.

Des temps de coordination ont été financés pour la mise en place des CLS, mais pas de manière systématique, alors qu'une partie des acteurs considère que le défaut d'un poste d'animateur rend incertaine la coordination des acteurs, voire le déploiement effectif du CLS.

L'ARS a financé des temps de coordination dans les MSP par le biais de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, avec l'enjeu de la poursuite de ce financement dans le cadre du règlement arbitral.

En 2015, le FIR a financé des dispositifs infirmiers en cancérologie dans 2 MSP, ayant notamment pour fonction de travailler autour des parcours complexes et sur la coordination ville-hôpital.

En ce qui concerne les équipes mobiles (soins palliatifs, psychiatrie), la coordination avec les acteurs est jugée à la fois comme une condition de leur efficacité et une conséquence de leur action.

Dans le champ de la prévention (FIR 2015), l'un des 6 axes visait à améliorer la coordination : « renforcer la coordination des acteurs et les échanges de bonne pratique » (un autre axe visait la coordination des politiques publiques autour de quelques publics ciblés).

24) La nécessité du décloisonnement est une conviction désormais partagée par la grande majorité des acteurs

La quasi-unanimité des acteurs interrogés partagent désormais la conviction que le décloisonnement est une nécessité, même si l'ampleur de ce décloisonnement n'est pas toujours optimale : ainsi, certains ont pu évoquer le nécessaire décloisonnement entre acteurs d'un même champ donné (médico-social, hospitalier, premier recours, prévention), mais sans exprimer clairement l'idée de décloisonnement avec les autres champs.

Malgré cette réserve, il ressort des investigations une évolution positive dans leur perception du décloisonnement chez les acteurs.

A titre d'illustration, la plupart des unions régionales des professionnels de santé ont fait le choix d'inscrire dans les études « panel » réalisées par l'ORS des questions relatives au décloisonnement.

25) L'ARS est largement créditée d'une évolution des perceptions en faveur du décloisonnement, mais elle n'en est pas le seul déterminant, et cet impact est difficile à documenter avec précision

Même si la plupart des sources confirme le rôle moteur qu'a pu avoir l'ARS en matière de décloisonnement (dans les esprits, sinon toujours dans les faits), il est difficile d'évaluer finement les effets de la politique de l'ARS dans ce domaine : il y a peu de données chiffrées et, quand il pourrait y en avoir (exemple : nombre de conventions), elles peuvent ne pas traduire la réalité (soit que les conventions n'aient pas de traduction réelle sur le terrain ou, à l'inverse, qu'une partie non négligeable des coopérations ne soit pas formalisée).

Outre les actions de l'ARS, la contrainte sur les ressources a été présentée par certains acteurs comme un facteur qui les a amené à penser autrement leur manière de travailler, et les a entraînés vers davantage de coordination.

26) L'esprit de décloisonnement a progressé chez les acteurs, mais la traduction en acte demeure difficile, en particulier entre ville et hôpital

L'évolution des représentations est un fait, mais nombre d'acteurs mettent en exergue les difficultés à traduire le décloisonnement en acte.

En particulier, le décloisonnement entre ville et hôpital est encore souvent jugé difficile – voire inexistant –, que la cause en soit imputée à l'hôpital, à la médecine de ville ou aux deux.

En matière de travail commun sur les admissions et sorties d'établissements de santé entre, d'une part, les établissements de santé et, d'autre part, les établissements et services médico-sociaux et le premier recours, on constate une asymétrie d'appréciation flagrante¹². Les établissements de santé jugent en majorité que ce travail commun s'est développé depuis 4-5 ans, alors que les professionnels des MSP/PSP ne sont en majorité pas d'accord avec cette assertion. En ce qui concerne les professionnels des établissements et services médico-sociaux, ils partagent le constat d'une amélioration, mais dans une moindre proportion que les établissements de santé.

Résultats enquête auto-administrée sur l'organisation des admissions et sorties des établissements de santé conjointement avec le premier recours et les établissements et services médico-sociaux du champ handicap		
<i>D'une manière générale, les admissions en établissements de santé sont davantage travaillées avec le premier recours qu'il y a 4-5 ans</i>		
	Etablissements de santé	MSP/PSP (gérants et coordinateurs)
Tout à fait d'accord	10%	5%
Plutôt d'accord	49%	25%
Plutôt pas d'accord	27%	40%
Pas du tout d'accord	6%	15%
Ne sait pas	8%	15%

<i>D'une manière générale, les sorties d'établissements de santé sont davantage travaillées avec le premier recours qu'il y a 4-5 ans</i>		
	Etablissements de santé	MSP (gérants et coordinateurs)
Tout à fait d'accord	12%	0%
Plutôt d'accord	57%	35%
Plutôt pas d'accord	20%	25%
Pas du tout d'accord	2%	30%
Ne sait pas	8%	10%

<i>D'une manière générale, les admissions en établissements de santé sont davantage travaillées avec les établissements et services médico-sociaux qu'il y a 4-5 ans</i>		
	Etablissements de santé	ESMS - PH
Tout à fait d'accord	8%	8%
Plutôt d'accord	65%	50%
Plutôt pas d'accord	14%	22%
Pas du tout d'accord	2%	14%
Ne sait pas	10%	6%

<i>D'une manière générale, les sorties d'établissements de santé sont davantage travaillées avec les établissements et services médico-sociaux qu'il y a 4-5 ans</i>		
	Etablissements de santé	ESMS - PH
Tout à fait d'accord	15%	4%
Plutôt d'accord	56%	49%
Plutôt pas d'accord	19%	22%
Pas du tout d'accord	2%	16%
Ne sait pas	8%	10%

¹² Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

Plus largement, il a été relevé que les acteurs avaient encore du mal à dépasser leur champ de compétence professionnelle, et que certains freins culturels au décloisonnement demeuraient (exemples : pratique libérale *versus* pratique hospitalière ; métiers sanitaires *versus* métiers médico-sociaux) – voire occasionnellement une forme de méfiance. La question de la confiance comme préalable au décloisonnement a été mise en évidence par une pluralité de sources (entretiens, résultats d'évaluations intermédiaires, enquêtes).

27) Les progrès du décloisonnement tiennent aux dynamiques d'acteurs, que l'accompagnement de l'ARS peut faciliter mais rarement initier *ex nihilo*

Les investigations ont mis en évidence d'une part, des attentes des acteurs vis-à-vis de l'ARS en matière de coordination et d'autre part une conscience de l'ARS de la nécessité d'accompagner les dynamiques des acteurs.

Les dynamiques d'acteurs sont fondamentales dans la concrétisation du décloisonnement. L'ARS peut les accompagner. Elle est reconnue apporter une plus-value en termes de structuration, de méthode et d'aiguillon pour avancer plus loin le cadre des coopérations, le rôle des délégations territoriales étant particulièrement signalé dans ce cadre.

L'ARS est rarement créditée d'avoir initialisé des coopérations *ex nihilo*, même si son incitation constante au décloisonnement (en particulier des délégations territoriales) est signalée.

L'ARS a pu accompagner des projets de manière privilégiée là où une dynamique d'acteurs existait (ex. CLS, MSP...). En revanche, elle est plus en difficulté là où il n'y a pas de volonté ou de dynamique des acteurs.

Il a pu être indiqué, même si cela est rare, que l'ARS apportait une incitation au décloisonnement, mais qu'elle apportait aussi une complexité, voire une lourdeur (procédures...), qui pouvait contrarier la mise en œuvre effective du décloisonnement.

Au titre des obstacles identifiés à l'amélioration des coordinations, les investigations ont mis en évidence les éléments suivants : complexité des dispositifs et des organisations, incapacité à développer des outils et systèmes d'information adaptés.

28) La progression du décloisonnement repose aussi sur des ressources suffisantes pour l'investir

Quand bien même les acteurs seraient convaincus du bien-fondé du décloisonnement, et que la contrainte sur la ressource pourrait être un facteur favorable au changement, le niveau de ressources locales a un impact sur les possibilités de décloisonnement. Ainsi, typiquement, dans les zones à faible démographie, les acteurs peinent à dégager du temps pour la réflexion et la concertation nécessaires au développement de coopérations. En particulier, la coordination ville-hôpital peut dépendre de la démographie des professionnels de premier recours.

Autre argument dans ce sens : l'exercice des fonctions de coordination n'est pas toujours rémunéré. Pour les professionnels de santé libéraux, il l'est pour ceux qui relèvent de MSP/PSP (via l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, puis via les dispositions du règlement arbitral) et ceux adhérents à des unions professionnelles (pouvant être défrayés), mais pas pour les

autres. Dans le champ médico-social, il a souvent été indiqué que les temps de coordination n'étaient pas valorisés et risquaient de se développer au détriment des temps d'accompagnement des usagers.

29) L'impact de l'action de l'ARS en matière d'interconnaissance entre acteurs sur le déclioisonnement se traduit peu en aspects directement opérationnels

Il était demandé aux personnes et structures enquêtées dans le cadre de l'évaluation¹³ sur quels champs et dans quelle mesure leurs pratiques avaient évolué compte tenu d'une meilleure connaissance des autres acteurs. Sur une série d'items, les répondants devaient affecter une cotation allant de 1 (pas de changement) à 4 (un changement très significatif)

Le tableau suivant retrace les scores moyens (sur 4) pour chacune des propositions.

	note /4
Davantage d'échanges d'informations générales du répondant avec d'autres acteurs (connaissance du réseau d'acteurs, de l'offre existante, de procédures...)	2,90
Le répondant est davantage en mesure d'informer les usagers sur l'existence des autres acteurs et sur l'aide qu'ils peuvent leur apporter	2,83
Davantage de participation du répondant à des travaux conjoints avec d'autres acteurs (groupes de travail sur l'organisation de l'offre de soins sur les territoires, travaux sur les parcours de soins...)	2,75
Davantage d'échanges d'informations concernant les usagers que le répondant accompagne avec d'autres acteurs (connaissance du réseau d'acteurs, de l'offre existante, de procédures...)	2,73
Davantage d'utilisation par le répondant, avec d'autres acteurs, d'outils communs d'évaluation de la personne (sur la perte d'autonomie des personnes, sur l'opportunité d'une orientation en soins de suite et de réadaptation, sur les problématiques addictives...)	2,20
Davantage d'utilisation par le répondant, avec d'autres acteurs, des modèles de dossier communs concernant les usagers (dossiers-type)	2,04
[moyenne tous items]	2,58

Autrement dit, si les pratiques des acteurs ont évolué du fait d'une meilleure interconnaissance, c'est davantage sur des pratiques générales (échanges d'informations générales, information des usagers sur ce que font les autres acteurs, participation à des groupes de travail) que sur des aspects plus opérationnels (utilisation de dossiers et référentiels communs).

¹³ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

2. LE RENFORCEMENT DE LA PREVENTION

Critères d'évaluation
Des réalisations ont été menées en matière de renforcement de la prévention La prévention a été renforcée et élargie

Conclusion 2 :

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.

2.1 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

30) L'ARS a su mobiliser une multitude de leviers dans le cadre du PRS pour engager davantage de professionnels, notamment de santé, dans des actions de prévention de proximité

L'énumération des différents leviers à disposition de l'ARS, que cette dernière a en effet mobilisés, pour engager davantage en prévention l'ensemble des acteurs, professionnels ou associatifs, de santé ou non, spécialisés ou non en prévention, ne saurait être exhaustive. L'équipe d'évaluation a voulu mettre l'accent sur un certain nombre d'entre eux, pour décrire l'action de l'ARS.

En matière d'observation, l'ARS a mobilisé deux outils : un outil de recensement des actions et des enquêtes flash sur l'état de santé.

L'ARS Pays de la Loire a adopté l'outil Internet OSCARS, pour cartographier les actions régionales de promotion et de prévention. C'est un outil qui s'est avéré très difficile à utiliser et à exploiter, aussi bien par les acteurs que par l'ARS. Les acteurs de prévention ont par ailleurs leur propre outil de reporting. Aussi, quasiment seules les actions financées par l'ARS y sont renseignées. Son exploitation ci-dessous et en document associé **D** – Données chiffrées, réalisée dans le cadre de cette évaluation permet cependant de recenser les priorités et la nature des engagements de l'ARS.

Au fil des ans, il y a eu un recentrage des actions autour des 7 priorités du tableau, avec moins de dispersion des actions, des financements et des bénéficiaires. Le recentrage a surtout concerné la précarité, l'environnement et la nutrition. Ainsi 28,5% des actions financées par l'ARS, 20,9% des financements et 20,4% des bénéficiaires ont concerné la précarité. On note que moins de 1% des actions ont concerné la périnatalité et la parentalité.

Analyse des actions référencées dans OSCARS par thématique, de 2010 à 2015 :

	Actions	Financements	Bénéficiaires
Précarité	28,5%	20,9%	20,4%
Santé mentale	24,7%	14,9%	2,4%
Nutrition (alimentation et activité physique)	23,2%	9,2%	7,1%
Conduites addictives	22,7%	25,5%	13,3%
Sexualité – VIH et SIDA	17,2%	23%	14,4%
Compétences psychosociales	11%	2,6%	0,2%
Environnement	6,6%	6%	24%

L'analyse par publics montre que plus du tiers des actions ont concerné des adolescents et des jeunes entre 2010 et 2015. 24,7% des actions financées par l'ARS, 22,6% des financements et 13% des bénéficiaires ont concerné des personnes en difficulté socio-économique. 10,5% des actions ont concerné des parents.

Analyse des actions référencées dans OSCARS par publics, de 2010 à 2015 :

	Actions	Financements	Bénéficiaires
Jeunes 16-25 ans	28%	28,9%	33%
Adultes 18-55 ans	27,5%	24,3%	21%
Personnes en difficulté socio-économique	24,7%	22,6%	13%
Adolescents (13-18 ans)	18,2%	20,5%	29%
Personnes de plus de 55 ans	15,5%	15,7%	13%
Professionnels éducation	14,6%	18,3%	25%
Professionnels santé	12,3%	10,7%	31%
Professionnels social	15,1%	17,8%	19%
Tout public	14,9%	27,6%	44%

Les actions de prévention financées par l'ARS ont été diversifiées en termes de cibles et de types de programmes.

Analyse des actions référencées dans OSCARS par programme, de 2010 à 2015 :

	Actions	Financements	Bénéficiaires
Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles	32,8%	33,2%	58,8%
Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie	22,8%	20,4%	40%
Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité	8,4%	9,4%	4,4%
Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité	5,2%	3,9%	0,6%
Plan régional santé environnement 2010-2013 – 10 actions pour un environnement favorable à la santé	4,5%	3,9%	17,1%

La part des actions à destination des divers établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux a augmenté pendant cette période, sauf pour les établissements et services pour personnes âgées. Les secteurs d'activité les plus cités sont par ailleurs les établissements scolaires (17,1%), les locaux d'association (14,4%), les structures d'accueil pour les jeunes (7,5%) et les centres sociaux (5,2%).

Analyse des actions référencées dans OSCARS par secteur d'activité, de 2010 à 2015 :

	Actions	Financements
Centres/Etablissements de santé	5,2%	4,6%
Etablissements et services adultes handicapés	2,5%	0,6%
Etablissements et services enfants handicapés	0,4%	0,1%
Etablissements et services personnes âgées	0,8%	0,4%
Etablissements et services personnes en difficultés spécifiques	2,9%	2,2%

Les délégations territoriales de l'ARS sont en première ligne pour plaider auprès des élus et des acteurs de santé la pertinence de mener des actions de prévention ciblées sur leurs territoires. Sur la base de « diagnostics flash », portant sur des indicateurs de santé, socio-économiques et d'offre au

niveau de territoires de proximité, de nombreuses réunions ont été conduites par l'ARS pour rencontrer les collectivités territoriales, les professionnels de santé et les associations, mettant en avant la pertinence d'une approche globale de la santé, la nécessité de lancer des diagnostics approfondis sur le territoire pour partager des constats, la définition de priorités d'actions et l'intérêt de contractualiser pour s'engager sur des moyens et assurer un suivi dans le temps (exemple d'application : contrats locaux de santé).

Les budgets de prévention ont particulièrement augmenté depuis la création de l'ARS sur les champs de la santé environnementale et de la nutrition (alimentation et activité physique).

Le Fonds d'Intervention Régional (FIR) avait identifié, dès 2012, la prévention, la promotion et l'éducation de la santé, la veille et sécurité sanitaire, parmi ses thématiques de mise en œuvre, pour un montant à l'époque d'environ 13 millions d'euros sur une enveloppe totale d'environ 68 millions et, avec une demande de fongibilité asymétrique de 220 K€. Selon, l'ARS, les Pays de la Loire sont une des régions qui a fait le plus d'efforts en termes de fongibilité asymétrique en faveur de la prévention : chaque année, des crédits ont été réservés à la prévention (plusieurs centaines de milliers d'euros). Ils ont notamment aidé à financer les contrats locaux de santé. En 2015, 540 K€ ont ainsi été dédiés à la prévention.

Le contenu des *appels à projet annuels de l'ARS en prévention* s'est affiné au fil des ans de 2012 à 2016.

Ils ont exclus de plus en plus d'actions pouvant être financés sur d'autres lignes budgétaires. Ils ont ainsi exclus la formation continue pour des représentants d'une seule institution, incitant ainsi au développement des formations pluri institutionnelles. Les établissements de santé ainsi que les établissements et services médico-sociaux ont été invités à ne pas déposer de dossier de candidature pour des actions de prévention interne à la structure dans le cadre de ces appels à projets, toute action de prévention menée dans ces établissements devant rentrer dans le cadre de la contractualisation qui les lie directement à l'ARS et qui relève d'une autre enveloppe financière. L'ARS a ainsi souhaité renforcer l'intégration de la prévention dans la contractualisation avec les établissements de santé et médico-sociaux, mais aussi avec les professionnels de santé libéraux.

En matière de nutrition, une attention particulière a été portée pour les projets réunissant sur un même territoire un ensemble d'acteurs (associations, établissements scolaires, collectivités territoriales, centre de loisirs, médecins généralistes...). A partir de 2014, les salariés ont été ajoutés en tant que population prioritaire.

On peut noter une continuité de 2012 à 2016 en ce qui concerne les porteurs de projets visés par les appels à projet sur le champ de la santé environnementale, à savoir les associations, les collectivités territoriales, les industriels (pour des actions collectives uniquement), les établissements publics, et les organisations professionnelles.

La très grande majorité des *CPOM signés par l'ARS avec des établissements de santé* ont comporté des objectifs en matière de prévention, autour de 3 thèmes principaux : vaccination, prévention du suicide et repérage des ivresses aiguës aux urgences. 95% des établissements de santé ont ainsi été concernés par au moins un objectif de renforcement de la prévention. Ces objectifs de prévention représentaient d'ailleurs 21% des 1 103 objectifs de l'ensemble des 122 CPOM hospitaliers. 61% des CPOM comportaient par ailleurs des objectifs en matière d'actions sur les déterminants environnementaux de la santé.

La mise en œuvre et le suivi de ces objectifs ont cependant fait défaut par la suite. Les directeurs des établissements de santé ont été préoccupés par d'autres sujets. La prévention a été peu abordée lors des dialogues de gestion entre l'ARS et les établissements de santé, cet exercice se concentrant autour du plan triennal. Aussi, le partenariat de l'ARS avec les établissements hospitaliers dans le cadre de cette contractualisation apparaît très inégal.

La prise en compte d'objectifs de prévention dans les CPOM des établissements de santé a cependant pu motiver certains établissements. Quelques-uns se sont par exemple engagé dans le programme « Hôpitaux promoteurs de santé » en adhérant à la charte du plan national nutrition santé. Mais en l'absence d'instructions claires de l'ARS ainsi que d'indicateurs de suivi, la visibilité de l'implication des établissements de santé en prévention se révèle faible. Les établissements de santé devaient suivre des indicateurs, mais alors que les objectifs de prévention étaient communs, chaque établissement pouvait construire ses propres indicateurs. Les établissements ont d'ailleurs plutôt élaboré des indicateurs de moyens : conventions, plaquettes disponibles pour le personnel et les patients, ... Aussi l'ARS n'a pas pu synthétiser l'implication des établissements de santé en prévention et l'impact des actions menées. Il convient de noter qu'il n'y a pas d'indicateur IPAQSS¹⁴ de la pertinence en prévention.

Si l'outil CPOM n'a pas répondu aux enjeux de prévention face à la pression exercée sur les budgets hospitaliers, les acteurs rencontrés ont conscience qu'il faudrait pourtant investir davantage en prévention pour dégager ultérieurement des marges de manœuvre budgétaires.

L'ARS a par ailleurs poussé les établissements de santé à s'engager plus avant dans l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles (EPP), concernant par exemple la prévention des chutes.

Des établissements de santé ont pu développer l'activité physique chez leurs patients, par des conventions avec des clubs sportifs (Ex : l'Institut de cancérologie de l'Ouest et l'association Pink ladies, par convention avec des clubs d'aviron).

Dans les *CPOM des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées*, un focus a été porté sur l'accès aux soins et à la prévention. L'ARS incite les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées à mener des actions de prévention et de promotion de la santé en particulier auprès de leurs publics jeunes, mais cela n'est ni général, ni systématique. La mobilisation est concentrée sur un nombre restreint de thématiques. Cela n'empêche pas certaines structures de déployer par elles-mêmes des actions en la matière. Des actions de prévention sont en effet développées dans ces établissements médico-sociaux, au-delà des incitations de l'ARS, tant en volume qu'en termes de thématiques, avec une prédominance toutefois des thématiques identifiées par l'ARS.

Cependant, l'ARS ne promeut qu'à la marge des modalités de prévention et de promotion de la santé adaptées au handicap, en dépit de besoins ressentis chez les professionnels et d'outils existants. Il n'existe pas d'objectifs socles, ce sont des objectifs en déclinaison du PRS. L'ARS contractualise au cas par cas sur des thématiques, sans objectifs précis ou résultats attendus. Par exemple, la thématique de la vie affective et sexuelle peut être retenue en fonction du diagnostic du CPOM. L'Instance régionale en éducation et promotion de la santé (IREPS) a été missionné il y a quelques années sur cette thématique dans les établissements pour jeunes handicapés.

Il n'y a jamais eu de concaténation des objectifs et des bilans de ces CPOM car les comparaisons ne sont pas possibles selon l'ARS du fait de la grande hétérogénéité d'établissements et de services

¹⁴ Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

médico-sociaux pour personnes handicapées, adultes et enfants. Aussi, entre signer des CPOM avec des objectifs harmonisés avec un suivi facile et signer des « CPOM sur-mesure » avec un suivi global impossible, l'ARS a fait le choix de la deuxième solution.

Pour disposer d'une vision globale des caractéristiques et de l'activité de ces établissements et services médico-sociaux, l'ARS a mené des enquêtes flash. L'ARS peut en particulier observer l'implication de ces organisations dans leur rôle de prévention et savoir s'ils accompagnent cette démarche. Ces enquêtes flash interrogent notamment les bilans de santé réalisés dans l'année. A la question portant sur leur attention à la prévention (visite médicale préalable, bilan gynécologique régulier, suivi ophtalmologique...), il est intéressant de noter que certaines structures ont répondu qu'elles n'étaient pas concernées, ces actions relevant pour elles de la sphère privée et du rôle de la famille.

Il convient de noter qu'il n'y a pas eu de crédits non reconductibles mobilisés pour la prévention dans le champ du handicap, au contraire du champ des personnes âgées, ce qui ne favorise pas non plus les actions ponctuelles.

Parmi les actions recensées ou envisagées, on peut citer une enquête sur la pratique d'activités physiques chez les personnes handicapées qui sera bientôt publiée. L'accès aux soins bucco-dentaires chez les personnes handicapées est une préoccupation de l'ARS. La charte Romain Jacob signée au niveau régional et qui intègre un plan d'accès aux soins des personnes handicapées aborde un peu la prévention. Mais les projets dans le champ du handicap sont moins nombreux que ceux du champ personnes âgées.

Intégrer de façon durable la prévention via le *conventionnement dans les EHPAD*, représente cependant un défi.

La lutte contre la dénutrition et la promotion de l'activité physique sont devenues des actions notables des conventions avec les EHPAD. Un budget d'un million d'euros en crédits non reconductibles a été dégagé pour des appels à candidature dans le champ des personnes âgées (EHPAD et SSIAD) il y a trois ans. Les actions ont été ciblées sous forme d'ateliers. Cinq conférences (une par département) sur la prévention en EHPAD et en SSIAD ont été organisées.

L'ARS doit maintenant s'intégrer dans la nouvelle gouvernance imposée par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, avec par exemple l'identification des facteurs de risque (iatrogénie médicamenteuses, santé bucco-dentaire...), un travail sur les chutes, dans le cadre d'un décloisonnement entre le secteur de la prévention et le secteur médico-social des personnes âgées. La création des conférences des financeurs associant divers partenaires pourrait permettre d'atteindre les personnes âgées à domicile, cible à privilégier pour l'ARS et ses partenaires.

Mais la prévention a surtout été développée jusque-là chez les personnes âgées en EHPAD, peu à domicile.

Les *interventions en prévention dans les structures d'accueil social* ont été décrites comme insuffisamment identifiées par l'ARS lors de l'évaluation de la politique régionale en faveur de la santé des personnes en grande vulnérabilité. Les structures d'accueil social ont certes des pratiques de prévention, mais il a été observé qu'elles devaient faire plus appel à des opérateurs extérieurs pour leurs actions de prévention.

Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ont été signés entre l'ARS et les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes. Des objectifs communs pour toutes les

URPS ont été définis sur la prévention et l'organisation des soins. Des actions spécifiques, figurant dans des annexes à ces contrats, ont été dévolues à chacune de ces URPS.

Ainsi l'URPS médecins libéraux et l'ARS se sont entendues pour la mise en œuvre d'actions visant notamment à développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) par les acteurs du premier recours.

L'URPS médecins libéraux a cependant été peu impliquée en prévention. Elle n'est d'ailleurs pas membre de la commission prévention de la CRSA (seule y siège l'URPS infirmiers libéraux). Les médecins libéraux n'ont pas eu l'occasion de s'approprier le PRS et son schéma de prévention. Il n'y a pas eu de travaux formels en prévention entre l'ARS et l'URPS médecins libéraux, y compris en termes de communication. L'URPS médecins libéraux est sollicitée ponctuellement par l'ARS pour des relais de campagnes et des sensibilisations, mais il n'y a pas de dispositif de relais organisé.

L'URPS pharmaciens libéraux et l'ARS ont retenu pour leur part une action d'éducation thérapeutique du patient post-infarctus. Une action sur le suivi du diabète de type 2 a également été inscrite en annexe de ce CPOM. Une expérimentation de suivi et d'accompagnement de patients diabétiques en Loire-Atlantique est actuellement en cours.

Les URPS infirmiers, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont quant à elles opté pour la mise en place d'un panel d'observation sur les conditions d'exercice de ces professionnels dans la région. L'URPS infirmiers libéraux s'est engagée sur la formation d'infirmiers à l'éducation thérapeutique du patient.

L'éducation thérapeutique du patient représente donc un axe fort des CPOM avec les URPS.

Le développement des structures d'exercice coordonné (maisons et pôles de santé pluriprofessionnels) a été une opportunité pour l'ARS de développer la prévention au sein du premier recours.

L'expérimentation de nouveaux modes de rémunérations (ENMR) dans les structures d'exercice coordonné a eu notamment pour objectif de développer les actions de prévention auprès de la population. Le but de ces expérimentations était de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisaient la qualité et l'efficacité des soins en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention.

Dans la région des Pays de la Loire, neuf sites avaient souhaité s'engager dès 2011 dans une démarche visant à leur entrée effective dans l'expérimentation. Cet accompagnement s'est poursuivi pour intégrer au final 19 structures d'exercice coordonné dans l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, auxquelles se sont ajoutées 19 autres structures bénéficiant d'un accompagnement financier sur le Fonds d'intervention régional (FIR) pour développer des actions de coordination et de prévention. Cette dynamique a permis d'inclure une démarche de prévention, mais ces structures ont souvent privilégié lors de leur démarrage leur organisation interne et la coordination des soins au détriment des actions de prévention.

Si les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels peuvent mener eux-mêmes des actions de prévention, il convient qu'ils puissent s'articuler avec les acteurs spécialisés en prévention. L'ARS a eu un rôle très important pour impulser cette dynamique et appuyer les initiatives des acteurs. Des contrats FIR d'un an ont été signés portant sur des objectifs et des actions précises visant à objectiver et concrétiser les projets de santé.

Le règlement arbitral des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, qui a pris la suite des ENMR, intègre un volet prévention. Des thématiques ont été ciblées : vaccinations, surpoids et obésité de l'enfant, souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans, prévention du suicide, prévention spécifique en direction des personnes âgées – chute, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie –, prévention périnatale, ETP et éducation pour la santé.

L'ARS s'appuie de plus en plus sur l'association des pôles et maisons de santé libéraux (APMSL) pour développer la prévention au sein de ces structures d'exercice coordonné. L'ARS incite par exemple à la création d'ateliers méthodologiques sur le montage de projets.

L'ARS a publié mi 2016 un appel à projets de développement de la prévention au sein des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels. Il vise les actions collectives destinées à des groupes de patients sur différentes thématiques : alimentation et activités physiques, vie affective et sexuelle, addictions, santé mentale, santé environnementale, vaccinations, insuffisance rénale chronique. Cet appel à projets a pour objectif de relancer, en lien avec l'APMSL, la dynamique d'engagement des acteurs de santé du premier recours dans le champ de la prévention. Les projets doivent être pluri professionnels, reposer sur un diagnostic local et partagé, en lien avec d'autres acteurs du territoire, s'inscrire dans la durée et s'appuyer sur des acteurs notamment associatifs pour la mise en œuvre. Cet appel à projets ne concerne pas les actions individuelles de prévention pour lesquelles les professionnels de santé peuvent notamment consulter le site Internet prevencliv.fr. Il propose des outils validés, sélectionnés et faciles d'accès. Cette idée est née d'un projet menée par l'association A.P.S. (Agir pour la promotion de la santé), en collaboration avec l'IREPS Pays de La Loire, entre 2005 et 2011. Des campagnes ont été réalisées par plus de 300 médecins généralistes de la région des Pays de La Loire sur 13 thèmes différents.

Concernant la *formation en prévention des acteurs non spécialisés en prévention*, il a été constaté peu d'évolutions.

L'IREPS intervient dans les formations initiales des infirmiers. Concernant la formation initiale des médecins à Nantes, des médecins généralistes étant à la fois enseignants et administrateurs de l'IREPS, ils abordent plus facilement la promotion et l'éducation à la santé ainsi que les inégalités sociales de santé. Le suivi de l'indicateur du PRS intitulé « Nombre annuel de séances de formation continue pluri-professionnelle en prévention à destination des professionnels de santé du premier recours » s'est avéré difficile pour l'ARS qui ne dispose pas d'un système d'observation et de recueil de ces formations. Quelques formations (7 en 2014) ont cependant été repérées : elles portent sur la santé environnementale, la vaccination et la prise en charge de la crise suicidaire. Elles ne se sont pas développées de façon importante.

31) Les contenus des contrats locaux de santé ont été réorientés en 2013, positionnant la prévention comme l'un des trois volets socles de ces contrats

L'ARS Pays de la Loire a défini en début de PRS des territoires de proximité et travaillé à la réalisation d'une analyse d'opportunité sur chacun de ces territoires, sous la forme des « diagnostics flash » précédemment cités. Cette analyse a orienté la stratégie régionale de déploiement des contrats locaux de santé.

Le contrat local de santé, traduisant en proximité les enjeux et les objectifs portés par le projet régional de santé, est clairement identifié comme un levier en prévention. En 2013, l'ARS a retenu trois

thématiques « socles », qui doivent faire l'objet d'une négociation dans chaque projet de contrat. Ces thématiques sont :

- la prévention, la promotion de la santé et la santé-environnement ;
- l'accès aux soins, l'offre de santé, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
- le parcours des personnes âgées ou des publics spécifiques.

Depuis 2014, chaque contrat signé est révisé annuellement, donnant lieu à la signature d'un avenant. Cet avenant a notamment vocation à étendre le champ des contrats locaux de santé à ces trois thématiques socles, pour ceux qui ne les avait pas adopté.

Les collectivités locales ligériennes se sont mobilisées, ont compris l'intérêt de ces contrats et de leur volet prévention. Ce sont surtout les actions de prévention qui ont le plus grand potentiel communicant (points jeunes, actions sorties de bar, activité physique...).

En fonction des projets et des besoins recensés, un poste à mi-temps (exceptionnellement un temps plein) d'animation-coordination a pu être financé par l'ARS, en amont du contrat local de santé afin de faciliter la coordination des acteurs et la rédaction de contrat, et/ou dans le cadre du CLS lui-même, afin d'en assurer l'animation et la mise en œuvre. L'IREPS peut venir en appui de certains contrats locaux de santé et certaines de leurs actions.

32) La commission de coordination des politiques publiques chargée de la prévention, 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 concertés, mais elle ne remplace pas la nécessité de coopérations bilatérales

La plus-value de la commission de coordination des politiques publiques (CCPP) en charge de la prévention est de réunir les principaux décideurs et financeurs de prévention de la région, de définir et de suivre une feuille de route partenariale. Il conviendrait cependant, selon certains de ses membres rencontrés, de mieux définir son pilotage (qui serait à concentrer) et son opérationnalité (groupes de travail à créer). Il s'agit en effet d'une instance davantage considérée comme un lieu de partage d'informations que de codécision et de coordination. La volonté de l'ARS est de s'appuyer sur une dynamique d'acteurs sans rôle hiérarchique de sa part.

Si cette commission où siègent des « têtes de réseau » (ex. Education Nationale) participe au décloisonnement des acteurs au niveau régional, ses membres devraient aussi faciliter ce décloisonnement sur le terrain. Mais l'implication des différents acteurs est à géométrie variable dans cette commission. Il a pu ainsi être regretté l'absence fréquente des élus et de certaines administrations.

Dans le cadre de la CCPP en charge de la prévention, un certain nombre d'initiatives communes sont menées. Un appel à projets en prévention est lancé tous les ans, associant l'ARS à certains de ses partenaires en fonction des sujets. L'ARS peut fortement soutenir des actions de lutte partenariales contre le suicide, comme des formations au repérage de la crise suicidaire. Mais des projets peinent à aboutir (ex : prévention bucco-dentaire).

Les partenariats bilatéraux se sont développés parallèlement aux travaux de la CCPP en charge de la prévention.

Ainsi, la Région des Pays de la Loire et l'Agence régionale de santé Pays de la Loire ont signé un protocole de travail et d'échange en 2011 qui s'inscrit dans le prolongement du contrat de plan Etat-Région, qu'elle vient enrichir d'un volet santé. L'ARS et la Région, pour la période 2015-2020, prévoient de soutenir un ensemble d'actions spécifiques visant à améliorer l'état de santé de la population ligérienne, dont un certain nombre concernent la prévention et la promotion de la santé. En matière de prévention, l'ARS est pour la Région un acteur incontournable au travers de ses appels à projet, de ses financements et de la CCPP prévention qu'elle anime. Les associations financées par le Conseil Régional le sont souvent aussi par l'ARS.

Un partenariat étroit a été institué en 2012 entre l'ARS et la DRJSCS, ayant donné lieu à un document d'objectifs partagés (DOP). De nouveaux contrats de partenariat ont été signés par la suite par l'ARS avec notamment la Mutualité Française, la Protection Judiciaire de la Jeunesse et la Mutualité Sociale Agricole.

En matière de promotion de la santé à l'école, sept thématiques prioritaires ont été sélectionnées par l'ARS et le Rectorat dans le cadre d'un partenariat. Concrètement, l'ARS et le Rectorat ont validé une charte d'éducation pour la santé en milieu scolaire. Ce document cite les ressources mobilisables dans la région (liens vers les outils de l'Instance régionale d'éducation pour la santé (IREPS), du centre régional de documentation pédagogique, du pôle régional de compétence en éducation pour la santé, de l'InPES...) pour mener des actions d'éducation pour la santé et formule des principes d'intervention dont la prise en compte pourra faire l'objet d'une charte d'engagement entre l'école ou l'établissement scolaire et la structure intervenante.

Le développement du programme « En santé à l'école » a pu être réalisé grâce à la CCPP en charge de la prévention, mais pas uniquement, car les dialogues ARS-Education nationale et ARS-Enseignement privé ont aussi été nécessaires. Pour promouvoir le bien-être mental et prévenir les conduites à risque chez les jeunes, le renforcement des compétences psychosociales des enfants et adolescents et le développement d'une offre d'accompagnement des équipes éducatives font l'objet d'un programme expérimental régional lancé en 2015. Une convention pluriannuelle ARS-IREPS 2015-2017 a été signée au vu de l'efficacité de l'expérience menée dans le cadre d'un programme précédent. Le programme est axé sur les conditions du transfert de compétences auprès des enseignants. Initié sur le terrain en 2015, avec un comité de pilotage associant les différents acteurs, il a engendré la mise en place de partenariats institutionnels et opérationnels, de supports et moyens de communication, et d'une démarche d'évaluation.

Plus spécifiquement, des protocoles en veille sanitaire ont été signés avec le Rectorat, la DRJSCS et certains services de protection maternelle et infantile (PMI). Des thématiques comme la gale ou la vaccination, avec un nécessaire relai par les partenaires vers les acteurs de terrain, ont pu faire l'objet d'avancées.

33) La 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, étant généralement plus identifiée chez les professionnels des maisons de santé et pôles de santé pluriprofessionnels ainsi que dans les EHPAD

L'action de l'ARS a fait prendre conscience à de nombreux acteurs de santé que la prévention faisait partie de leurs missions et que ce n'était pas une mission à assurer en plus des autres (exemple : dans le cadre de l'appel à projets pour créer des équipes mobiles de soins pour personnes handicapées de

plus de 45 ans en foyer de vie, l'une des missions de ces équipes est clairement de faire de la prévention).

Tous acteurs confondus ayant répondu aux enquêtes auto-administrées dans le cadre de cette évaluation finale, 91% d'entre eux déclarent intégrer davantage la prévention dans leur activité. Ils ont cependant privilégié leurs propres interventions à l'appel à des opérateurs spécialisés. Ils déclarent ainsi avoir évolué par ordre décroissant d'importance sur les sujets suivants :

- La dimension prévention est davantage intégrée comme une mission à part entière de ma structure (des actions y sont menées régulièrement) / Des actions de prévention ont été mises en place ponctuellement dans ma structure.
- Des professionnels de ma structure se sont formés dans le domaine de la prévention (formation continue).
- J'oriente davantage les usagers de ma structure vers des opérateurs spécialisés en prévention (par exemple, dans le domaine des addictions) / Je connais davantage les opérateurs spécialisés en prévention.
- Je fais davantage appel à des opérateurs spécialisés en prévention pour intervenir auprès des usagers de ma structure.

Le montant de l'enveloppe dédiée à la prévention par l'ARS n'apparaît pas clairement auprès des acteurs. Il existe souvent un décalage entre une intention louable promue par l'ARS et les moyens financiers attribués aux acteurs. Ainsi un CPOM hospitalier a prévu un fort développement de la prévention (30% des pages du CPOM), mais très peu de crédits y ont été concrètement dédiés. Le risque est que la prévention soit un mot-clé parmi d'autres. Il a été dit qu'elle ne pouvait être renforcée qu'à la condition d'être acceptable par les acteurs et soutenue par l'ARS. Il y a lieu également de faire attention à la taille des établissements et à leurs obligations réglementaires pour qu'ils puissent mener à bien des actions de prévention.

Un décalage est ainsi constaté entre la volonté affichée par l'ARS, les textes réglementaires et la réalité du terrain. (Exemple des soins bucco-dentaires : si pour l'URPS chirurgiens-dentistes, les cabinets dentaires sont accessibles, pour les EHPAD, ce n'est pas si simple dans les faits car une personne démente déambulante ferait « mauvais effet » auprès des autres clients, les fauteuils ne sont pas adaptés...). Tous les acteurs déclarent qu'il faut développer la prévention, mais sur le terrain, peu de changements sont en fait constatés chez les acteurs (ex : lors d'une consultation, il n'y a pas de prévention individuelle associée, sauf par certains acteurs motivés).

La prévention, problématique éminemment transversale, est l'un des champs les plus partagés par l'ensemble des acteurs. Elle est désormais abordée dans l'ensemble des commissions spécialisées de la CRSA (soins, médico-social et usagers), même si des marges de progrès existent pour qu'elle occupe une juste place. Pour le plan d'accès aux soins des personnes handicapées, un volet prévention a dû être poussé par la commission prévention de la CRSA car il n'y avait pas eu de réflexe pour intégrer naturellement la prévention. La prévention est abordée par ces commissions sous des angles bien spécifiques (ex : qualité nutritionnelle des repas) occultant certaines problématiques importantes (exemple : addiction chez un patient hospitalisé).

L'ARS soutient clairement l'IREPS pour, notamment, renforcer la compétence des acteurs de première ligne (professionnels, bénévoles, habitants), monter des projets et mener des actions de prévention auprès de l'ensemble des acteurs de santé. La fréquentation et l'utilisation des services de l'IREPS ont augmenté, démontrant une mobilisation des acteurs. Une montée en compétence des acteurs en matière de gestion et de suivi de projet est constatée. Mais il existe des disparités importantes entre les secteurs d'activité. Dans le secteur de l'éducation, il y a eu une incitation du

corps enseignant, aussi les professeurs se sont – ils emparés de l’offre et la fréquentation du centre de documentation de l’IREPS par les professeurs a augmenté. C’est d’ailleurs le premier public en termes de fréquentation. Cette fréquentation est homogène sur le territoire. C’est moins facile avec les professionnels de santé libéraux du premier recours. Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels ont encore beaucoup de difficultés pour élaborer un axe prévention dans leur projet de santé. Malgré l’offre disponible en prévention, ils s’en emparent modestement. Les acteurs sociaux se situent entre deux, entre les professionnels de l’éducation et les professionnels de santé libéraux. Il convient donc pour l’IREPS de disposer de partenaires en relai (APMSL, fédérations...) pour pouvoir toucher les acteurs de terrain du premier recours. Pour le secteur du handicap, il y a une mobilisation des acteurs en Pays de la Loire, certes modeste mais supérieure à d’autres régions. L’engagement dans la charte Romain Jacob est un bon signe. Il existe une bonne collaboration avec ACSODENT. Pour le secteur des personnes âgées, c’est plus émietté, il y a un manque de coordination avec de nombreux acteurs comme l’ARS, la conférence des financeurs... Beaucoup d’acteurs sont positionnés sur ce champ. Il n’y a pas de centre ressource bien identifié pour augmenter les compétences des acteurs, aider à l’ingénierie de projet, l’évaluation.

Les modalités d’interventions des opérateurs de prévention au sein des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux sont variables¹⁵. Les opérateurs de prévention déclarent à la fois intervenir le plus souvent, de plus en plus et être sollicités par les acteurs suivants, dans un ordre décroissant identique pour ces différents aspects :

- Etablissements et services accompagnant les personnes en situation de précarité (ex. CHRS, CADA, résidences sociales...) et établissements de santé, avec une évolution plus marquée pour les établissements et services accompagnant les personnes en situation de précarité ;
- Etablissements et services médico-sociaux en faveur des personnes âgées ;
- Etablissements et services médico-sociaux en faveur des adultes en situation de handicap ;
- Etablissements et services médico-sociaux en faveur des enfants en situation de handicap.

Intensité des interventions selon les acteurs-cibles :

Les opérateurs de prévention déclarent intervenir de manière importante ou un peu par ordre décroissant dans les structures suivantes :

- Auprès des établissements et services accompagnant les personnes en situation de précarité (exemple : CHRS, CADA, résidences sociales...) : 50% des répondants (contre 50% assez peu ou pas du tout) ;
- Auprès des établissements de santé : 47% des répondants (contre 53% assez peu ou pas du tout) ;
- Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes âgées : 30% des répondants (contre 70% assez peu ou pas du tout) ;
- Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes en situation de handicap : 25% des répondants (contre 74% assez peu ou pas du tout) ;
- Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants en situation de handicap : 21% des répondants (contre 79% assez peu ou pas du tout).

Evolution des interventions selon les acteurs-cibles :

Les opérateurs de prévention déclarent davantage intervenir depuis 4-5 ans par ordre décroissant dans les structures suivantes :

- Auprès des établissements et services accompagnant les personnes en situation de précarité (exemple : CHRS, CADA, résidences sociales...) : 53% des répondants ;
- Auprès des établissements de santé : 47% des répondants ;

¹⁵ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

- Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes âgées : 32% des répondants ;
- Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes en situation de handicap : 26% des répondants ;
- Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants en situation de handicap : 21% des répondants.

Evolution des sollicitations des acteurs-cibles :

Les opérateurs de prévention déclarent être davantage sollicités pour intervenir auprès de leurs usagers ou de leurs équipes, par rapport à il y a 4-5 ans par ordre décroissant par les structures suivantes :

- Etablissements de santé : 50% des répondants ;
- Etablissements et services accompagnant les personnes en situation de précarité (ex. CHRS, CADA, résidences sociales...) : 46% des répondants ;
- Etablissements et services médico-sociaux en faveur des personnes âgées : 40% des répondants ;
- Etablissements et services médico-sociaux en faveur des adultes en situation de handicap : 32% des répondants ;
- Etablissements et services médico-sociaux en faveur des enfants en situation de handicap : 27% des répondants.

Prévention et professionnels de santé libéraux

Les professionnels de santé libéraux sont, selon les autres acteurs rencontrés, censés vouloir tous faire de la prévention, affirmant d'ailleurs qu'ils en font déjà, mais ces autres acteurs pensent que peu de professionnels de santé libéraux agissent effectivement en prévention primaire, menant dans les faits de la prévention essentiellement individuelle auprès de malades.

Diverses enquêtes de panel menées auprès de professionnels de santé libéraux sous l'égide de l'ORS et des URPS ont retrouvé cette affirmation de l'implication de ces professionnels en prévention : promotion de l'activité physique, vaccinations, prise en charge des lombalgies,....

Une enquête menée début 2015 auprès des médecins généralistes¹⁶ montre qu'une large majorité d'entre eux disent s'investir dans la promotion de *l'activité physique* auprès de leurs patients : 97% estiment avoir pour rôle de les encourager à augmenter leur niveau d'activité physique et 60% indiquent aborder régulièrement cette question avec chacun d'entre eux. La plupart des médecins généralistes (76%) considèrent que la prescription d'activité physique à visée de prévention fait partie de leurs missions et 20% déclarent faire au moins de temps en temps ce type de prescription. 73% des médecins généralistes ont le sentiment d'être efficaces pour améliorer le comportement de leurs patients en matière d'activité physique, mais leurs besoins restent importants (brochures d'informations, outils d'évaluation de l'activité physique). Ils se sentent d'autant plus efficaces qu'ils ont bénéficié d'enseignements (21% des médecins généralistes se déclarent avoir fait une séance de formation médicale continue axée spécifiquement sur l'activité physique, ou avoir un diplôme universitaire dans ce domaine). Les enjeux autour de la formation sont bien identifiés sur un plan plus général. Environ 40% des médecins généralistes estiment qu'une formation axée sur la communication avec le patient leur serait utile. Une part importante (près de 50%) des médecins généralistes indiquent qu'une meilleure connaissance de l'offre locale organisée dans le domaine de l'activité physique les aiderait à améliorer leurs pratiques. A cet égard, dans les Pays de la Loire, un site Internet¹⁷ leur

¹⁶ ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2016). Promotion et prescription de l'activité physique : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. n°13

¹⁷ sport-sante-paysdelaloire.fr

permet maintenant d'identifier les initiatives et structures labellisées « Sport Santé » au niveau de leur zone de patientèle.

Une enquête menée en 2014 auprès des médecins généralistes¹⁸ amène à un constat positif concernant les opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de *vaccination*. Une large majorité des médecins généralistes déclarent être très favorables à la vaccination (81%). C'est plus que lors d'une précédente enquête de panel¹⁹ : 71%. Près de 9 praticiens sur 10 considèrent que leur rôle est d'inciter leurs patients à se faire vacciner même si ceux-ci sont réticents. Toutefois une proportion importante des médecins généralistes font part de leurs incertitudes : 60% ne s'estiment pas à l'aise pour échanger avec leurs patients sur le rôle des adjuvants vaccinaux et plus généralement un praticien sur cinq ressent un besoin de formation sur la vaccination. 99% des médecins généralistes indiquent avoir consulté le calendrier vaccinal national et près des ¾ (74%) considèrent qu'il leur a « simplifié le travail ». (NB : la version du calendrier vaccinal en question datant de 2013 comportait une simplification des recommandations). Ce constat illustre cependant l'utilité d'outils actualisés d'information dans ce domaine. Les médecins généralistes jugent utiles, en premier lieu, les outils d'information à destination des patients, mais aussi l'intégration d'un carnet de vaccination électronique à leur logiciel professionnel.

Une enquête menée début 2015 auprès des masseurs-kinésithérapeutes²⁰ montre que la prise en charge des *patients lombalgiques* s'inscrit dans une démarche qui comprend, outre la pratique des actes de kinésithérapie, une dimension d'éducation thérapeutique et d'accompagnement : dans plus de neuf cas sur dix, les masseurs-kinésithérapeutes déclarent avoir "aidé le patient à comprendre sa pathologie", l'avoir "rassuré sur ses possibilités physiques", "informé sur sa pathologie", et "incité à pratiquer une activité physique". Huit fois sur dix, ils déclarent également l'avoir "aidé à agir sur son environnement dans une approche ergonomique", et "accompagné dans une rééducation dite active et un projet d'autonomie".

Une enquête menée début 2015 auprès des chirurgiens-dentistes²¹ révèle que ces praticiens considèrent leur action directe auprès des patients plus efficace que celle des campagnes médiatiques ou que la diffusion de brochures au cabinet : 99 % des praticiens considèrent que la sensibilisation individuelle des patients par le praticien lui-même est "oui, tout à fait" ou "oui, plutôt" efficace pour sensibiliser les patients aux règles de prévention. 82 % des chirurgiens-dentistes déclarent avoir affiché, distribué ou mis à disposition dans leur salle d'attente des brochures d'information relatives à la prévention. En ce qui concerne spécifiquement l'hygiène buccodentaire, la quasi-totalité des chirurgiens-dentistes sont concernés (97 %).

Au-delà de ces résultats, il est difficile de mesurer l'implication réelle des professionnels de santé libéraux. De plus, des changements de comportement professionnel n'ont pas été mesurés. Quand bien même ils l'auraient été, il serait difficile de les imputer à l'ARS et au PRS.

¹⁸ ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2015). Attitudes et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination dans les Pays de la Loire, n°12. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p.

¹⁹ ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2011). Attitudes et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre la grippe A/H1N1. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p.

²⁰ ORS Pays de la Loire, URPS masseurs-kinésithérapeutes Pays de la Loire (2015). La prise en charge des lombalgies par les masseurs-kinésithérapeutes des Pays de la Loire. Enquête 2015. Premiers résultats. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes des Pays de la Loire. 4 p.

²¹ ORS Pays de la Loire, URPS Chirurgiens-Dentistes Pays de la Loire (2015). Conditions d'exercice et activité des chirurgiens-dentistes en Pays de la Loire. Enquête 2015. Premiers résultats. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes des Pays de la Loire. 4 p.

La démarche d'accompagnement des professionnels de santé libéraux dans leurs actions de prévention au sein des structures d'exercice coordonné est globalement saluée. Les axes de travail retenus (repérage précoce des pratiques addictives, prévention du suicide, promotion de l'activité physique, promotion de la vaccination) sont exigeants en termes de temps dédié par les professionnels, et les retours d'expérience sont inégaux. Les professionnels de santé des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels sont généralement plus sensibilisés aux questions de prévention et peuvent dégager plus facilement du temps que les professionnels libéraux isolés.

La question du temps et des formations apparaît en effet fondamentale. Le temps est le principal problème mis en avant par les professionnels de santé libéraux. Par exemple, pour la vaccination, il a été dit qu'il fallait une information adaptée auprès de chaque public, presque auprès de chaque personne, pour mieux la comprendre car les personnes ne voient pas toujours l'intérêt des vaccinations et en perçoivent surtout les effets secondaires. Il faut d'abord être à l'écoute de la personne pour pouvoir lui donner une information sécurisante et adapter son discours.

Aussi chez les professionnels de santé libéraux, la création des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels fait évoluer les pratiques de prévention, cette évolution étant surtout perceptible depuis un an environ. Autrefois, quand l'ARS parlait de prévention auprès des professionnels de santé libéraux, elle n'était pas bien entendue. L'association des pôles et maisons de santé libéraux (APMSL) avait d'ailleurs publié de son côté un guide sur la prévention. Des fiches de prévention sont désormais insérées dans les projets des maisons de santé et pôles de santé pluriprofessionnels. Une convention a été signée entre l'ARS et l'APMSL intégrant des missions en prévention.

L'implication actuelle des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels a été étudiée auprès de ces professionnels²².

96% des gérants et 61% des autres professionnels de MSP/PSP déclarent intégrer davantage la prévention dans leur activité. Aucun ne déclare de diminution.

Parmi les évolutions déclarées par les gérants de MSP/PSP, celles-ci se classent par ordre décroissant d'importance en deux groupes :

- La dimension prévention est davantage intégrée comme une mission à part entière de ma structure (des actions y sont menées régulièrement) / Des actions de prévention ont été mises en place ponctuellement dans ma structure.
- Je connais davantage les opérateurs spécialisés en prévention / J'oriente davantage les usagers de ma structure vers des opérateurs spécialisés en prévention (par exemple, dans le domaine des addictions) / Je fais davantage appel à des opérateurs spécialisés en prévention pour intervenir auprès des usagers de ma structure / Des professionnels de ma structure se sont formés dans le domaine de la prévention (formation continue).

Parmi les évolutions déclarées par les professionnels de MSP/PSP autres que les gérants, celles-ci se classent par ordre décroissant d'importance en trois groupes :

- La dimension prévention est davantage intégrée comme une mission à part entière de ma structure (des actions y sont menées régulièrement).
- Je connais davantage les opérateurs spécialisés en prévention / J'oriente davantage les usagers de ma structure vers des opérateurs spécialisés en prévention (par exemple, dans le domaine des addictions).

²² Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

- Je fais davantage appel à des opérateurs spécialisés en prévention pour intervenir auprès des usagers de ma structure / Des professionnels de ma structure se sont formés dans le domaine de la prévention (formation continue).

Les 4 axes de prévention particulièrement investis par les professionnels de MSP/PSP sont la prévention de la perte d'autonomie, l'activité physique et la nutrition ainsi que les vaccinations/risque infectieux. Mais ces professionnels estiment dans leurs commentaires libres n'avoir pas encore suffisamment de recul pour avoir une vision claire du développement de la prévention à assurer. L'éducation thérapeutique de patient est souvent citée en tant que projet de développement.

Prévention et structures médico-sociales pour personnes âgées

Le partenariat de l'ARS avec les structures médico-sociales pour personnes âgées a notamment porté sur la prévention de la perte d'autonomie par l'activité physique et la nutrition, la santé bucco-dentaire, la prévention de la dépression et du suicide. Cette démarche devrait prendre un nouvel essor dans le cadre des dispositifs territoriaux de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Des avancées visibles sur la santé bucco-dentaire et sur l'activité physique ont été décrites en EHPAD. La prévention dans le domaine bucco-dentaire a été favorisée par l'ARS dès le début par le financement d'un projet avec les établissements, qui est toujours en cours. Les établissements se sont montrés favorables à la mise en place d'un logiciel pour consultation d'entrée en établissement. L'autorisation de la CNIL est attendue pour cette mise en place.

Des marges de manœuvre ont été dégagées en crédits non reconductibles pour des actions de prévention. Deux champs ont été investis dans un premier temps : la nutrition et la prévention des chutes. Il y a eu des actions régionales avec des appels à candidatures. Le programme de développement des actions de prévention de la dénutrition chez les personnes âgées hébergées a cependant montré les difficultés de diffusion de l'information vers des partenaires très dispersés. Les établissements médicosociaux sont dans les faits plus axés sur le traitement de la dénutrition que sur sa prévention.

Une surveillance et une gestion de certaines pathologies à risque épidémique (gastro-entérites et infections respiratoires aiguës) ont par ailleurs été mises en place. Les Pays de la Loire ont été une région pionnière sur cette surveillance. L'ARS a donné aux EHPAD les outils pour qu'ils réalisent eux-mêmes les actions : repérer, gérer les cas, éviter l'extension de l'épidémie, éviter les hospitalisations. La question de l'évaluation et du bilan des hospitalisations évitées se pose aujourd'hui.

Prévention et structures médico-sociales pour personnes handicapées

84% des structures médico-sociales pour personnes handicapées déclarent davantage intégrer la prévention dans leur activité²³.

Les évolutions les plus fréquemment constatées par ordre décroissant sont réparties en 4 groupes :

- La dimension prévention est davantage intégrée comme une mission à part entière de mon établissement / service (des actions y sont menées régulièrement).
- Des actions de prévention ont été mises en place ponctuellement dans mon établissement / service.
- Mon établissement / service oriente davantage les usagers de ma structure vers des opérateurs spécialisés en prévention (par exemple, dans le domaine des addictions) à égalité avec Mon

²³ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

établissement / service fait davantage appel à des opérateurs spécialisés en prévention pour intervenir auprès des usagers de ma structure.

- Mon établissement / service connaît davantage les opérateurs spécialisés en prévention.

Une enquête menée, dans le cadre de l'évaluation de la politique régionale en faveur du bien-être des jeunes, auprès des structures médico-sociales pour jeunes en situation de handicap avait montré par ailleurs que 78% de ces structures avaient proposé des actions d'éducation à la santé ou de promotion de la santé sur les trois dernières années (thèmes abordés par ordre décroissant : vie affective et sexuelle, activité sportive, alimentation/nutrition, hygiène générale, santé bucco-dentaire).

Prévention et établissements de santé

95% des professionnels des établissements de santé²⁴ déclarent intégrer davantage la prévention dans leur activité.

Les évolutions les plus fréquemment constatées par ordre décroissant sont réparties en 4 groupes :

- Des actions de prévention ont été mises en place ponctuellement dans mon établissement / La dimension prévention est davantage intégrée comme une mission à part entière de mon établissement (des actions y sont menées régulièrement).
- Des professionnels de mon établissement se sont formés dans le domaine de la prévention (formation continue) / Mon établissement oriente davantage les usagers de ma structure vers des opérateurs spécialisés en prévention (par exemple, dans le domaine des addictions).
- Mon établissement connaît davantage les opérateurs spécialisés en prévention.
- Mon établissement fait davantage appel à des opérateurs spécialisés en prévention pour intervenir auprès des usagers de ma structure.

Une enquête²⁵ a été menée par l'ARS en février 2014 portant sur les objectifs de prévention par les établissements de santé. Peu d'établissements avaient créé à cette date un pôle de prévention, étape majeure d'identification de la mission de prévention au sein d'un établissement de santé.

- Dans le cadre du Plan régional Sport Santé Bien-Etre (PSSBE) 2013-2016, des partenariats entre des établissements de santé et des associations sportives, des ateliers assurés par des professionnels de l'établissement, la mise à disposition de salles pour de l'activité physique par des malades chroniques et l'adoption de la charte « établissement actif PNSS » concernaient quelques établissements ;
- En santé environnementale, les établissements de santé avaient été surtout mobilisés sur la sécurité sanitaire (soins liés à l'environnement), avec notamment un guide du PRSE2 sur la conception et la maintenance des réseaux d'eau intérieurs, le programme inspection sur les legionelles et les réseaux de collecte des DASRI. La promotion de la santé liée à l'environnement a été également abordée via la création de deux postes de conseillers en environnement intérieur et du réseau de polliniers sentinelles ;
- En santé mentale, depuis l'évaluation suicide, les actions sont apparues très variables d'un établissement de santé à un autre, d'un département à un autre, avec des investissements également variables ;
- En matière de vaccinations, peu d'actions ont été réalisées en dehors d'actions en faveur de la vaccination contre la grippe des personnels ;

²⁴ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

²⁵ Enquête ARS auprès des établissements de santé. Contractualisation ARS-établissements de santé. Actualités et perspectives 2014 en promotion de la santé et prévention. Document non publié.

- En matière de prévention des cancers, des actions de prévention (tabac, alcool, alimentation, sédentarité...), de dépistage du cancer du col de l'utérus (expérimentation en Maine-et-Loire), une diffusion des recommandations du dépistage des cancers en milieu carcéral ont été recensées ;
- En matière de conduites addictives, de nombreux établissements de santé avaient mené des actions vis-à-vis des publics jeunes, aux urgences ou pas.

Les projets de simulation en santé pour la formation des professionnels de santé intègrent la prévention (exemple : précautions à prendre vis-à-vis des personnes âgées).

En matière de promotion de la santé hors de l'hôpital, des initiatives ont été rapportées : organisation de conférences, interventions en milieu scolaire par des étudiants en médecine, interventions plus spécifiques auprès de populations en précarité... Le problème de savoir qui répartit les différentes actions de promotion de la santé entre les différents acteurs sur un même territoire a cependant été posé.

Prévention et services à domicile

Tous les professionnels qui vont au domicile (HAD, SSIAD, aides à domicile ...) peuvent contribuer à des actions de prévention à condition que le personnel soit formé et qu'il en ait le temps.

Pour les services HAD, il n'y a pas eu de changements majeurs de pratiques. Des messages de prévention sont transmis, l'accompagnement des soins étant intégré dans les protocoles de soins. Un volet concernant la prévention a cependant été rajouté dans les livrets de communication. Dans ce domaine, les plaquettes et les flyers élaborés par les organismes de prévention sont appréciés.

34) L'ARS s'est clairement appuyée sur une approche systémique et intersectorielle de la prévention, axée sur cinq thématiques prioritaires et sur des populations ciblées, pour construire, déployer et afficher ses objectifs de prévention

L'ARS Pays de la Loire a ainsi affiché, autour des cinq thématiques priorisées dans le schéma de prévention du PRS (nutrition et activité physique, conduites addictives, bien être mental et risque de suicide, santé environnementale, relations affectives et sexuelles, avec 2 focus sur les âges extrêmes portant sur la prévention de la perte d'autonomie et la politique vaccinale) six axes de déploiement de sa politique de prévention et de promotion de la santé en 2015 :

- Renforcer la coordination des politiques publiques autour de publics cibles (jeunes, personnes précaires, personnes âgées, personnes handicapées, salariés) ;
- Améliorer la coordination des acteurs et les échanges de bonnes pratiques ;
- Améliorer la couverture des publics et des territoires ;
- Renforcer la contribution de tous les acteurs de santé à la prévention ;
- Soutenir des actions innovantes sur des thématiques prioritaires régionales ;
- Déployer des actions dont la plus-value est démontrée (actions dites probantes).

Public cible des jeunes

Les actions de prévention vis-à-vis des jeunes ont notamment été inscrites dans les feuilles de route annuelles « prévention et promotion de la santé » et « bien-être des jeunes de moins de 20 ans ». Quelle que soit la tranche d'âge, l'ARS n'a cependant pas incité fortement les partenaires, selon

l'évaluation de la politique régionale de santé en faveur du bien-être des jeunes, à faire de cette population un public prioritaire dans les contrats locaux de santé, ce qui n'empêche pas que des actions les concernant y soient inscrites, de manière plus ou moins prégnante.

Problématique particulièrement transversale travaillée par l'ARS avec ses partenaires institutionnels, la question de la santé et du bien-être des jeunes a ainsi fait l'objet d'un courrier commun fin 2016 Préfecture(DRJSCS)/Rectorat/ARS à la Présidence de la République visant à mieux coordonner les actions chez les 11-25 ans dans le cadre du plan national d'actions « bien-être et santé des jeunes ».

Dans ce cadre, le programme régional de développement des compétences psychosociales à l'école est décrit plus loin.

Des actions pour agir précocement lors de la petite enfance et de l'enfance, avec un soutien à la parentalité (résultat attendu sur l'objectif 15 du schéma régional de prévention) via notamment la mise en œuvre du dispositif PANJO (projet cherchant à renforcer les dispositifs de prévention précoce, en s'appuyant sur les visites à domicile des professionnels de PMI ont par ailleurs été engagées. L'ARS envisage une contractualisation avec les services d'aide sociale à l'enfance ainsi qu'un travail plus étroit avec les caisses d'allocations familiales.

Public cible des personnes âgées

La prévention des chutes, l'une des priorités pour prévenir la dépendance chez les personnes âgées, a donné lieu à la mise en place d'un partenariat depuis 2013 avec le Gérontopôle des Pays de la Loire. Le travail consiste à établir un programme de prévention des chutes en direction des personnes âgées, qu'elles soient à domicile, en EHPAD ou à l'hôpital. En 2014, le Gérontopôle a produit un état des lieux régional. Par ailleurs une recherche-action a été lancée ayant abouti à la construction d'un outil de prédiction du risque de chute intégrant des recommandations, à l'usage des professionnels.

Le Gérontopôle, en association avec l'ARS, a organisé en 2014 une manifestation d'envergure afin de sensibiliser et mobiliser les acteurs pour les associer à la rédaction du programme dont le mode d'élaboration se veut participatif. Les recommandations émises dans le cadre du programme participatif régional de prévention des chutes des personnes âgées de plus de 65 ans devraient servir de référentiels pour faire évoluer les pratiques en région. Elles viendront structurer les prestations à destination des personnes âgées car elles ont vocation à être intégrées dans les cahiers des charges avec les opérateurs de prévention et dans les conventions avec les acteurs du médico-social.

Ce qui a été développé grâce au PRS, c'est principalement l'activité physique dans les EHPAD, avec un impact en termes de bien être psychologique, de prévention des chutes et de socialisation.

Dans le cadre de cette priorité régionale, visant à s'articuler avec ce partenariat, l'ARS a initié le déploiement en Sarthe en 2014 d'un dispositif départemental innovant de prestations mutualisées en matière d'activité physique et sportive auprès de l'ensemble des 69 EHPAD de la Sarthe, cela en lien avec la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS), le Comité Départemental Olympique et Sportif (CDOS) et le Conseil Départemental..

Une expérimentation a par ailleurs été lancée dans 15 EHPAD, en lien avec l'URPS Pédiatres-Podologues. Ce projet propose à chaque nouveau résident, un bilan podologique à l'entrée dans l'établissement, ayant pour objectif de limiter le nombre de chutes par la suite.

Soutien aux actions de dépistage

Malgré des actions ciblées (exemples : protocole ASALEE, dépistages organisés des cancers, autisme), les actions de dépistage précoce en particulier chez des populations à risque ont été peu déployées en Pays de la Loire. Des retards au diagnostic des maladies chroniques (insuffisance rénale chronique, insuffisance respiratoire chronique, diabète) ont été déplorés à la fois par les professionnels, les associations et les patients lors de l'évaluation de la politique régionale de santé en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique.

L'absence d'outil de suivi d'une patientèle a été décrite comme un obstacle majeur à une plus grande implication des médecins généralistes dans le dépistage organisé des cancers. Ceci s'applique également à d'autres dépistages. Des actions ont été conduites amenant à la création d'un site Internet²⁶ régional et à une promotion du dépistage via les maisons de santé pluriprofessionnelles. Ces structures d'exercice coordonné portent en effet encore peu de projets médicaux prévoyant un renforcement des actions de dépistage y compris des cancers.

Activité physique

La promotion de l'activité physique est une action très visible de l'ARS.

Le Plan régional Sport Santé Bien-Etre (PBSSE), co-signé par l'ARS et la DRJSCS en 2013, vise à promouvoir l'activité physique en direction de populations cibles, dont les personnes âgées et les malades chroniques. Il prévoit notamment la formation des professionnels de santé, du social et du sport ainsi que la labellisation des clubs sportifs. L'idée est, d'une part de favoriser la prescription des activités physiques par les médecins, et d'autre part d'améliorer l'accueil de publics prioritaires au sein des associations sportives. Ces temps de formation permettront la labellisation des clubs déclarés aptes à accueillir ces publics. Par ailleurs, le plan prévoit également la signature de chartes « Entreprises actives du Plan National Nutrition Santé (PNNS) » avec des établissements s'engageant à mettre en place trois actions par an autour de l'alimentation et de l'activité physique.

Le PSSBE a donné lieu à un premier bilan en septembre 2016²⁷. Deux actions y sont mises en avant : la formation des professionnels de santé, du social et du sport ainsi que la labellisation au niveau 1 de clubs sportifs pour de l'activité orientée vers le loisir et le bien-être, avec un dispositif financier pour le public défavorisé. Y sont aussi mentionnés l'intervention d'éducateurs sportifs dans les EHPAD, l'enquête lancée auprès des structures médico-sociales pour personnes handicapées visant à connaître les pratiques d'activité physique ainsi que la promotion de l'activité physique auprès des salariés, via les chartes « établissement actif du PNSS » ou les contrats de partenariat signés entre l'ARS et les entreprises (7 059 salariés concernés). Trois types d'« ateliers sport santé bien-être » pour des patients vivant avec une maladie chronique ont par ailleurs été évalués par l'ARS²⁸. Ces ateliers devront faire place aux activités de clubs labellisés aux niveaux 2 et 3, quand cette labellisation aura été mise en œuvre.

Le Plan régional Sport Santé Bien-Etre a su fédérer et mobiliser de nombreux acteurs régionaux. Il se décline en faveur des malades vivant avec une maladie chronique, en lien notamment avec la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, la direction régionale de l'alimentation,

²⁶ <http://www.depistage-cancer-paysdelaloire.fr>

²⁷ Bilan du Plan régional sport santé bien-être 2013-2016. ARS-Préfecture de la région Pays de la Loire-Région Pays de la Loire-SRAE Nutrition-CREPS-CROS. 1^{er} septembre 2016. 6 p.

²⁸ Evaluation des « Ateliers passerelle », du « Diabectaction », et du « parcours Activités Physiques et santé » en Région Pays de la Loire. Rapport final. ARS Pays de la Loire – Planète Publique. Novembre 2015.

de l'agriculture et de la forêt et le comité régional olympique et sportif, mais plus difficilement avec d'autres acteurs institutionnels ou de terrain.

95% des médecins généralistes et spécialistes, interrogés lors de l'évaluation de la politique régionale de santé en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique, ont déclaré inciter souvent leurs patients à pratiquer des activités physiques et sportives. La formation à l'entretien motivationnel, la connaissance de l'offre sportive sur leur territoire et la mise à disposition de documents d'information à remettre suite à une consultation figurent parmi les attentes des médecins interrogés lors d'une enquête du centre de ressources, d'expertise et de performance sportive (CREPS) en juillet 2014. L'enquête déjà citée du panel ORS-URPS médecins libéraux²⁹ a montré que 97% des médecins généralistes estimaient avoir pour rôle d'augmenter le niveau d'activité physique de leurs patients

Face à cet engagement, l'offre de sport adapté apparaît pour le moment insuffisante pour les professionnels de santé. Ils la connaissent encore mal et pensent en plus qu'elle est sous-utilisée par les patients.

Les patients qui bénéficient déjà d'une telle offre la jugent, selon l'évaluation de la politique régionale de santé en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique³⁰, très bénéfique, permettant par ordre décroissant d'améliorer leur forme physique, leur alimentation, de se détendre, de rester motivé et positif, d'éviter l'isolement et de garder/reprendre confiance en soi. L'amélioration de leur qualité de vie passe avant tout par la qualité de leur prise en charge, mais aussi par l'amélioration de leur hygiène de vie (exemple : activité physique et pratiques alimentaires). Toujours selon cette enquête Patients, un tiers d'entre eux bénéficient d'une offre en matière de pratiques alimentaires et d'une activité physique autre que celle dispensée dans leur programme d'éducation thérapeutique ou par leur association.

Bien être et prévention du suicide

Dans le cadre du suivi des recommandations de l'évaluation de la politique régionale sur le suicide en 2013, l'ARS a choisi de prioriser les recommandations relatives aux formations des acteurs ainsi que les recommandations relatives au développement de la politique d'animation départementale (coordination des bénévoles associatifs et des professionnels de santé, articulation des professionnels du secteur public et du secteur privé, intégration de cette priorité de santé dans les contrats locaux de santé et amélioration de la coordination des politiques publiques au niveau régional).

Les sessions de formation au repérage de la crise suicidaire ont été continuellement demandées. De nouvelles orientations en matière de public et de territoires ciblées ont été mises en place, permettant de privilégier les dynamiques de territoire. L'année 2014 a été marquée par la signature d'un contrat de partenariat avec l'AROMSA pour ouvrir de nouvelles sessions. Par ailleurs, une convention avec le Gérontopôle signée fin 2014 a permis de lancer des sessions de formation des personnels EHPAD et SSIAD au repérage de la dépression et du suicide chez les personnes âgées. Une formation spécifique des médecins généralistes au repérage « élargi » de la crise suicidaire s'est développée avec une implication de l'ARS et d'un organisme de formation médicale continue.

Des consultations avancées en psychiatrie ont été mises en place. L'impact en termes de récidives des tentatives de suicide serait à mesurer.

²⁹ ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2016). Promotion et prescription de l'activité physique : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. n°13

³⁰ Etude spécifique auprès des patients

Politique vaccinale, actions de santé dites recentralisées

Le soutien à la politique nationale vaccinale est un axe important de travail de l'ARS. Celle-ci s'appuie sur les centres ressources que sont les centres vaccinaux hospitaliers et s'efforce d'y associer les professionnels de santé libéraux et hospitaliers. La politique de vaccination a été intégrée dans les CPOM hospitaliers à destination des personnels de santé. La dynamique engagée avec les maisons et les pôles de santé pluriprofessionnels, ayant permis d'inclure cette démarche vaccinale dans le guide méthodologique de prévention à destination des maisons de santé pluriprofessionnelles, a rencontré quelques difficultés en termes d'effectivité.

Les actions de santé dites recentralisées ont fait l'objet d'une restructuration en 2012-2013. Désormais majoritairement gérées par des établissements de santé (dans 4 départements sur 5), ces actions sont organisées au sein d'un pôle départemental : ce sont les centres fédératifs de prévention et de dépistage (CFPD). Ces centres ont donné lieu à l'élaboration de conventions entre l'ARS et les quatre centres hospitaliers concernés. Les CDAG (centres de dépistage anonymes et gratuits) et les CIDDIST (centres d'information, de diagnostic, de dépistage, des infections sexuellement transmissibles) ont fusionné pour former les CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic), qui sont des services des CFPD. Définissant leur politique au niveau départemental en lien avec l'ARS, ces centres développent, au-delà de leurs missions obligatoires, principalement des actions collectives vers les publics précaires et les professionnels de santé. Ils s'appuient sur des antennes localisées de prévention transversales aux différentes thématiques (infections sexuellement transmissibles, tuberculose, vaccination).

La question de l'articulation entre les CPOM des établissements de santé et les conventions des CFPD, portés par ces mêmes établissements de santé, est aujourd'hui posée.

Bien-être affectif et sexuel

La promotion du bien-être affectif et sexuel a été d'emblée un axe prioritaire de l'ARS. Elle a été notamment marquée par la création du réseau régional de santé sexuelle, le soutien au déploiement du PASS contraception par le Conseil Régional, l'adaptation aux besoins du public du fonctionnement de la plate-forme téléphonique IVG/contraception, la formation de personnes relais vers les jeunes, le soutien aux permanences délocalisées du mouvement français du planning familial. Depuis, la structure régionale d'appui et d'expertise sur la santé sexuelle a dû être dissoute.

Santé environnementale

La prévention et la promotion de la santé sont assez peu travaillées dans le champ de la santé environnementale avec les établissements sanitaires et médico-sociaux. La lutte contre les légionelles est la plus aboutie des actions. Les établissements de santé ont généralement l'habitude de plus raisonner en termes de développement durable que d'impact de leur environnement sur la santé.

Le programme de lutte contre les légionelles en établissement a été poursuivi. Il s'inscrit dans le programme d'inspection-contrôle de l'ARS. Rentrer ainsi avec des sujets de sécurité sanitaire dans les hôpitaux permet de travailler sur d'autres sujets (exemple : bruit dans les salles de couveuses).

Un poste de chargé de mission « légionelles » a été créé il y a 7 ans par la DRASS, que l'ARS continue de financer. Il est mutualisé à une cinquantaine d'établissements médico-sociaux, principalement dans le Maine-et-Loire. Aujourd'hui des établissements financent 50% de cette mission. Cela pose actuellement deux problèmes : une question d'égalité entre établissements de la région (la plupart d'entre eux ne bénéficient pas de cette expertise) et une question de répartition des

rôles entre l'ARS et les établissements médico-sociaux (ne devraient-ils pas gérer ce risque eux-mêmes ?).

De façon générale, l'impact de la lutte contre les légionelles est difficilement évaluable. Le nombre de déclarations de cas de légionelles peut augmenter par sensibilisation plus grande des établissements sans qu'il n'y ait d'augmentation de l'incidence. Il faudrait observer le nombre de personnes âgées contaminées en EHPAD, mais on ne sait pas rapporter des cas à une exposition.

L'ARS a décidé récemment d'investiguer les cas de légionelloses nosocomiales car elle pense que les établissements de santé, malgré le travail des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), ne sont pas suffisamment performants dans les suites à donner.

Entre autres initiatives, on peut citer par ailleurs une action de formation des personnels d'EHPAD sur la qualité de l'air intérieur.

35) L'ARS s'est récemment orientée en faveur d'une politique de prévention plus ouvertement basée sur des données probantes et a décidé de s'engager dans l'application du principe d'universalisme proportionné

Le PRS a eu des objectifs remarquables autour de la prévention précoce, de la coordination des acteurs et du renforcement du premier recours.

La politique régionale en matière de promotion et d'éducation à la santé a soutenu, dès la fin des années 80 et les premiers programmes régionaux de santé, le développement des compétences psychosociales, ce qui a fait des Pays de la Loire une région pionnière dans ce domaine. C'est ainsi qu'entre 1998 et 2013, près de 7 000 enfants de 7 à 12 ans ont bénéficié d'un programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire pendant au moins un an. Dans cet environnement favorable et dans le cadre de contrats de partenariat signés à la fois avec le Rectorat en 2012 et l'union régionale des directeurs diocésains (URADEL) en 2014, l'ARS a choisi en 2015 de donner une impulsion nouvelle à la politique de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire. Un double objectif a prévalu pour orienter cette impulsion : augmenter le nombre d'enfants d'une classe d'âge bénéficiaires et faciliter le transfert aux enseignants de savoir-faire en renforcement des compétences psychosociales.

Ce programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire, labellisé « En santé à l'école » est en cours de déploiement sur trois années (2015-2017). Il est basé sur des données probantes en matière de prévention des conduites addictives sur certaines tranches d'âge. Il est intégré dans la politique publique de l'éducation nationale, dans une logique de transfert de compétences. Une évaluation pour identifier les modalités d'extension et de généralisation du dispositif a été d'emblée mise en place.

Les actions de prévention du suicide soutenues par l'ARS privilégient de plus en plus les modalités d'intervention qui ont prouvées scientifiquement leur efficacité, suivant en cela des recommandations de l'InPES.

L'universalisme proportionné sera par ailleurs à l'évidence un défi pour la prévention dans le cadre du PRS 2. La volonté de s'engager sur cette voie est à la fois présente chez l'ARS mais aussi chez des acteurs majeurs de la prévention. Il s'agit de viser l'ensemble de la population lors des actions de prévention, mais en ayant soin d'adapter ses actions aux publics qui peuvent présenter des difficultés à

se saisir de ces actions de prévention et donc de les aider spécifiquement. Par cette approche, l'ARS doit pouvoir réduire les inégalités sociales de santé, qui se manifestent tout le long du gradient social, et tout au moins ne pas les aggraver du fait même des actions qu'elle soutient.

36) L'ARS a à la fois restructuré les opérateurs de prévention et engagé une politique de transfert de compétences vers les acteurs de proximité, qu'ils soient professionnels de santé ou non

L'ARS a engagé très tôt une restructuration des opérateurs spécialisés en prévention, établissant trois niveaux d'organisation et de modalités de financement :

- une contractualisation avec l'IREPS et les autres grands opérateurs de prévention (extension de plus en plus large), pouvant être dénommés « têtes de réseau » ;
- des appels à projet pour les petits opérateurs, en particulier dans le cadre d'actions innovantes ;
- l'association d'acteurs de prévention.

Il y a, selon des acteurs de prévention rencontrés, une très forte volonté de contractualisation en région, plus que dans d'autres. Pour eux, cette démarche nécessite encore d'être développée et étendue. Une démarche globale à long terme, sur cinq ans, intégrant à la fois les actions, les financements et l'évaluation est même préconisée.

Toutefois, les résultats de cette restructuration ont été rapportés comme peu connus et non partagés par de nombreux acteurs non spécialisés en prévention.

Le transfert de compétences impulsé par l'ARS se traduit par diverses actions. Le transfert de compétences au profit des enseignants dans le programme « En santé à l'école » en est un exemple. Les élus locaux ou des directeurs de collectivités sont responsabilisés en matière de gestion de certaines situations (ex : épidémie de gale), l'ARS leur fournissant des outils. L'appel à projets sur les addictions prévoit un transfert de compétences via la formation des enseignants, des chefs d'entreprise... Les initiatives bénévoles d'écoute et de veille sont basées sur l'expression d'un besoin. Ce besoin peut être repéré par des personnes ou institutions qui exercent une fonction d'aide envers leurs concitoyens, ou être exprimé par des personnes elles-mêmes en souffrance psychique. L'ARS soutient ces initiatives, notamment au travers des groupes de prévention du suicide.

Par ailleurs, les divers professionnels de santé ont été invités à intégrer des pratiques de prévention dans leurs activités, avec l'appui si nécessaire des opérateurs spécialisés de prévention (cf. chapitres précédents).

37) Si la professionnalisation de l'ARS en prévention s'est globalement accrue et est saluée par ses partenaires, il est regretté que la fonction observation-évaluation de la prévention ait été peu développée par l'ARS et par conséquent par les acteurs eux-mêmes

L'ARS a clairement exprimé sa volonté de travailler en prévention au-delà du court terme pour poser des bases solides, d'où sa vision plus globale qu'antérieurement (exemple : développement des compétences psychosociales et non seulement prévention de l'alcoolisme). Selon les acteurs concernés rencontrés, l'ARS a su monter en compétence sur le champ de la prévention, ce qui a permis de

partager plus facilement des mêmes concepts avec les organismes spécialisés en prévention. La continuité des acteurs sur ce champ entre la DRASS et l'ARS a conforté les acquis tout en approfondissant les méthodes de travail. La prévention est ressentie comme principalement portée par le département de l'ARS en charge de sa promotion et de sa mise en œuvre.

La réorganisation de la veille sanitaire autour d'un département spécifique régional et de la CIRE a permis de transmettre des éléments factuels et qualifiés à la prévention, permettant de prendre des décisions plus éclairées.

Cette professionnalisation a tout aussi bien concerné l'ARS que beaucoup d'acteurs spécialisés en prévention. Des outils de prévention ont été développés et mis à disposition (outils InPES/IREPS ou catalogue ORS). L'ensemble des parties prenantes a compris où devaient être portées les priorités : développement des compétences psycho-sociales, manière de faire passer les messages de prévention à différencier en fonction des publics cibles (pour faire passer des messages vers des communautés particulières), importance du relais d'associations spécifiques, pour que le message soit porté, relayé, mais aussi compris....

Il reste cependant beaucoup à faire sur l'observation des résultats et l'évaluation. L'observation est plus développée dans certaines régions qu'en Pays de la Loire. Ces régions se sont dotées d'outils et d'indicateurs de résultats. L'évaluation n'est pas du tout systémique, n'est pas globale, aussi bien dans son approche qu'au travers des indicateurs retenus.

Si l'approche systémique, intersectorielle et ciblée sur des populations fragiles est clairement définie par l'ARS, l'absence de définition d'indicateurs robustes interroge des acteurs spécialisés en prévention. Cette absence figure par exemple dans les attendus des appels à projet en prévention. Elle est également relevée dans le contenu des contrats où ne figurent pas d'indicateurs d'effets, en particulier en matière de transfert de compétences.

L'outil cartographique OSCARS, qui recense et catégorise les actions de prévention, n'est pas utilisé de manière optimale. Si la cartographie est précieuse, son exploitation et son analyse font défaut. Un outil d'observation mobilisant les acteurs et intégrant la population manque en Pays de la Loire (ce type d'outil a été par exemple développé par la ville de Lyon).

L'observation régionale de la prévention et l'évaluation des effets sur la santé des actions de prévention restent à développer, que ce soit structure par structure, mais aussi globalement sur des territoires et des populations.

38) Si les acteurs de santé déclarent globalement faire davantage de prévention, l'imputabilité de cette évolution à l'ARS est variable selon le type d'acteurs (la plus élevée pour les structures médico-sociales pour personnes handicapées, la moins élevée pour les établissements de santé)

Si 91% de l'ensemble des acteurs de santé interrogés³¹ déclarent intégrer davantage la prévention dans leurs activités, moins de la moitié d'entre eux (41%) affirme que c'est principalement imputable à l'action de l'ARS (information, communication, contractualisation, incitation, soutien à des formations, financements...). Cette imputabilité est variable selon les types de répondants :

³¹ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

- Si 95% des professionnels des établissements de santé déclarent intégrer davantage la prévention dans leur activité, moins de la moitié d'entre eux (43%) affirme que c'est principalement imputable à l'action de l'ARS ;
- Si 84% des professionnels des structures médico-sociales pour personnes handicapées déclarent davantage intégrer la prévention dans leur activité, 19% seulement pensent que c'est en lien avec l'activité de l'ARS ;
- Si 96% des professionnels des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels déclarent intégrer davantage la prévention de leur activité, 1/3 d'entre eux (32%) déclarent que c'est principalement imputable à l'action de l'ARS ;
- les opérateurs de prévention attribuent une imputabilité de l'ARS dans leurs interventions selon le type d'établissements qu'ils accompagnent :
 - o 21% dans les établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants en situation de handicap ;
 - o 30% dans les établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes en situation de handicap ;
 - o 35% dans les établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes âgées ;
 - o 46% dans les établissements de santé ;
 - o 44% dans les établissements et services accompagnant les personnes en situation de précarité (ex. CHRS, CADA, résidences sociales...).

Les opérateurs de prévention mettent en avant la plus-value de la contractualisation, même si elle apparaît trop limitée dans le temps, la prévention étant encore trop pensée à court terme ainsi que le découplage des acteurs impulsé par l'ARS. Ils considèrent que les professionnels de l'ARS concernés par la prévention sont plus nombreux, ouverts et adaptables. Mais ils évoquent aussi la nécessité de mieux intégrer la prévention dans tous les champs de la santé, de cibler les jeunes en tant que public prioritaire (sexualité, addictions...), de plus s'appuyer sur une approche positive de la santé et de favoriser le développement de la promotion de la santé par tous les professionnels de santé.

39) Les évolutions en matière de comportements et d'indicateurs de santé de la population ligérienne sont marquées par des résultats globalement peu modifiés

Les effets de la prévention sont difficiles à mesurer, d'autant que les indicateurs pour les mesurer ont manqué. Quel a été l'impact des actions ? Les appels à projet annuels ne permettent pas de mettre en place une évaluation à moyen et long terme. Le passage du cadre d'orientations stratégiques à 10 ans est un bon signal pour les acteurs.

Selon les professionnels des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels interrogés³², trois champs ont connu une évolution défavorable ou neutre ces dernières années en termes de comportement des patients : les addictions, le mal être et les vaccinations. A l'inverse, quatre champs ont connu selon eux une évolution favorable : les habitudes nutritionnelles, l'activité physique, la perte d'autonomie et la prise en compte de l'environnement. Ces professionnels jugent ainsi selon les champs concernés :

- Habitudes nutritionnelles : 55% d'évolution favorable (contre 45% ne déclarant pas d'évolution) ;
- Activité physique : 68% d'évolution favorable (contre 33% ne déclarant pas d'évolution) ;

³² Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

- Prévention de la perte d'autonomie : 73% d'évolution favorable (contre 24% ne déclarant pas d'évolution) ;
- Vigilance sur la dimension santé de leur environnement (ex. aménagement du logement, aération des espaces de vie...) : 61% d'évolution favorable (contre 34% ne déclarant pas d'évolution) ;
- Conduites addictives : 60% d'évolution défavorable ou pas d'évolution (contre 40% déclarant une évolution favorable) ;
- Evocation spontanée du mal être, voire d'idées suicidaires : 63% d'évolution défavorable ou pas d'évolution des comportements (contre 37% déclarant une évolution favorable) ;
- Vaccination : 64% d'évolution défavorable ou pas d'évolution des comportements (contre 36% déclarant une évolution favorable).

Un certain nombre d'indicateurs de santé, en déclinaison d'objectifs du schéma régional de prévention, ont pu être suivis lors du PRS, avec le plus souvent cependant un décalage dans le temps pour leur obtention. Ils ne montrent globalement pas d'évolution positive.

- Le taux de décès par suicide est resté relativement stable entre 2011 et 2013 (respectivement 18,5 et 18,3 pour 100 000 habitants), toujours au-dessus du taux national (respectivement 14,8 et 13,8). L'écart avec le taux national est particulièrement élevé chez les hommes. Il n'y a d'ailleurs pas eu de baisse de ce taux masculin entre 2011 et 2013 (respectivement 28,7 et 29,7).
- Concernant la proportion de jeunes de 17 ans déclarant consommer 5 verres d'alcool ou plus en une occasion au moins une fois par mois (enquête), les résultats des enquêtes de 2011 et 2014 ont montré une stabilité, sans diminution de ce taux (respectivement 62 et 63%). La différence avec le niveau national est importante (49% en 2014).
- L'un des attendus d'une politique de prévention des chutes chez la personne âgée était la diminution des fractures du col du fémur. Or, entre 2011 et 2015, le taux d'hospitalisation pour fracture du col du fémur pour les personnes de 75 ans et plus a stagné, voire augmenté, passant de 9,88 pour mille en 2011 à 10,35 pour mille en 2015.
- Concernant le taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (à 2 doses), les couvertures régionales de 91% pour 1 dose et de 76% pour 2 doses n'atteignaient pas en 2014 les objectifs définis par l'OMS (respectivement 95% et >80%) malgré une augmentation de 5 points pour 2 doses par rapport à 2013. La couverture à 2 doses restait encore en dessous de la moyenne nationale (77%).
- Concernant la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants de grande section maternelle, l'évolution de cet indicateur a pu être mesurée entre 2006 et 2013, lors d'enquêtes en milieu scolaire. L'évolution constatée de 7% à 8,6% pour la période 2006-2013 n'est pas statistiquement significative. Le pourcentage de 1,6% d'enfants obèses, sous-population des enfants en surpoids, est le plus faible de France, moitié moindre que le taux national de 3,5% (il était de 2,1% en 2006).
- Une question était de savoir si les médecins traitants incitaient leurs patients de 50-74 ans à faire un test de dépistage d'un cancer colo-rectal. A ainsi été suivi le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les personnes âgées de 50 à 74 ans. Cet indicateur du PRS figurait au titre des objectifs contractualisés entre l'ARS Pays de la Loire et l'Etat (CPOM). Or, ce taux a plutôt évolué à la baisse entre 2011 et 2014 (dernière année pour lesquelles ces données sont disponibles), passant de 43,3 à 37,4%. La fin de l'année 2014 a été caractérisée par la suspension de facto du dépistage organisé du cancer colorectal, ce qui a naturellement une répercussion sur les taux de participation. La région des Pays de la Loire

conserve cependant un taux de participation nettement supérieur au taux national et elle se classe au troisième rang des régions de France.

- Concernant le nombre de nouveaux résidents accueillis en EHPAD dans l'année ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire à l'entrée, cet indicateur a pu être mesuré entre 2012 et 2015. On note une augmentation de la fréquence chez les nouveaux entrants en EHPAD de l'examen bucco-dentaire (respectivement 7 et 19%). On est cependant encore loin de la cible des 100%. De nombreuses raisons peuvent expliquer les difficultés d'accès à cet examen dentaire, liées aux chirurgiens-dentistes, aux résidents et à leur famille, ou à l'EHPAD lui-même.

Le baromètre santé 2014 des Pays de la Loire³³ apporte des éclairages supplémentaires sur les évolutions de certains indicateurs de santé, en comparaison avec des données nationales. Sont repris ici des données complémentaires aux précédentes.

- Comme en France, près de 80 % des habitants des Pays de la Loire se perçoivent en bonne santé, et à l'inverse 3 % ont une perception négative de leur état de santé.
- 31 % des Ligériens de 15-75 ans déclarent une maladie ou un problème de santé chronique, et 22 % se déclarent limités ou fortement limités dans leurs activités courantes, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé. Ces proportions sont proches de la moyenne nationale. Il semble toutefois que la proportion de personnes ayant une perception positive de leur santé tend à diminuer dans la région, comme en France.
- Les situations de surpoids et d'obésité sont particulièrement fréquentes dans la population, en région Pays de la Loire comme au niveau national. En 2014, leurs prévalences atteignent respectivement 30 % et 8 % parmi les Ligériens âgés de 15 à 75 ans. La surcharge pondérale concerne ainsi 38 % de cette population. Il s'agit cependant de taux minimaux car ils sont établis à partir des déclarations des enquêtés concernant leur poids et leur taille. La prévalence de l'obésité dans la population ligérienne est restée relativement stable depuis 2005 contrairement au niveau national où une forte progression est observée. Elle devient ainsi en 2014 inférieure à la moyenne nationale (8 % vs 12 % en France). Par contre, la prévalence du surpoids (hors obésité) suit, comme la moyenne nationale, une tendance à la hausse et reste proche de cette moyenne.
- Dans la région comme en France, certains indicateurs de santé mentale se sont dégradés entre 2010 et 2014. En effet, on observe sur cette période une progression de la prévalence des états de détresse psychologique, des pensées suicidaires, ainsi que des tentatives de suicide. Pour les pensées suicidaires, l'augmentation ayant été plus marquée dans la région qu'au plan national, leur prévalence régionale est en 2014 supérieure à la moyenne nationale : 7 % des Ligériens de 15-75 ans déclarent avoir pensé à se suicider dans l'année *versus* 5 % en France. Concernant les tentatives de suicide, leur prévalence régionale reste proche de la moyenne nationale en 2014 (7 % des Ligériens de 15-75 ans déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie). Cette proportion a augmenté entre 2010 et 2014, elle est ainsi passée dans la région de 4 à 7 %. Cette hausse est plus marquée que celle observée au plan national (4 % en 2010 ; 5 % en 2014). La prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers, qui était proche de la moyenne nationale en 2005 et 2010, devient ainsi en 2014 supérieure à la moyenne nationale (7 % vs 5 %). Cette plus grande fréquence régionale par rapport à la moyenne nationale s'observe chez les hommes et chez les personnes entre 35 et 54 ans.

³³ ORS Pays de la Loire. (2016). Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire. 101 p.

- Les alcoolisations ponctuelles importantes (API : au moins six verres en une même occasion) et les ivresses sont également nettement plus fréquentes dans la région. 23 % des Ligériens déclarent une API au moins une fois par mois et 13 % au moins trois ivresses dans l'année contre respectivement 17 et 9 % en France. De façon globale, près de la moitié des Ligériens ont une consommation d'alcool à risque au cours des douze derniers mois : 36 % ponctuel et 9 % chronique (respectivement 31 % et 8 % en France). Ces habitudes d'alcoolisation défavorables concernent les deux sexes et toutes les classes d'âge, mais les jeunes générations et les hommes apparaissent particulièrement exposés. Les habitudes de consommation d'alcool apparaissent liées au milieu social, avec globalement des épisodes ponctuels d'alcoolisation excessive (API, ivresse) plus fréquents dans les milieux favorisés, mais des usages quotidiens et à risque chronique qui semblent plus ancrés dans les groupes sociaux les moins favorisés. Entre 2005 et 2014, la fréquence des ivresses répétées et régulières est en augmentation chez les hommes comme chez les femmes, ainsi que celle des API chez les femmes.
- Près de 80 % des habitants des Pays de la Loire se déclarent en 2014 favorables aux vaccinations en général. Cependant, 3 % se disent défavorables à toutes les vaccinations. La situation régionale dans ce domaine est proche de la moyenne nationale. Même si l'adhésion aux vaccins de la population ligérienne est plus importante qu'en 2010, elle est cependant plus faible qu'en 2005 (plus de 90 % d'avis favorables). En lien notamment avec des controverses autour de certains vaccins ou la crise sanitaire de 2009 liée à la grippe aviaire, certains vaccins suscitent des réserves de la part des habitants. Comme en France, le vaccin contre la grippe rassemble spontanément le plus d'avis négatifs (26 % des Ligériens), devant les vaccinations contre l'hépatite B (8 %) et le HPV – Human Papilloma Virus (6 %).

2.2 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 ressortie de leur évaluation, n'a pas permis d'en envisager la généralisation

40) Le développement de l'éducation thérapeutique du patient en établissement sanitaire, fortement soutenu par l'ARS, a été très important, quoiqu'hétérogène, en termes de déploiement de programmes

75 établissements de santé sur 122 (61%) avaient un objectif de développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans leur CPOM.

Il ressort des rapports de certification (v2010, état au 27/10/20106) des établissements de santé établis par la HAS que, sur l'item "Education thérapeutique du patient" (23a) : 12 % des activités sont cotées A, 75 % des activités sont cotées B, 13 % des activités sont cotées C et 0 % des activités sont cotées D. Le taux de 13% des activités classées en C laisse percevoir des marges de progrès.

Concernant les programmes hospitaliers, une demande d'autorisation est faite auprès de l'ARS, qui instruit le dossier, délivre ou non l'autorisation et attribue ou non un financement. A noter que l'ARS, au contraire d'autres ARS, n'a pas instauré de fenêtre de dépôt des dossiers. C'est au fil de l'eau que

les demandes se font. Les établissements de santé se sont mobilisés en grande partie de leur propre initiative sur l'éducation thérapeutique du patient, sans que l'ARS n'ait eu besoin de les mobiliser. Il y a même eu un effet d'aubaine pour certains acteurs. Les financements découlant des autorisations (prévues par la loi HPST), qui ont tous deux débuté en 2010, ont incité à ce développement.

Dans le cadre de la procédure d'autorisation, l'ARS Pays de la Loire avait décidé la création d'un comité technique réunissant les acteurs de l'éducation thérapeutique.

L'évolution du nombre de programmes autorisés par année montre que la moitié environ des programmes autorisés aujourd'hui l'ont été dès 2010, année de la création de l'ARS, avant même l'élaboration du PRS :

Année	Nombre de nouveaux programmes
2010	93
2011	39
2012	23
2013	13
2014	19
2015	25
TOTAL	212

12 programmes ont été arrêtés ou fusionnés.

Fin 2015, 200 programmes étaient autorisés.

L'année 2013 a été consacrée à ouvrir l'ETP à d'autres acteurs que les établissements de santé même si, sur treize nouveaux programmes autorisés en 2013, dix l'étaient encore en établissements de santé. Cette année-là, l'ARS a retenu trois thématiques « socles », intégrant l'ETP, au sein des contrats locaux de santé.

A la mi-2016, on comptait 206 programmes, dont 173 par des établissements de santé (122 publics, 29 ESPIC et 22 privés), 12 par des structures d'exercice coordonné, 2 par des établissements sociaux (ACT), 7 par l'assurance maladie (CES), 11 par des structures d'appui (réseaux) et 2 par des unions professionnelles. 43 établissements de santé étaient en 2016 porteurs d'au moins un programme d'ETP (à rapporter aux 75 établissements de santé qui avaient un objectif d'ETP dans leur CPOM).

Sur les 206 programmes autorisés en 2016, 178 correspondent aux priorités régionales édictées, contre 28 hors priorités.

La répartition par département montre que la Mayenne et la Vendée ont moins de programmes par habitant que la moyenne régionale.

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Total départements
Nombre de programmes	77	59	12	28	21	197
Nombre habitants (pop. légale, 2013, INSEE)	1 328 619	800 190	307 499	569 035	655 505	3 660 848
Ratio	0,6/10 000 habitants	0,7	0,4	0,5	0,3	0,5

La répartition par pathologies montre que 3 types de maladies regroupent plus de la moitié des programmes : diabète (61), maladies cardio-vasculaires (31) et cancers (21). L'ARS avait établi des priorités de financement (liste de pathologies cibles) dès le début de l'autorisation des programmes. Cette liste n'a pas été revue depuis. La question de la réviser se pose aujourd'hui mais des critères de choix sont à définir.

Le développement de l'ETP, accompagné par l'ARS, a également été facilité par le soutien de l'IREPS. Outre le développement d'une offre de formation, un outil Internet « cart'EP », sous la responsabilité de l'IREPS, a été créé. C'est un répertoire des ressources en éducation thérapeutique du patient, accessible aux médecins et aux professionnels de santé qui souhaitent prendre connaissance des programmes d'ETP en région pour y référer leurs patients et aux responsables de programmes autorisés d'ETP qui veulent échanger entre eux. L'éducation thérapeutique du patient est une bonne porte d'entrée de la prévention en milieu hospitalier, car parler de l'ETP, c'est parler de la promotion de la santé.

Si les programmes ont été déployés largement, en nombre et en diversité de pathologies concernées, l'ARS incite les établissements de santé au respect du cahier des charges. Il manque toutefois une clarification sur l'ensemble des lieux où développer l'ETP et sur certaines modalités d'organisation (exemple : hôpital de jour et rémunération de l'ETP).

De plus en plus de plans de santé nationaux intègrent l'ETP parmi les actions à développer. C'est une opportunité pour l'ARS de promouvoir et d'accompagner le développement de l'ETP. Ainsi, le plan national sur les maladies neuro-dégénératives a prévu la création de programmes d'ETP au niveau d'EHPAD. Des séances d'ETP sont prévues soit pour les patients soit pour des binômes patients/aidants. Des programmes pourraient même intéresser les seuls aidants. Cependant, le financement de l'ETP au patient et non à l'aidant peut poser problème. C'est le cas du programme ETP profamille pour l'entourage des schizophrènes. Ce programme a été autorisé en Pays de la Loire, bien qu'il s'adresse aux aidants.

Il est toutefois difficile de développer l'ETP dans les petits établissements de santé.

Les professionnels des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels³⁴ constatent des évolutions favorables tant en termes de connaissance de ces programmes que de leur accessibilité. C'est ainsi que

- 68% d'entre eux déclarent avoir davantage connaissance des programmes d'ETP existant dans la région ;
- 61% déclarent que l'accessibilité de ces programmes pour leurs patients s'est améliorée en matière d'existence de programmes ;
- 49% déclarent que l'accessibilité de ces programmes pour leurs patients s'est améliorée en matière d'adéquation des programmes aux besoins des patients ;
- 45% déclarent que l'accessibilité de ces programmes pour leurs patients s'est améliorée en matière de proximité de l'offre en programmes d'ETP.

Pour les usagers, le spectre de l'ETP n'est cependant pas encore assez étendu : pas assez de pathologies, pas assez de groupes et pas assez de places dans les groupes. La majorité des personnes bénéficiant de l'ETP en comprennent l'intérêt car on s'intéresse à leur cadre de vie, à la globalité de leur personne... Les personnes s'approprient leur parcours, leur maladie. Elles comprennent qu'elles peuvent être actrices de leur santé. Il y a d'ailleurs dans les bilans généralement peu d'absentéisme.

³⁴ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

Mais les usagers regrettent un développement insuffisant de l'ETP au niveau du premier recours et du secteur social. Si on ne peut pas généraliser l'ETP à toute la population et à toutes les situations pathologiques, il faut savoir cibler et éviter que ce soient uniquement les personnes qui sont les plus averties et les mieux informées qui en bénéficient.

41) L'ARS s'est fortement engagée dans le développement de l'éducation thérapeutique du patient en premier recours mais les résultats pour des raisons diverses ne sont pas à la hauteur des efforts engagés

L'ARS a souhaité développer l'éducation thérapeutique du patient au niveau du premier recours, dès la mise en place des programmes d'ETP en 2010. Elle s'est appuyée financièrement sur l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) et sur le fonds d'intervention régional (FIR). Il y avait également la volonté des acteurs de terrain de s'engager sur cette voie.

De 0 programmes d'ETP portés par des professionnels de premier recours en 2011, 12 sont recensés en 2016 (3 sur le diabète, 4 en cardiologie, 4 en rhumatologie, 1 sur l'obésité). Les évolutions annuelles ont été relativement faibles. Seules huit structures de premier recours ont investi l'éducation thérapeutique du patient. Cinq sont d'ailleurs implantées en Loire-Atlantique. Cinq sont des MSP/PSP et deux sont des centres de soins. Le nombre de nouveaux programmes d'ETP autorisés en premier recours est à mettre cependant en regard du nombre de nouveaux programmes autorisés en général par l'ARS, soit 4/ 25 en 2015 contre 3/18 en 2014, 2/13 en 2013, 1/17 en 2012 et 2/34 en 2011. Une progression est ainsi notée en valeur relative. Par ailleurs, des professionnels de santé du premier recours peuvent avoir suivi la formation en ETP organisée dans la région sans avoir organisé un programme formalisé.

Parmi les freins repérés au développement de l'ETP par les professionnels de santé du premier recours, la nécessité de formation des professionnels intervenant dans une équipe d'ETP a été repérée très tôt. Elle constitue une des conditions de l'autorisation du programme. Afin de lever cette barrière, un soutien à la formation a été proposé grâce au FIR, directement auprès des professionnels du premier recours qui déposent un projet d'ETP et en contractualisant avec les unions régionales des professionnels de santé qui organisent pour leurs professionnels des formations de 40 heures.

Le financement de cette activité est également une difficulté pour les acteurs du premier recours. Le FIR a été mobilisé par l'ARS pour soutenir le développement de l'ETP en premier recours, en actionnant notamment la fongibilité. Un programme conventionné avec les professionnels des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels a été mis en place pour développer des actions de prévention. Les crédits FIR 2014 et 2015 ont ainsi permis de maintenir le financement des programmes autorisés et réalisés en ambulatoire pour les pathologies définies comme prioritaires au niveau régional, d'accompagner l'évolution des réseaux effecteurs d'ETP, qui se sont engagés en 2014 dans un CPOM avec l'Agence, de favoriser le développement de l'offre ETP au niveau du premier recours en attribuant une aide à la conception du projet, à la formation des professionnels et une aide au démarrage de l'activité, de soutenir la formation des acteurs du premier recours en contractualisation avec les URPS (médecins, pharmaciens, infirmiers).

Par ailleurs, le rapprochement des trois réseaux asthme, diabète et insuffisance cardiaque en 2015 a fait émerger un dispositif polyvalent, nommé MC 44, pour développer l'ETP et accompagner les professionnels de santé libéraux, dans cette démarche.

Le bilan en fin de PRS est cependant plutôt insatisfaisant au regard des ambitions initiales et de l'accompagnement financier proposé par l'ARS. L'ETP a été peu déployée au sein du premier recours, quelle que soit sa forme, et faiblement articulée avec l'ETP pratiquée en établissement de santé. Il y a peu de relais opérationnel de l'ETP développée en milieu hospitalier visant au maintien des acquis au domicile du patient (exemple : cas des insuffisants respiratoires chroniques). Les patients regrettent un manque de suivi une fois leurs séances d'ETP terminées en milieu hospitalier³⁵.

Par ailleurs, les perspectives d'évolution ne sont pas très favorables : des évolutions de réglementation en 2014 (40 heures de formation obligatoire pour tous, formation spécifique à la coordination) risquent de freiner les initiatives, malgré le soutien régional apporté par le FIR. Le règlement arbitral n'a pas intégré l'ETP dans les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, interrogeant la question de la pertinence de l'éducation thérapeutique du patient à ce niveau. Le modèle est fragile en termes de résultats. Les maisons de santé pluriprofessionnelles de petite taille ne peuvent avoir la masse critique pour développer l'ETP : il faudrait 50 à 100 patients par pathologie cible. Qui pour porter ces programmes d'ETP ? Les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) auront-elles la masse critique et la capacité pour faire de l'éducation thérapeutique en lieu et place des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels ? Il faudrait une organisation territoriale pour porter cette ETP où participeraient les maisons de santé pluriprofessionnelles, mutualisées entre elles et avec les autres acteurs. Aussi, de grandes inquiétudes pèsent – elles, selon les acteurs, sur l'avenir de l'ETP en premier recours.

L'ARS, pour développer l'ETP en ambulatoire, a cependant voulu s'appuyer sur la mobilisation des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels. Ces structures ont été aidées à cet effet. Pour certaines équipes, l'ETP était d'ailleurs le moteur de leur structuration (exemples : Clisson, Savenay, Bécon-les-Granits, où des programmes ont été autorisés après une expérimentation ENMR 2ème module). Mais comme il n'y a plus de financement de l'ETP avec le règlement arbitral, l'ARS s'emploie aujourd'hui à poursuivre le financement de cette activité sur le FIR. Des crédits sont ainsi attribués par patient : 250 euros + 50 euros pour l'aide à la coordination. Cela a été une décision de l'ARS Pays de la Loire d'attribuer 50 euros en plus du forfait prévu. L'URPS médecins libéraux a travaillé sur une modélisation économique et les conditions de déploiement de l'ETP. Avec 4 à 5 séances d'ETP en maison de santé pluriprofessionnelle, le budget attribué (300 euros/patient) est déjà consommé. Face à un essoufflement constaté pour la mise en œuvre de programmes d'ETP, l'ARS a facilité leur travail en proposant des contrats de 2 ans (au lieu d'un contrat annuel) pour alléger la charge administrative et en proposant donc 50 euros supplémentaires pour de la coordination. Il y a donc une meilleure garantie de financement assurée à ces structures. De plus, les objectifs peuvent n'être atteints qu'en 2 ans, ce qui laisse plus de temps aux professionnels de santé pour les atteindre. Cependant, le modèle de ces structures d'exercice coordonné reste minoritaire.

Cas particulier, l'ETP diabète en ville reste en grande partie déléguée aux réseaux diabète. Ils auraient dû appuyer les professionnels du premier recours pour qu'ils fassent de l'éducation thérapeutique. Les quatre réseaux diabète et le réseau MC44 ont cependant chacun des fonctionnements différents. Supprimer les réseaux diabète auraient de fait supprimé les programmes d'ETP, le premier recours n'étant pas mûr pour prendre le relais. Les frais de diététicienne et de pédicure-podologue ne sont plus remboursés. Là où il y avait une diététicienne, cela a pourtant poussé au développement de l'ETP diabète en premier recours.

³⁵ Source : Enquête Patients de l'évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique

Le protocole ASALEE peut être intéressant par ailleurs pour certains acteurs. Il représente un modèle de déclinaison possible.

Sur un territoire, une maison de santé pluriprofessionnelle et un hôpital local ont demandé chacun la labellisation de programmes d'ETP. Faut-il un ou deux programmes sur le même territoire ? Faut-il commencer un programme en hôpital et le terminer en ville (et ne pas comptabiliser deux fois le même patient !) ? L'hôpital local a mis en avant le fait qu'il devait avoir son propre programme au vu de son obligation de certification. Aussi, le financement séparé est un frein au décloisonnement des acteurs. Il serait souhaitable de disposer d'un financement au parcours et non à la structure.

L'investissement selon les différents types de professionnels de santé libéraux a pu être ressenti comme variable. Les pharmaciens et les infirmiers seraient les professionnels les plus motivés. Mais les infirmiers se disent déçus : certains se sont formés mais n'ont pas les moyens de réaliser d'éducation thérapeutique sur le terrain (problème de transport, d'organisation des groupes...). Un objectif du programme ETOPIA interprofessionnel (ETP post-infarctus à Angers) est d'ouvrir le programme aux médecins généralistes hors des structures d'exercice coordonné, mais il est difficile à ces médecins de dégager du temps pour se former.

42) Neuf dispositifs d'annonce expérimentaux ont été créés, en référence aux dispositifs d'annonce en oncologie, autour de deux pathologies chroniques (insuffisance rénale chronique et sclérose en plaques), mais l'évaluation de ces dispositifs n'a pas pu préconiser leur généralisation, en raison d'une maturité insuffisante et d'un coût élevé

Des dispositifs d'annonce en oncologie avaient été créés par le plan cancer 1. Tous les sites de cancérologie disposent aujourd'hui d'un tel dispositif d'annonce. Tous les patients concernés sont *a priori* inclus. D'ailleurs le nombre de plaintes de patients à l'ARS sur ce sujet a fortement diminué. En 2013, le réseau de santé ONCO-PL a évalué ces dispositifs d'annonce sur deux types de cancer (sein et ORL). Des recommandations ont été émises suite à cette évaluation. Un kit de formation a été réalisé par ONCO-PL (« Boîte à Outils Annonce » basée sur une méthode issue de la simulation avec la construction de scénarios et de films associés à des outils pédagogiques) et diffusé à l'ensemble des centres de coordination en cancérologie (3C).

En 2012, neuf dispositifs d'annonces ont été déployés à titre expérimental (4 ans) suite à un appel à projets de l'ARS : six pour l'insuffisance rénale chronique (IRC) et trois pour la sclérose en plaques (SEP). Les similitudes des pathologies ciblées (SEP et IRC) justifiaient la mise en place d'un dispositif similaire à celui déployé sur le cancer, notamment du fait du traumatisme engendré par l'annonce de la maladie (SEP), des images véhiculées par les modalités de traitement (IRC) et du choc (sidération) que peut générer l'annonce.

L'enjeu pour l'ARS par la mise en place de ces dispositifs est de mieux organiser et structurer les annonces faites au patient vivant avec une maladie chronique, tout au long de son parcours de santé. Inspirés de celui mis en place pour le cancer, les dispositifs d'annonce expérimentaux poursuivent plusieurs finalités : soutien, accompagnement, information, mise en capacité de faire des choix éclairés. Ils sont activables à plusieurs moments dans le parcours de santé du patient : annonce d'un diagnostic, aggravation, rechute et autre besoin spécifique.

La mise en place d'un tel dispositif spécifique d'annonce du diagnostic doit permettre à chaque personne - présentant une pathologie chronique - d'en être mieux informée, de mieux appréhender sa

maladie et ses éventuelles conséquences sur son projet de vie, de mieux adhérer à la prise en charge proposée.

Une évaluation de ces dispositifs expérimentaux³⁶ a été réalisée en 2015. Les objectifs de l'évaluation étaient d'analyser les modalités de déploiement de ces dispositifs à mi-parcours de l'expérimentation et d'apprécier leur valeur ajoutée sur le parcours de prise en charge et d'accompagnement du patient.

Les différents temps d'un dispositif d'annonce sont bien proposés aux patients. Le temps soignant apparaît au cœur du dispositif, à la fois dans les apports vis-à-vis du patient et pour les professionnels. Il s'agit du temps qui s'est le plus facilement mis en place, notamment parce qu'il s'inscrit dans la continuité des pratiques existantes dans les services (habitudes de coordination entre médecin et infirmier, préexistence d'une consultation de reprise dans certains services). Si l'accès aux soins de support est prévu dans tous les services, il n'est pas proposé systématiquement (mais en fonction des besoins perçus par les médecins et les infirmiers), et les services identifient des marges de progrès pour favoriser le recours à ces professionnels.

Toujours selon cette évaluation, les bénéficiaires d'un dispositif d'annonce sont plus satisfaits que les non bénéficiaires (près des $\frac{3}{4}$ *versus* $\frac{1}{2}$), en termes d'information, de soutien et d'accompagnement. Globalement la perception des bénéficiaires et des non bénéficiaires est similaire sur l'écoute médicale pour les trois dispositifs (cancer, IRC, SEP), mais elle est plus favorable sur l'écoute par l'infirmière pour les patients inclus.

Si les dispositifs d'annonce expérimentaux apparaissent en effet favorables en matière d'information, de soutien et d'accompagnement, en revanche la possibilité pour le patient d'exprimer son avis et d'intervenir dans les choix thérapeutiques est plus mitigée. Les bénéficiaires du dispositif d'annonce, tout comme les non bénéficiaires, sont moins de la moitié à avoir eu la possibilité d'exprimer leur avis.

Des efforts restent à réaliser pour déployer pleinement le dispositif dans les services. Alors que les services expérimentateurs souhaitent mobiliser le dispositif pour tous leurs patients, il n'apparaît pas encore généralisé. Ainsi, tous les médecins des services ne se sont pas impliqués dans la démarche à ce stade. Le dispositif nécessitant un changement dans la culture de travail des professionnels, son appropriation ne peut cependant être que progressive. A ce stade, ce sont d'abord les médecins qui étaient déjà convaincus de l'intérêt de la démarche qui s'en sont le plus saisis. Par ailleurs, si le dispositif est en cours de déploiement dans les services, le lien avec les professionnels de santé en dehors des services de prise en charge apparaît limité et les marges de progrès en la matière peu identifiées.

Les modalités de coordination avec la médecine de ville n'ont pas véritablement évolué dans le cadre du dispositif expérimental et l'implication des médecins traitant n'apparaît pas comme un enjeu fort pour les professionnels hospitaliers. De même les professionnels de santé impliqués dans le parcours de santé du patient ne sont pas mobilisés dans le cadre du dispositif.

En revanche, les liens avec l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont clairement identifiés par les professionnels comme par les patients, qui considèrent les deux démarches comme fortement complémentaires, le dispositif d'annonce constituant une première marche pour entrer dans un processus plus large qui se poursuit dans le cadre des programmes d'ETP. La clarification des enjeux dispositif annonce/éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans une réflexion commune sur la complémentarité entre les deux dispositifs.

³⁶ Evaluation des dispositifs d'annonce expérimentaux. Rapport final. ARS Pays de la Loire-Planète Publique. Novembre 2014.

Le coût important du dispositif expérimental pose par ailleurs la question de sa généralisation. Il conviendrait cependant de mieux identifier les coûts par patient (à partir d'une donnée stabilisée du nombre de patient inclus par an).

L'évaluation de ces dispositifs d'annonce expérimentaux a conduit à cinq recommandations : poursuivre l'expérimentation et optimiser le suivi des dispositifs en vue d'une extension/généralisation, définir le cadre général et les modalités concrètes de la mise en œuvre de dispositifs de seconde génération, et enfin, diffuser plus largement la « culture de l'annonce ». L'extension à d'autres pathologies doit être pensée de manière différenciée en fonction des pathologies et prendre en compte l'articulation avec l'éducation thérapeutique du patient.

C'est un dispositif désormais voué à une harmonisation régionale en cohérence avec les orientations de la Haute Autorité de Santé (HAS), respectivement, dans le cadre de l'expérimentation du « parcours insuffisance rénale chronique » et du plan national maladies neurodégénératives.

La région des Pays de la Loire a été retenue dans l'expérimentation issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 sur le parcours de soins de l'insuffisance rénale chronique. Dans ce cadre, L'ARS a décidé d'étendre le dispositif d'annonce expérimenté dans la région sur l'ensemble du territoire ligérien. Comment sortir des orientations en centres lourds lors de l'inclusion en IRC est une question qui se pose en Pays de la Loire. Il faut savoir que les patients vont plus en centres lourds dans la région que dans d'autres. L'annonce est très importante pour l'entrée dans un parcours. Les données de l'assurance maladie ne permettent pas de constater d'évolution depuis la mise en place des dispositifs d'annonce. Les professionnels concernés sont-ils cependant tous associés ? Le dispositif d'annonce est-il activé au bon moment, ou est-il trop tardif ? Le niveau d'information est-il suffisamment clair ? Ce sont des exemples de questions auxquelles l'expérimentation pourra apporter des réponses complémentaires à l'évaluation.

43) Le nombre de bénéficiaires de programmes d'éducation thérapeutique du patient a augmenté mais reste très faible par rapport au nombre de personnes vivant avec une maladie chronique, potentiellement éligibles

On peut estimer à environ 4% la population vivant avec une maladie chronique qui a accès à des programmes autorisés d'ETP dans la région, à savoir 22 000 bénéficiaires de programmes d'ETP pour 600 000 personnes admises en affection de longue durée (ALD). Ce ratio était estimé à 3% lors de l'élaboration du projet régional de santé (cf. objectif 2 du schéma régional de prévention).

L'indicateur PRS de suivi du nombre de bénéficiaires de programmes d'ETP a été défini, non en nombre absolu de bénéficiaires ou de leur poids dans la population générale, mais plus finement par le ratio annuel nouveaux patients en ETP/nouveaux patients en ALD pour les 4 affections de longue durée retenues : ALD 5 (insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales), ALD 8 (diabète 1 et 2), ALD 13 (infarctus coronaire) et ALD 14 (insuffisance respiratoire grave).

Compte tenu de la disponibilité des données d'ALD sur le site AMELI.fr, la valeur de cet indicateur a pu être suivie jusqu'en 2014. Le ratio nouveaux patients en ETP / nouveaux patients en ALD pour les 4 affections de longue durée retenues a évolué favorablement de 30,4% à 40,9% entre 2011 et 2014. Le nombre de nouveaux patients est lui passé de 6 536 à 9 527. La progression observée du ratio a

surtout porté sur l'ALD 8 (diabète). Il n'y a pas eu de progression du ratio pour les ALD 5 (insuffisance cardiaque...) et ALD 14 (insuffisance respiratoire).

44) L'accès des personnes en grande vulnérabilité à des programmes d'éducation thérapeutique du patient a été peu facilité même si deux programmes spécifiques ont été autorisés dans des structures spécifiques (appartements de coordination thérapeutique)

L'ARS Pays de la Loire a autorisé deux programmes d'ETP portés par deux structures médico-sociales, gérant des appartements de coordination thérapeutique. Ces programmes d'ETP pluri-pathologiques s'adressent à des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical.

Les programmes d'ETP « tout public » contribueraient selon les experts de l'enquête Delphi, menée dans le cadre de cette évaluation, à la réduction des inégalités sociales de santé, au travers de plusieurs de leurs caractéristiques : gratuité de l'offre, personnalisation à partir du diagnostic éducatif, organisation possible de l'offre, continuité de prise en charge... Les experts consultés regrettent cependant que l'offre soit trop majoritairement hospitalière. Aussi, afin de réduire les inégalités sociales de santé, les programmes d'ETP devraient être mieux connus, mieux articulés avec l'offre de premier recours et plus souvent disponibles en extra hospitalier.

Faute de données disponibles sur les caractéristiques socio-économiques des patients inclus dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient, l'ARS ne peut s'assurer que les programmes ciblent bien l'ensemble du spectre social des patients potentiellement éligibles.

45) Il est difficile pour l'ARS de tracer et d'évaluer l'activité des programmes d'éducation thérapeutique autorisés en milieu hospitalier, dans une perspective de démarche de parcours

Aucune mesure d'impact n'est prévue dans les programmes d'ETP. Certains acteurs regrettent que, profitant du temps de mise en œuvre du projet régional de santé et de cohortes *a priori* suffisantes, cette observation n'ait pu être réalisée. La mesure des effets des programmes, jusqu'au niveau des changements constatés chez les patients, est très difficile pour les coordonnateurs des programmes.

L'évaluation annuelle est à la main de la structure d'ETP. L'ARS a cependant voulu travailler sur des indicateurs d'efficacité des programmes, en collaboration avec les professionnels, à ajouter aux indicateurs de qualité (de process) produits par l'HAS. Ce travail s'avère toutefois très difficile. D'une façon plus générale, un flou sur la traçabilité de l'activité des structures d'ETP est constaté. L'appréciation de l'activité de ces programmes par l'ARS est difficile : mélange des nouveaux/anciens patients, mélange des patients/aidants, répartition du personnel non homogène (parfois facturation d'une consultation médicale en sus)...

Quelques évaluations quadriennales de très bonne qualité ont été toutefois remontées à l'ARS (exemple : étude des impacts sur les réhospitalisations par un programme d'ETP sur les accidents vasculaires cérébraux). Mais l'ensemble de ces évaluations est trop hétérogène pour être exploité par l'ARS.

La formation à la coordination rendue obligatoire depuis 2015 devrait accroître la professionnalisation des acteurs. Ce devrait être un levier pour améliorer à la fois les pratiques et les évaluations.

La qualité de vie est bien prise en compte pendant le temps des programmes personnalisés d'ETP. Mais il est difficile d'en mesurer les améliorations. Les patients se disent motivés en raison de la qualité du programme, de son intérêt sur le plan humain, de la logique d'amélioration par soi-même de sa qualité de vie et des résultats observés. 91% des patients ayant bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique se sont déclarés satisfaits de leurs programmes en raison de leurs effets positifs pour eux-mêmes lors de l'évaluation de la politique régionale de santé en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique³⁷.

2.3 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

46) La création de l'ARS a permis une meilleure structuration régionale de la politique en faveur de l'eau potable, face à la présence d'interlocuteurs régionaux, le PRSE2 ayant été l'outil de référence de la politique d'amélioration de l'alimentation en eau potable

Le PRSE2, outil de planification régional, pluripartenarial a servi de cadre aux actions concernant l'alimentation en eau potable pour l'ARS. La création de l'ARS a conduit à une meilleure structuration régionale face à la présence d'interlocuteurs régionaux, permettant ainsi une meilleure interministérialité.

L'ARS, la préfecture de région et le Conseil Régional sont co-signataires du PRSE2. Pour l'un des signataires, ce plan a pour intérêt de donner de la visibilité à la politique publique dans ce domaine. Il valorise ce que chacun fait, cependant plus dans une logique d'addition des actions que de mise en synergie. Le développement et le suivi des actions en santé environnementale se sont structurés pour l'ARS autour du comité de suivi du PRSE2. Par définition pluri – institutionnel, le contexte partenarial est cependant complexe et parfois peu facilitant.

Les actions de contrôle en santé environnementale ont été conduites dans une démarche progressive d'harmonisation régionale et de responsabilisation des collectivités territoriales et des gestionnaires.

L'ARS a mis en place des groupes de travail régionaux devant l'apparition de pollutions hydriques (métaldéhyde, métabolites...).

A côté de cette restructuration régionale, et dans le cadre de leurs missions, les délégations départementales de l'ARS participent à de nombreux comités et plans d'action départementaux, dont les Missions inter-services de l'eau (MISE).

³⁷ Enquête auprès des patients

47) L'action au long cours des autorités sanitaires poursuivie par l'ARS sur le contrôle et le suivi de la qualité de l'alimentation en eau potable à la population a permis de renforcer le taux de protection des périmètres de protection et de réduire à néant ou presque les dépassements récurrents de la limite de la qualité de l'eau

Assurer à la population de la région la consommation d'une eau en permanence de qualité constitue une obligation de l'ARS. La mise en place de périmètres de protection des captages d'eau mais aussi la surveillance de la qualité des eaux de consommation humaine participent à sécuriser l'alimentation en eau.

La région étant relativement pauvre en eaux souterraines, elle est très dépendante de ses cours d'eaux pour son approvisionnement. Les enjeux liés à la qualité de la ressource et à l'efficacité et la fiabilité des filières de traitement de l'eau sont particulièrement importants pour la région. Le PRSE2 a ainsi fait à la fois de la protection de la ressource en eau et de l'amélioration de la qualité de l'eau distribuée, deux de ses priorités. Les actions mises en œuvre visent notamment à protéger des captages d'eau destinée à la consommation humaine (environ 400 captages) et limiter la formation de substances chimiques lors du traitement des eaux par le chlore.

L'ARS œuvre au niveau territorial à la préservation de la ressource en eau par la mise en place et le contrôle, en lien avec les collectivités responsables de la production de l'eau potable, des périmètres de protection des captages (PPC) contre les pollutions accidentelles et ponctuelles.

Le PRSE1 (2005-2008) avait permis la protection de 70% des captages d'eau destinés à la consommation humaine. Le PRSE2 a amplifié la dynamique, avec la protection de plus de 90 % des captages d'eau potable de la région vis-à-vis des pollutions accidentelles (représentant plus de 94 % des volumes d'eau captée), contre 71% au plan national. Depuis 2012, une vingtaine de projets sont soutenus chaque année par l'ARS.

De 2012 à 2015, l'objectif en matière d'eau destinée à la consommation humaine dans les appels à projet en santé environnementale, porté par l'ARS (d'autres objectifs étaient portés par la DREAL), était « améliorer la qualité de l'eau dans les réseaux publics et les réseaux intérieurs », le vecteur étant « améliorer les compétences des professionnels pour la conception et la maintenance des réseaux d'eau à l'intérieur des bâtiments ». En 2016, une insistance forte sur une prévention plus en amont (limiter les rejets de polluants, y compris domestiques) et un affichage des mesures de protection des captages ont été rajoutés.

Les contrôles d'eau potable et les inspections de périmètres de protection ont été maintenus à haut niveau de 2011 à 2015 (nombre de prélèvements d'eau en 2011 : 13 500 et en 2015 : 15 400, avec une dizaine d'inspections annuelles de périmètres de protection).

Conformément à la réglementation, l'ARS exerce une surveillance régulière de la qualité bactériologique et chimique des eaux et un contrôle sanitaire de la qualité des eaux distribuées. Les actions mises en œuvre en cas d'anomalies constatées comprennent un suivi analytique renforcé, complété si nécessaire d'une prescription de mesures correctives et d'un suivi de leur mise en œuvre.

La situation favorable constatée dans les Pays de la Loire a été obtenue grâce à l'implication de l'ensemble des acteurs concernés par les enjeux de protection des ressources en eau ainsi que des exploitants des unités de production. Elle est également la traduction de programmes ambitieux de

construction et de modernisation des filières de traitement de l'eau. De nombreuses usines ont fait l'objet de récents travaux et d'importants chantiers sont en cours ou programmés à court terme.

Le bilan final du PRSE2 a montré que la grande majorité des actions avaient été conduites à terme ou étaient bien engagées, impliquant différents partenaires : services de l'État, collectivités, associations, organisations professionnelles du bâtiment... Un appel à projets concerté ARS-DREAL a permis de soutenir de nombreuses initiatives associatives tout au long du plan.

Parmi les avancées du plan, plusieurs initiatives méritent d'être soulignées : édition de cahiers des charges types pour la sécurité sanitaire des réseaux d'eau intérieurs lors de leur conception et de leur maintenance, élaboration et diffusion d'un guide à l'ensemble des entreprises de la région posant des canalisations d'eau afin que l'incorporation de ces réseaux neufs se fasse dans le respect des exigences sanitaires, finalisation d'une étude destinée à proposer un guide de recommandations aux producteurs d'eau des actions concrètes de réduction de la formation des sous-produits de désinfection de l'eau (trihalométhanes, bromates). Certaines de ces molécules sont en effet considérées comme cancérigènes.

L'ARS a également engagé une campagne pluriannuelle de repérage et de mesure des chlorures de vinyl monomères (CVM) dans l'eau distribuée. Les canalisations en PVC antérieures à 1980 dans leurs extrémités, c'est-à-dire dans des conditions de stagnation de l'eau dans les réseaux, peuvent avoir potentiellement une teneur en CVM résiduel élevée et ainsi induire une migration de CVM dans l'eau.

Des teneurs anormalement élevées en métaldéhyde ont été constatées ces dernières années sur les principales ressources d'eau de surface de la région. Pour réduire cette pollution et limiter un risque sanitaire, l'ARS et les partenaires du programme régional ECOPHYTO ont conçu un document d'information à destination des jardiniers amateurs, pour les inciter à limiter l'usage de pesticide anti-limace, à l'origine de cette pollution. Dans le cadre du contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine, des recherches sont effectuées pour connaître les teneurs en pesticides, tant au niveau de la ressource que des eaux traitées mises en distribution.

Mais actuellement, l'ARS change radicalement de démarche en matière de contrôles. Elle évolue d'une démarche basée sur une approche curative et réactive vers une démarche basée sur une approche préventive et proactive via les plans de gestion de sécurité sanitaire des eaux (PGSSE). L'ARS veut privilégier les auto-contrôles et la responsabilisation des acteurs (collectivités, exploitants). Cette évolution sera au cœur des enjeux du PRSE3.

Outre les résultats déjà présentés sur la protection des périmètres de captage, le suivi d'autres indicateurs montrent des évolutions globalement favorables.

Le pourcentage d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 habitants, présentant de manière récurrente des dépassements de limite de qualité (indicateur PRS), dont l'objectif était de parvenir à 0%, a été atteint en 2015.

Selon le baromètre santé environnement 2014³⁸, la proportion de Ligériens déclarant boire exclusivement de l'eau du robinet a progressé de 2007 à 2014 (38% *versus* 28%). Plus de 80% des ligériens se disent satisfaits de la qualité de l'eau distribuée dans leur commune de résidence. Des attentes cependant se sont accrues en matière d'information sur la qualité de l'eau et ses risques pour la santé. Seulement 64% des Ligériens se déclarent plutôt bien informés en 2014 contre 75% en 2007.

³⁸ ORS Pays de la Loire. (2014). Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2014. 200 p.

2.4 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

48) La lutte contre l'habitat indigne, inscrite dans un cadre juridique complexe et s'appuyant fortement sur les pôles intersectoriels départementaux de lutte contre l'habitat indigne, a commencé à la fois à se structurer régionalement et à se décliner localement dans les contrats locaux de santé

La lutte contre l'habitat indigne constitue un enjeu fondamental en termes de santé notamment pour le logement des personnes les plus défavorisées. Action prioritaire du PRSE2, elle nécessite une large mobilisation des acteurs pour repérer les personnes en mal logement et remédier à ces situations. Avec un double portage ARS/DREAL, en cohérence avec les objectifs définis dans le PRSE2, la lutte contre l'habitat indigne est un objectif priorisé notamment au sein du PRS.

La lutte contre l'habitat indigne vise à protéger la santé des occupants, propriétaires ou locataires, et à rechercher des solutions adaptées pour améliorer les conditions d'habitat des populations concernées. Elle n'est pas l'affaire d'un seul acteur mais relève de plusieurs volets (social, technique, juridique et financier) qui doivent être activés de manière cohérente et coordonnée pour être efficaces. La montée en charge des organisations départementales en pôles et les opérations programmées d'amélioration de l'habitat portées par les collectivités ont contribué à un meilleur repérage des situations et à favoriser leur prise en charge, y compris par le recours aux procédures coercitives du code de la santé publique par l'ARS, mais l'habitat indigne demeure toujours un problème difficile à repérer et à résoudre.

Encadrée par le code de la santé publique, la lutte contre l'habitat indigne est une priorité nationale à laquelle contribue l'ARS par l'instruction des procédures administratives afférentes et le déploiement d'actions de sensibilisation ou d'accompagnement des acteurs de terrain et des collectivités. C'est une politique loco-locale, mais son animation est à la fois départementale et régionale.

Sur l'habitat indigne, l'objectif inscrit de manière continue de 2012 à 2015 dans les appels à projet en santé environnementale était de développer l'information et la communication, ajoutant à compter de 2013 la mention « en s'appuyant sur les pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne ».

Des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne ont en effet été mis en place dans les cinq départements de la région. Ils sont pilotés selon les départements par la direction départementale de la cohésion sociale, la direction départementale des territoires, le Conseil Départemental... Les délégations territoriales de l'ARS participent activement à l'animation et au fonctionnement de ces pôles.

Un réseau régional d'échanges est également animé conjointement par l'ARS et la DREAL. Il permet une capitalisation et une mutualisation des expériences et s'inscrit dans une démarche globale de mobilisation des collectivités. Par ce biais notamment, l'accompagnement des collectivités ou groupements de communes peut être renforcé, pour une plus grande implication dans la prise en charge des signalements.

L'écriture d'un plan régional de lutte contre l'habitat indigne n'a pas pu aboutir jusqu'alors en raison d'organisations inter-services variables selon les départements, des historiques de fonctionnement différents et les difficultés liées à une approche régionale homogène dans un contexte de lutte contre l'habitat indigne avec un ancrage départemental marqué. Le projet est toutefois maintenu.

Des actions de formation régionales et départementales ont été organisées notamment au repérage de l'habitat indigne ou aux diagnostics techniques. Elles ont concerné divers intervenants à domicile et les opérateurs de la lutte contre l'habitat indigne.

Les élus ont été accompagnés par l'ARS sur leur rôle dans la gestion des situations relevant du règlement sanitaire départemental et sur des outils techniques.

L'ARS participe également, au sein des pôles départementaux, à l'optimisation de procédures et à la rédaction de protocoles.

Dans tous les départements, les délégations territoriales ont organisé le déploiement et le partage de l'application « ARIANE – Habitat » permettant de gérer les procédures et d'alimenter une base de données partagée par les membres des pôles départementaux.

Dans l'un des départements, la conjonction d'un repérage accru de ces situations suite à la mise en place des signalements par les pompiers et de la diffusion du guide national sur la gestion de ces situations a conduit à une opération visant à améliorer la prise en charge des situations d'incurie dans le logement. Une cinquantaine de situations récurrentes, souvent complexes, avec des caractéristiques particulières ont été recensées. Les difficultés rencontrées sont diverses : difficultés de coordination et de circulation de l'information, besoin d'accompagnement des acteurs de terrains (sensibilisation, outils pratiques, réseau, échanges de pratiques), difficultés d'accès aux soins ou au suivi social pour une partie de la population, problèmes comportementaux, animaux en surnombre, difficultés financières... L'ARS est tout particulièrement concernée par l'accès aux soins (somatiques et psychiatriques) et « l'aller vers » (public précaire).

49) L'intégration de la politique de lutte contre l'habitat indigne s'est notamment concrétisée par la création de deux postes de conseillers en environnement intérieur, de la prise en compte de la précarité énergétique et de l'établissement de relations entre habitat et santé mentale

En 2016, l'objectif des appels à projet en santé environnementale a été de renforcer le repérage et la prise en charge de l'habitat indigne en intégrant la problématique de la précarité énergétique et en développant l'accompagnement à l'auto-réhabilitation. L'objectif devient plus opérationnel (on parlait d'information et de sensibilisation de 2012 à 2015) et s'est étendu au champ de la précarité énergétique.

Deux postes de conseillers sanitaires en environnement intérieur ont été créés sur une base hémirégionale, avec la volonté de faire le lien avec les questions d'insalubrité. A partir de signalements médicaux, leur rôle est d'apporter des conseils techniques sur les matériaux et équipements du logement mis en cause. En 2015, 101 visites de logements ont été réalisées dans l'hémi-région

continentale³⁹. Des actions visant à mobiliser ces conseillers ont également été introduites dans certains contrats locaux de santé.

Sur les questions de santé mentale et de logement insalubre, il est constaté qu'il est encore difficile de faire travailler les professionnels ensemble. Le fait que ce dossier soit affiché comme une action de lutte contre les inégalités sociales de santé aiderait à progresser à cet effet. Il a pu être dit que dans les situations d'habitat indigne, 1/3 des personnes avaient des problèmes d'addiction (alcoolisme), 1/3 étaient dans des situations de très grande pauvreté et 1/3 avaient des problèmes de santé mentale.

L'ARS s'engage progressivement dans les territoires pour l'intégration dans le logement des handicapés psychiques, davantage comme partenaire d'actions portées par d'autres acteurs ou institutions. Cette montée en charge de l'ARS sur ces questions se fait sous l'impulsion des délégations territoriales. Des formations et sensibilisations du secteur logement / hébergement aux questions de santé mentale ont ainsi été menées à l'initiative des acteurs de terrain. Dans l'un des départements, une convention de partenariat logement-hébergement-santé mentale, réunissant près de 50 acteurs différents, a été signée en 2016.

50) Le nombre de signalements envoyés aux pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne et de procédures d'insalubrité ont fortement augmenté, en lien notamment avec d'importantes actions de sensibilisation et de formation des différents acteurs (y compris des élus) concernés par le repérage

De 2011 à 2014, le nombre de visites de logements (hors celles réalisées par les services communaux d'hygiène et de santé) est passé de 374 à 460 et le nombre d'arrêtés d'insalubrité a progressé de 74 à 160.

Cette augmentation est surtout marquée en Loire-Atlantique, à la suite notamment de la constitution de son pôle départemental. L'arrêté est la mesure ultime après discussion, échanges et concertation avec le propriétaire.

L'ARS a mené de nombreuses actions de sensibilisation et de formation au repérage de l'habitat indigne. Les élus ont été concernés par ces actions.

L'ARS ne dispose pas de statistiques sur les personnes logées en habitat indigne. Cependant, un travail d'estimation du nombre de logements potentiellement à risque a été réalisé.

³⁹ L'hémi-région continentale est constituée des départements de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe (l'hémi-région littorale est constituée des départements de Loire-Atlantique et de Vendée)

2.5 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.

51) La politique de plaidoyer de l'ARS est essentiellement portée par ses services en charge de la santé environnementale

Les appels à projet en prévention en santé environnementale ont accordé en 2016 une place accrue à la dimension de plaidoyer, notamment auprès des acteurs publics en charge de l'urbanisme, pour un environnement favorable à la santé. En outre, l'objectif « Développer les actions d'éducation à la santé environnementale et la réflexion sur les risques émergents dans un axe visant à développer une culture commune sur les enjeux de santé liés à l'environnement et la mise en réseau des acteurs » a été renforcé.

Il y a eu une continuité entre 2012 et 2016 des porteurs de projets visés par les appels à projet en santé environnementale : les associations, les collectivités territoriales, les industriels (pour des actions collectives uniquement), les établissements publics, les organisations professionnelles.

Le groupe régional santé environnement (GRSE) - instance de pilotage du PRSE2 - est composé d'une cinquantaine de membres des services de l'Etat, de collectivités territoriales, d'associations de consommateurs, de défense de l'environnement ou de professionnels de santé, de représentants des organisations professionnelles et des salariés. Il a été chargé de la définition et de la validation des orientations stratégiques, de l'identification des priorités régionales et des propositions d'actions. Parmi les dix actions prioritaires figuraient le développement des actions d'éducation à la santé environnementale et la réflexion sur les risques. L'aménagement du territoire de manière à préserver ou créer un environnement favorable à la santé (identifier les espaces particulièrement exposés pour réduire les inégalités environnementales et intégrer l'aspect sanitaire en amont des projets d'aménagement du territoire) s'inscrivait dans ce cadre.

L'ARS a souhaité :

- intégrer la santé environnementale dans les outils de planification : projet d'aménagement d'urbanisme intégrant la santé, Agenda 21 et santé, plan local santé environnement ;
- informer, sensibiliser, éduquer : sur l'occupation des logements, à la qualité de l'air intérieur en milieu scolaire ou encore au jardin ;
- prendre en compte l'impact de l'environnement sur la santé dans l'action publique en intégrant la réduction des inégalités de santé : lutte contre l'habitat indigne, bâtiment accueillant des enfants intégrant les enjeux de santé, plan de prévention du bruit dans l'environnement ;
- gérer des sujets complexes : démarche d'association de la population, charte d'implantation des antennes relais de téléphonie mobile, concertation autour de la vie nocturne en ville, ...

Dans le champ de la santé environnementale, un problème culturel est cependant constaté : les définitions et les pratiques françaises diffèrent des pays anglo-saxons, pour lesquels l'environnement inclut aussi le social. En interne ARS, il a pu être dit que les actions de prévention devraient être centrées sur des comportements et non pas sur la création d'un environnement favorable à la santé (ce qui est beaucoup le rôle de la santé environnementale). Mais au niveau des services de santé environnementale, le risque est d'avoir une approche technique du sujet pouvant être jugée complexe et excluante.

Dans ce contexte les évaluations d'impact en santé (EIS) ont émergé du fait du PRS, dans un environnement national favorable (c'est un objectif de l'InPES). Ce dossier a cependant rapidement été estampillé « santé environnement », alors qu'il s'agit d'un outil portant sur l'ensemble des déterminants de santé, y compris sociaux.

52) Le contrat local de santé est le principal levier de l'ARS pour mobiliser les élus sur l'importance de l'impact sur la santé de leurs politiques

Le contrat local de santé paraît aujourd'hui le bon outil à porter auprès des élus pour inscrire la thématique santé environnement dans leurs réflexions et actions. Les diagnostics locaux contribuent à faciliter cette prise de conscience. Plusieurs contrats locaux de santé comportent des actions en santé environnementale, amorçant ainsi l'articulation entre les différentes politiques (actions de prévention, de soins,...).

Les Plans Santé Environnement (PLASE), visant à mobiliser les collectivités locales sur une approche large sur la santé environnementale ont été globalement un échec. Les collectivités avaient réagi fortement, mettant en avant qu'elles avaient déjà les démarches d'agenda 21, etc... Que c'était une demande de plus. L'ARS a essayé ainsi d'intégrer l'agenda 21, mais cela n'a pas marché, les élus n'y voyant pas d'intérêt sur la santé.

53) Le discours de l'ARS sur le bienfondé du « plaidoyer santé » est connu mais les réalisations restent modestes en termes de transcription dans les plans et programmes des collectivités locales et des services de l'Etat, en dehors de l'expérimentation d'évaluations d'impact en santé dans trois collectivités locales

L'implication de l'ensemble des décideurs publics sur les questions de santé est clairement l'un des enjeux à venir. Lorsqu'il s'agit de santé, on se tourne systématiquement vers les acteurs du soin ou vers l'ARS, comme si c'était l'hôpital, les médecins et les professionnels de la santé qui étaient les seuls porteurs des questions de santé. Or, l'ARS a fréquemment énoncé pendant toute la durée du PRS que l'état de santé d'une population n'était lié qu'à 20% à l'offre de soins et aux soins, les 80% restants étant dus à de nombreux déterminants : environnement, contexte social, comportements, logement... et donc à d'autres politiques publiques (collectivités territoriales, autres institutions de l'Etat) que celles portées par les politiques sanitaires. Les déterminants sociaux, environnementaux, économiques et culturels influencent la santé de la population qui, elle-même, impacte la capacité de la société à se développer. L'ARS collabore ainsi régulièrement avec des partenaires publics qui œuvrent dans des secteurs comme l'emploi, l'éducation, l'habitat, les transports ... pour encourager des politiques en faveur de la santé des populations.

44% des opérateurs de prévention pensent⁴⁰ que les politiques publiques non spécifiquement sanitaires portées par des services de l'Etat ou les collectivités territoriales (ex : urbanisme, transport) prennent davantage en compte l'impact sur la santé de leurs actions et que cette évolution est liée à une action de l'ARS (y compris de sensibilisation auprès des autorités concernées). Il s'agit d'une appréciation plutôt positive de l'action de l'ARS.

Cependant, les faits ne semblent que confirmer partiellement cette appréciation.

⁴⁰ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

- Le PRAPS semble avoir peu influencé les plans et programmes des partenaires car la santé des personnes en grande vulnérabilité y est généralement peu évoquée ;
- La santé environnementale est un sujet sur lequel l'ARS a du mal à intéresser la CRSA ;
- Une démarche d'appel à contribution pour les groupes de travail du PRSE n'a pas abouti.

La question de lieux collectifs où développer ce plaidoyer auprès d'acteurs de politiques qui ne font pas de la santé se pose. Les deux commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) par exemple réunissent des décideurs qui travaillent à la fois sur la santé et sur des politiques favorables à la santé. Or, ce sont principalement les représentants des services santé qui participent. Et en CCPP, comme en CRSA, les élus sont peu présents. Aussi faute de lieux reconnus et identifiés, il n'y a pas de visibilité de la politique de plaidoyer de l'ARS.

Pourtant le discours sur les déterminants de santé (80% *versus* 20%) tenu par l'ARS depuis quelques années est connu et est souvent compris. Il l'est d'autant quand le relais est pris par des têtes de réseau comme l'IREPS. Des discours de type transversaux portant sur les déterminants de santé ou sur le développement durable sont cependant difficiles à entendre chez les élus.

Aussi si le discours de l'ARS est perceptible, il est loin d'être approprié et retranscrit dans les faits.

Il s'accompagne toutefois d'un bruit de fond sociétal. Les questions d'environnement de vie, dans les quartiers par exemple, ou de travail sont de plus en plus évoquées. Beaucoup d'informations transitent via les médias auxquelles les usagers sont réceptifs.

Dans ce contexte, l'Évaluation de l'Impact en Santé (EIS) constitue une démarche et un outil intéressants qui permettent d'informer les décideurs sur les conséquences possibles de leurs décisions sur la santé de leur population.

Les EIS sont soutenues par l'ARS. L'IREPS est également prêt à soutenir le développement de l'EIS. Il faut cependant une sensibilisation forte des collectivités locales.

En 2015, pour initier la démarche, l'ARS a accompagné, notamment financièrement, des collectivités volontaires sur trois projets dans le cadre de contrats locaux de santé ou directement auprès de l'Observatoire régional de la santé : l'insertion d'une maison de santé pluriprofessionnelle dans un projet de renouvellement urbain d'un quartier à Nantes et Saint- Herblain, le programme d'actions de prévention des inondations de Noirmoutier et le réaménagement des espaces publics d'un quartier en renouvellement urbain à Angers. Une évaluation de cette première démarche est prévue afin d'envisager une stratégie de développement de ce type de projet.

L'EIS est également un levier de réduction des inégalités sociales de santé. C'est pourquoi elle est souvent déployée sur des secteurs relevant de la politique de la ville.

Parallèlement l'ARS a intégré dans ses avis et actions en matière d'urbanisme (plan local d'urbanisme, schéma de cohérence territoriale) la prise en compte accrue des enjeux de santé en lien avec l'environnement (déplacements, protection vis-à-vis des nuisances sonores, pollution atmosphérique...).

3. L'ORGANISATION DU PREMIER RECOURS ET SON ARTICULATION AVEC LES SOINS SPECIALISES

Critères d'évaluation
Des réalisations ont été menées en matière d'organisation du premier recours et de son articulation avec les soins spécialisés
Le premier recours est repositionné et articulé avec les soins spécialisés

Conclusion 3 :

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.

3.1 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

54) La stratégie de l'ARS sur la médecine de premier recours, en dehors de la mise en œuvre des autres mesures du pacte territoire santé, a essentiellement porté sur le développement des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels (MSP/PSP)

La stratégie de l'ARS sur les soins de premier recours a principalement porté sur le développement des MSP/PSP et sur l'accompagnement à l'installation des médecins généralistes, dans un contexte de difficultés croissantes d'accès à des équipes de soins primaires. Le pacte territoire santé dans lequel cette stratégie s'est inscrite est un élément de renforcement de l'attractivité des professionnels de santé libéraux mais s'est adressé principalement aux médecins.

Le PRS n'a pas comporté beaucoup d'objectifs portant sur les soins de premier recours, en dehors de la création de structures d'exercice coordonné.

L'agence s'est ainsi appliquée dès 2010 à développer des nouvelles formes d'organisation des soins de premier recours, tels les MSP/PSP, l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR) et à structurer une organisation transversale au sein de l'ARS pour la répartition de l'offre.

L'ARS a ainsi joué, dès sa création, son rôle d'aide et d'accompagnement des professionnels de santé et des élus. Une organisation a ainsi été mise en place pour mieux répondre à ce besoin par l'intermédiaire de divers outils :

-une structure de concertation régionale : le Comité Régional de Concertation des Soins de premiers recours (CORECS). Il représente le niveau stratégique de l'organisation et a un rôle consultatif ;

-des guichets uniques dans chacun des départements : cinq Comités d'Accompagnement Territorial des Soins de premier recours (CATS). Les réunions de CATS ont été très nombreuses (ex : 25 en 2014) ;

-une plate-forme d'appui régionale chargée d'apporter un appui opérationnel aux CATS et de préparer les CORECS (PAPS) ;

-des outils d'accompagnement des projets d'exercice coordonné et des tableaux de bord.

La construction de ce dispositif d'accompagnement et de concertation a nécessité un important investissement de l'ARS et notamment de ses délégations territoriales, via leur rôle d'animation territoriale.

Parallèlement, l'ARS a enclenché en 2011 un processus de contractualisation avec la plupart des unions régionales des professionnels de santé, sur la base d'un « socle commun ». Parmi les actions programmées, figurait l'accompagnement de projets de maisons de santé par des «médecins facilitateurs».

L'ARS a su développer une posture d'accompagnement des acteurs autour de la création des MSP/PSP. C'est au contact direct des professionnels de santé libéraux que se construisent effectivement sur le terrain les actions destinées à garantir l'accès aux soins, avec l'accompagnement et l'instruction des projets de structures d'exercice coordonné.

Ces MSP/PSP constituent l'une des réponses possibles aux mutations du secteur ambulatoire et aux aspirations nouvelles des professionnels. La stratégie de l'ARS dans ce cadre visait à :

-attirer des professionnels de santé dans les territoires notamment fragiles et pérenniser l'accès aux soins sur le territoire ;

-développer au sein de ces structures des projets de santé communs pour assurer notamment la prise en charge coordonnée des patients atteints de maladies chroniques et contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge ;

-améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé ;

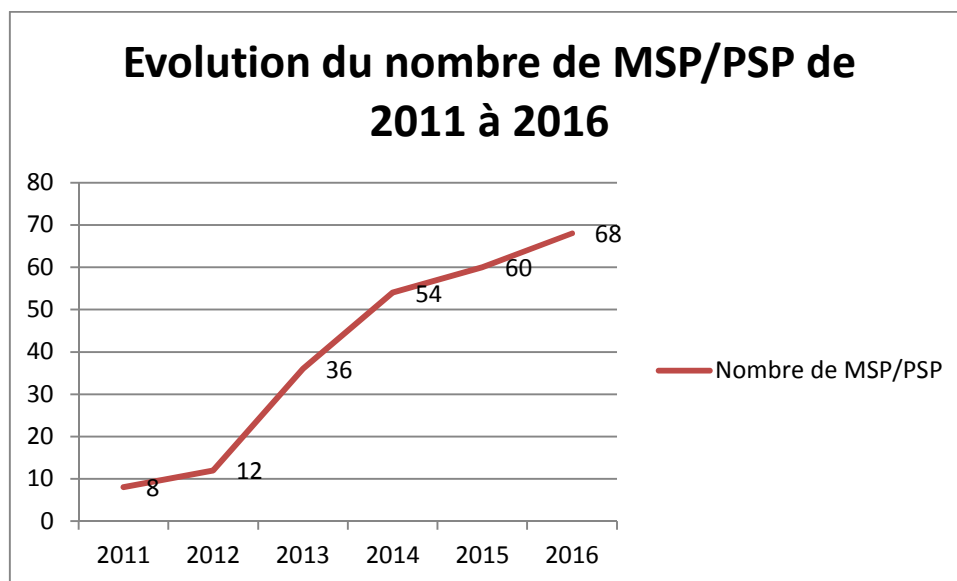
-favoriser la continuité des soins ;

-développer la prévention auprès de la population.

Afin d'accompagner les MSP/PSP dans la mise en œuvre d'actions de coordination entre professionnels et de faciliter la structuration des démarches de prévention, l'ARS Pays de la Loire s'est engagée dans un processus de contractualisation avec ces structures.

Le nombre de MSP/PSP en fonctionnement enregistrés dans l'Observatoire National des MSP, ainsi que dans le répertoire FINESS (projet de santé finalisé, signé de tous les professionnels de santé et structure juridique constituée), a ainsi pu régulièrement augmenter, témoignant de la bonne dynamique de coopération des professionnels de santé et d'une forte mobilisation des collectivités locales et de leurs élus (communes, intercommunalités, Conseils Départementaux,

Conseil Régional...) pour accompagner les réponses en santé dans les territoires. Leur nombre est ainsi passé de 8 en 2011 à 68 à la mi-2016 (cf. graphique ci-dessous).



Le nombre de structures d'exercice collectif développées en milieu ambulatoire (regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours) qui comprend les maisons de santé, les pôles de santé pluriprofessionnels et les centres de santé est un indicateur du PRS. La cible de structures d'exercice collectif évolue chaque année. En Pays de la Loire, de 2011 à 2015, le nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire est passé de 109 à 174. La valeur de l'indicateur a dépassé la cible annuelle depuis 2013 (130/142). La cible fin 2015 était de 170 (58 MSP/PSP, 112 centres de santé).

Les Pays de la Loire sont ainsi la deuxième région en termes de nombre de MSP/PSP, parce que d'une part le terrain était fertile (dynamisme de certains acteurs, historique de cabinets de groupes) et d'autre part que le rôle des institutions a été, peut-on penser, efficace. Cela dit, le « modèle des MSP » s'est développé partout en France. Quels rôles alors attribuer à l'ARS, à ses partenaires, au PRS, à la loi HPST et au pacte territoire santé, aux évolutions des formations initiales ? Les changements de formations se traduisent notamment par le développement des stages de médecine en milieu ambulatoire (100% des étudiants de l'UFR d'Angers en 2015 contre 75% en 2012 et 80% des étudiants de l'UFR de Nantes contre 55% en 2012 réalisent un stage) et par la mise en œuvre à la faculté d'Angers de formation « travailler ensemble » pour les étudiants en médecine, pharmaciens et soins infirmiers ou à la faculté de Nantes d'ateliers de formation interprofessionnelle Médecin/Sage-femme.

Les professionnels de santé rencontrés ont souvent fait valoir que les professionnels se seraient regroupés de toute façon, même sans ARS ou PRS.

Cependant l'attribution de financements et d'aides au démarrage (consultants pour les projets, ENMR, systèmes d'information...) a certainement permis de faire aboutir de nombreux projets. Au lieu de cela, les projets auraient constitué en la création de simples cabinets de groupe. Or, les

jeunes professionnels de santé à la recherche d'un travail réellement collectif demandent aujourd'hui plus qu'un cabinet de groupe.

Un léger tassement de la dynamique de création des MSP/PSP est cependant constaté depuis 2014. Un second souffle paraît nécessaire, au-delà de l'investissement des pionniers. Le métier de professionnel de santé libéral et de médecin généraliste en particulier a fortement évolué ces dernières années. Les conditions d'exercice des professionnels de santé sont par exemple transformées par le rapprochement des universités des maisons de santé (à ce jour, 5 chefs de clinique exercent au sein de MSP/PSP) et le déploiement du protocole ASALEE (dépistage et suivi de pathologies chroniques). Revaloriser les actions coordonnées paraît aujourd'hui nécessaire pour les médecins. Les heures passées en coordination obligent à une baisse de la rémunération, ce que les pionniers ont accepté.

10% environ des professionnels de santé exercent aujourd'hui en MSP/PSP, mais l'alchimie locale professionnels de santé/élus reste souvent difficile et n'est pas duplicable partout. Cela repose sur des exemples modèles de maisons de santé et sur quelques personnalités médicales pour promouvoir ce modèle. De plus, une structure d'exercice coordonné peut ne pas être pérenne.

Parallèlement, les établissements de santé ont été incités à favoriser l'implantation et le travail des MSP/PSP. 78% des établissements de santé ont eu un objectif dans leur CPOM sur l'organisation du premier recours et de son articulation avec les soins spécialisés. Cela représente 15% de l'ensemble des objectifs des CPOM des établissements de santé. Les difficultés de gestion constatées au sein des MSP/PSP rapprochent ces structures des difficultés éprouvées par les établissements de santé.

55) L'ARS n'a ni promu ni encouragé le développement ou une évolution des centres de santé polyvalents, à côté du développement des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels

Il y a lieu de distinguer deux types de centres de santé, fonctionnant avec du personnel salarié :

-les centres de santé pluriprofessionnels ou polyvalents (CSP), axés sur les populations précaires et souvent dans des quartiers difficiles, promus au niveau national, pouvant être gérés par des collectivités locales ;

-les centres de soins « mono professionnels » : infirmiers, dentaires (mutualistes), médicaux (avec parfois pour ces centres médicaux, 1 ou même 0,5 médecin). Dans ce cas, il n'y a pas de coordination pluriprofessionnelle ou de public ciblé.

En 2016, la région des Pays de la Loire comptait ainsi selon l'ARS 114 centres de santé : 72 centres de soins infirmiers, 29 centres de santé dentaires, 10 centres médicaux et 3 centres polyvalents. Certaines collectivités locales ont souhaité créer des centres médicaux.

Les projets de santé des centres de santé sont transmis à l'ARS pour enregistrement. L'agence n'émet généralement pas de remarques, en dehors de questions sur la continuité des soins.

Le développement de centres de santé polyvalents n'a pas été encouragé par l'ARS aux côtés du modèle libéral des MSP/PSP. La volonté de l'ARS a été de privilégier les initiatives des acteurs de terrain libéraux et donc de ne pas imposer de centre de santé. Compte tenu des difficultés de démographie médicale sur certains territoires qui ne trouvent pas de solution libérale, la question

de travailler sur des hypothèses de centres de santé est aujourd'hui évoquée par l'agence, que ce soit dans le cadre de la politique de la ville pour certains quartiers ou par le recrutement de médecins dans un centre de soins infirmiers. Le centre de santé a pu être considéré comme l'ultime solution face à un constat de carence totale de libéraux, dans une optique de pluri-professionnalité.

Cette problématique de la complémentarité entre les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels et les centres de santé n'est donc pas aboutie. La place des centres de santé et des structures salariées à côté du secteur libéral n'a pas été investie, que ce soit par l'ARS ou par ses partenaires tel le Conseil Régional. Au sein du CORECS, par exemple, il n'y a pas de représentants des centres de santé. Une instruction nationale récente nécessite d'associer les représentants de centres de santé dans le cadre du financement des centres de santé dans les quartiers prioritaires de la ville. L'ARS a envisagé d'élargir la composition du CORECS pour y accueillir les représentants des centres de santé et ainsi d'initier des échanges.

56) L'ARS a fortement soutenu et accompagné, y compris sur le plan financier, le développement des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels au niveau régional, comme au niveau territorial, en s'appuyant étroitement sur les acteurs de santé libéraux (unions régionales de professionnels de santé libéraux, association des pôles et maisons de santé libéraux)

L'URPS médecins libéraux et l'ARS se sont très vite accordés, via la contractualisation, sur la mise en œuvre d'un certain nombre d'actions visant notamment à accompagner les projets de regroupements de professionnels en lien avec les comités d'accompagnement territorial des soins de premier recours (CATS). A titre d'exemple, une dizaine de « médecins facilitateurs » ont été formés par l'URPS médecins libéraux pour accompagner des projets de maisons de santé sur le territoire ou résoudre des difficultés ponctuelles identifiées dans cette perspective.

L'évolution des pratiques vers une activité pluriprofessionnelle des acteurs de santé libéraux nécessite un tel accompagnement. L'agence a été très porteuse de ce mouvement, promouvant clairement cet exercice pluriprofessionnel. Mais elle a aussi suivi la volonté des différents professionnels, notamment des plus jeunes, qui souhaitaient de nouvelles modalités d'exercice.

Le fonds d'intervention régional (FIR) a été mobilisé annuellement dans le cadre de la contractualisation avec des MSP/PSP sur des objectifs de prévention et de coordination, au cas par cas, à côté de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération qui concernaient certaines structures (19 au total ont pu bénéficier de ces nouveaux modes de rémunération). En Pays de la Loire, des financements FIR ont ainsi été accordés à des MSP/PSP, au contraire d'autres régions.

Parallèlement, l'ARS Pays de la Loire a décidé d'accompagner les maisons de santé pour la mise en place d'un système d'information pluriprofessionnel. Dans ce cadre, elle a proposé aux structures une assistance à maîtrise d'ouvrage assurée par le GCS e-santé ainsi qu'une dotation financière pour l'achat d'un logiciel labellisé par l'ASIP, son déploiement dans les structures et la formation des professionnels de santé à son utilisation. Mais ces logiciels bien que labellisés fonctionnent plus ou moins bien.

Enfin, l'ARS a aidé financièrement dès 2013 l'Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux (APMSL) pour le fonctionnement de la structure et également sur la mise en place

d'actions d'accompagnement des MSP/PSP. L'objectif est de rendre autonomes les équipes pluriprofessionnelles dans la mise en œuvre de leur projet de santé, en les aidant à s'approprier les compétences nécessaires.

Le 23 février 2015, un arrêté ministériel a approuvé un règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité afin de pérenniser les nouveaux modes de rémunération (NMR). L'objectif des NMR était d'inciter et de valoriser les actions coordonnées et la structuration des professionnels de santé en maison de santé. La généralisation a été ressentie par les équipes ne disposant d'aucune aide comme une reconnaissance du travail accompli. L'année 2015 a donc été marquée par la généralisation des rémunérations d'équipe dans le cadre du règlement arbitral, ce qui a constitué l'aboutissement de l'expérimentation en cours depuis 2010. Aussi, la contractualisation avec les MSP/PSP qui était portée par l'ARS de Pays de la Loire a été réorientée en 2015 dans la perspective d'un accompagnement des acteurs vers l'atteinte des engagements sociaux du règlement arbitral. Des contrats FIR ont été signés pour permettre la transition avec le règlement arbitral. Le rôle de l'APMSL a été étendu à l'aide à la création des MSP/PSP.

Les modalités d'accompagnement et de financement des MSP/PSP ont donc pu évoluer au fil du temps et s'adapter aux modifications réglementaires.

Si depuis début 2016 l'APMSL s'est vue confier par l'ARS le rôle d'accompagnement des projets de MSP, c'est qu'elle a une compétence en montage et suivi de projet et qu'elle a l'habitude de travailler avec les professionnels de santé libéraux. Mais c'est une gestion non complètement déléguée. L'équipe d'accompagnement est en fait constituée d'un binôme APMSL/ARS (délégation territoriale). Ce binôme remplace le binôme ARS (délégation territoriale)/membre du CATS prévu à l'origine, mais qui n'avait pas bien fonctionné partout.

Le travail d'accompagnement des MSP/PSP est désormais réalisé à 3 partenaires : ARS, assurance-maladie et APMSL.

La dynamique au regroupement ne peut partir que des professionnels de santé eux-mêmes. Cela apparaît comme une condition de réussite. Un accompagnement est cependant nécessaire, y compris dans le cadre de liens avec les collectivités locales (communes, intercommunalités, Conseils Départementaux, Conseil Régional). L'ARS a montré qu'elle était réellement en mesure d'animer les acteurs du premier recours, en collaboration avec ses représentants. La réponse à la nécessité d'un dialogue au quotidien avec les professionnels du premier recours a été bien apportée par les délégations territoriales de l'ARS. Ses représentants reconnaissent que les Pays de la Loire est l'une des régions où il y a eu le plus d'accompagnement par une ARS, via particulièrement ses délégations territoriales, qui « n'était pas là uniquement pour tenir le porte-monnaie ». Un respect mutuel entre l'ARS et les acteurs de premier recours s'est construit au fil du temps. Le passage au règlement arbitral a pu inspirer des craintes de désengagement de l'agence sur ce dossier.

Quelques projets phares d'exercice pluriprofessionnel regroupé ont ainsi émergé en Pays de la Loire, avec un vrai projet de santé associant la dimension sanitaire, sociale, médico-sociale et préventive. Ces projets-pilotes ont vocation à entraîner les professionnels, à se diffuser. Ces organisations sont cependant fragiles et il a été demandé à l'ARS de ne pas trop les charger de ses attentes et de ses demandes d'innovations.

57) L'ARS a développé une approche territoriale pour accompagner la création des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels

Une bonne alchimie a pu être trouvée entre un projet de territoire et un accompagnement adapté et proactif de l'ARS, du fait que l'ARS n'a pas posé de cadre trop rigide.

Une des spécificités de la région des Pays de la Loire est que les structures d'exercice coordonné sont souvent multi-sites, car souvent portées par des communautés de communes, ce qui correspond d'ailleurs souvent à la demande des professionnels. C'est atypique par rapport à d'autres régions.

En Pays de la Loire, les MSP/PSP ont des effectifs plus importants du fait de cette approche territoriale, avec des cabinets satellites et la récupération de professionnels isolés (nombre moyen de professionnels par MSP/PSP en France de 12 et en Pays de la Loire de 20 selon l'APMSL).

Grâce au développement des contrats locaux de santé, des réflexions sur des spécificités territoriales peuvent orienter des projets de MSP/PSP. La création de MSP/PSP a pu aussi à l'inverse entraîner une réflexion sur la création d'un CLS.

L'accompagnement et le déploiement des MSP/PSP se sont basés sur l'objectif de disposer d'un projet de santé avant même de concevoir un projet immobilier. Il a fallu pour l'ARS (il lui faut toujours) convaincre les collectivités locales et les services de l'Etat (préfecture) qu'il ne fallait pas financer « à l'aveugle » des bâtiments, en pensant que cela attirerait automatiquement des médecins. Aussi bien l'Etat (Dotation d'Équipement des Territoires Ruraux) que les collectivités locales (communes, Conseils Départementaux, Conseil Régional) disposent de fonds pouvant financer des investissements. Des « murs » sans projet ou bien un médecin isolé dans une commune ne peuvent apporter la bonne réponse. L'ARS a ainsi déployé une stratégie sur une base territoriale plus large que celle de la commune. Désormais, les projets de santé doivent être validés par les comités d'accompagnement territorial des soins de premier recours. Ces derniers réfléchissent aussi sur les maisons médicales de garde, la permanence des soins ambulatoires. Ils ont une vision territoriale englobant les communes voisines concernées par l'implantation d'une structure d'exercice coordonné.

Les délégations territoriales de l'ARS ont adapté leur accompagnement aux réalités de chaque territoire, en fonction des élus et des acteurs locaux. L'agence est devenue un interlocuteur crédible auprès d'eux.

Le déploiement des MSP/PSP est clairement une réponse aux inégalités territoriales de santé, face aux problèmes de démographie sanitaire. La démographie des professionnels de santé est une problématique au croisement de la santé et de l'aménagement du territoire : un territoire sans professionnel de santé n'attire ni population, ni entreprise. C'est une raison pour laquelle les collectivités locales s'investissent sur ce sujet, en complémentarité avec les actions et les financements de l'ARS. C'est une priorité d'un Conseil Départemental, qui y consacre de plus en plus de moyens financiers, disposant notamment d'un chargé de mission sur la démographie médicale et finançant des stages d'étudiants en MSP/PSP. Le Conseil Régional entend promouvoir l'accès à la santé de tous sur l'ensemble du territoire ligérien en accompagnant la création de maisons de santé dans le cadre d'un plan régional d'accès à la santé. Le Conseil Régional a évoqué la notion de « fracture sanitaire » progressivement installée dans la région. L'ARS et le Conseil Régional ont accru leur mise en synergie. Le Conseil Régional siège désormais au CORECS. Le

suivi des projets de santé et des financements se fait maintenant en commun. L'avis favorable en CATS est obligatoire avant un financement du Conseil Régional. Une convention Conseil Régional/APMSL est envisagée pour augmenter le soutien à cette association. Le Conseil Régional souhaite que ces MSP/PSP soient adossés à un contrat local de santé pour prendre en compte la problématique d'un territoire dans sa globalité.

La santé n'est pas un équipement qui peut se dissocier des autres services. Il convient de mutualiser l'ensemble des moyens publics dans une même commune pour être efficace et efficient car les investissements sont lourds pour permettre l'accessibilité aux différents services (routes, numérique...).

58) Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels ne se sont pas déployés de façon homogène sur les territoires et leur développement connaît maintenant des limites

Les MSP/PSP se sont surtout développées en zone rurale mais encore peu dans les zones urbaines et notamment dans les quartiers prioritaires. Ils ont été créés le plus souvent en réponse à des problèmes locaux de démographie médicale.

On constate une assez bonne concordance entre l'implantation des MSP/PSP et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance, sauf en Sarthe et un peu en Vendée (cf. carte ci-après), mais des inégalités territoriales d'implantation fortes entre rural/urbain et entre départements sont visibles. Cinq territoires fragiles ont été identifiés sur la région sans MSP/PSP et sans dynamique professionnelle (4 en Sarthe, 1 en Vendée). Il existe des territoires urbains où l'accessibilité géographique ne pose pas problème mais où il existe des difficultés à s'inscrire chez un médecin traitant et de trouver une réponse de demande de soins non programmés (exemples : Laval, Château-Gontier, La Roche-sur-Yon...). Ces territoires urbains ne sont pas reconnus comme des territoires fragiles et ne sont pas éligibles à des aides, alors que les médecins ont beaucoup d'activités, peinent à trouver des remplaçants, ne voient pas venir de nouveaux médecins s'installer, ont des cabinets pas ou peu accessibles au handicap, ont une moyenne d'âge élevée, refusent de nouveaux patients... De toute façon, il sera difficile, selon l'ARS, d'aller au-delà d'une à deux structures d'exercice coordonné en ville.

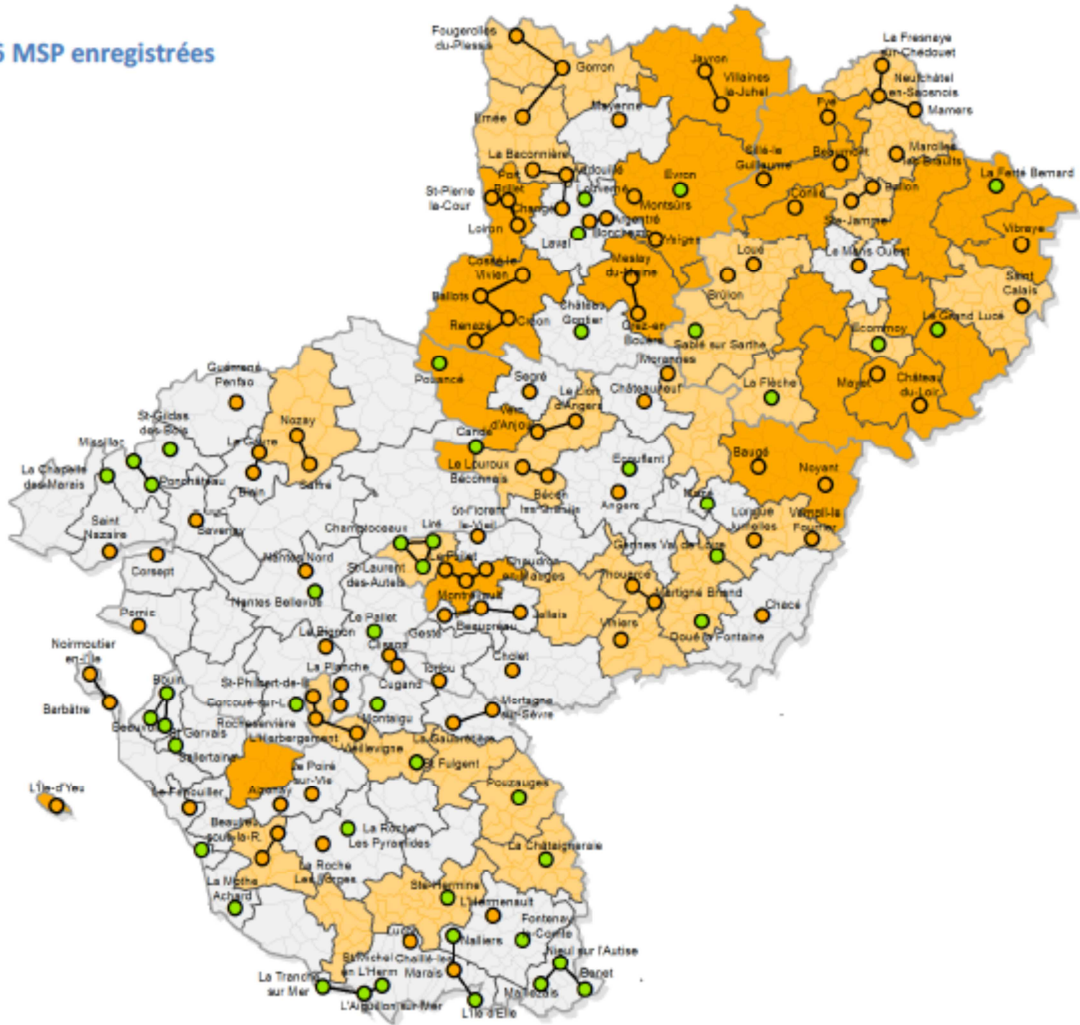
L'ARS a joué son rôle d'incitation auprès des professionnels de santé libéraux et des élus sur l'ensemble de la région. Mais il existe des zones dans la région où il ne s'est rien passé, il ne se passe encore rien, alors qu'il faut généralement des années pour concrétiser des projets.

La Loire-Atlantique, compte tenu de sa population et du nombre de professionnels de santé libéraux, a un nombre de structures d'exercice coordonné relativement faible. Les professionnels de la côte atlantique ne se sont pas beaucoup mobilisés, au contraire par exemple du nord et de l'ouest du territoire rural mayennais. Les élus de communes urbaines se sont en général beaucoup moins mobilisés que les élus de communes rurales. 5 MSP/PSP sur 66 sont implantés dans une des villes de préfecture de la région.

Début 2016	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région
Nombre de MSP	12	18	10	14	12	66

Maisons de santé pluriprofessionnelles en Pays de la Loire en juin 2016

66 MSP enregistrées



ARS Pays-de-la-Loire – Direction Accompagnement et Soins – Département Accès aux Soins de Proximité 2015
 © Données cartographiques : IGN GEOFLA®

Sources : ARS Pays de la Loire, juin 2016.



Les structures d'exercice coordonné ont des limites. Elles portent notamment sur l'autonomie et la liberté ressenties des professionnels de santé libéraux et sur les modalités de rémunération de la coordination.

Concernant cette volonté de liberté, il convient de noter que certaines structures ne demandent pas de financement. Elles sont peu nombreuses, c'est *a priori* une question de principes, mais l'ARS émet des doutes sur leur fonctionnement véritable en structures d'exercice coordonné. De toute façon, le financement à l'acte pose problème. Si la maison de santé pluriprofessionnelle peut recevoir des financements pour la coordination de ses professionnels, si le projet PAERPA peut financer des médecins isolés de même que le protocole ASALEE, l'accompagnement financier des professionnels de santé s'ils ne sont pas en MSP/PSP pose par ailleurs problème.

Ces limites sont liées également à la présence d'un *leadership* local ou non. Un *leadership* local est en effet essentiel sur un territoire donné pour le développement d'un exercice coordonné. C'est un problème bien identifié en Sarthe et dans certaines zones de Vendée.

L'accompagnement de l'ARS s'est d'ailleurs surtout déroulé sur les territoires dynamiques, laissant de côté un certain nombre de territoires fragiles où il ne s'est rien passé. Les comités d'accompagnement territorial des soins de premier recours (CATS) par exemple se sont prioritairement intéressés au modèle des MSP/PSP. Comment mobiliser les acteurs dans des zones déficitaires est une question récurrente pour l'ARS. S'il n'y a pas de possibilité de créer une structure d'exercice coordonné, il lui incombe de trouver des solutions pour permettre l'accès aux soins de la population locale tout en évitant un recrutement inapproprié de médecins par les collectivités locales. Il existe un enjeu majeur d'accompagnement des acteurs, que l'ARS ne peut pas laisser travailler tous seuls...

Les inégalités territoriales d'accès aux soins primaires ont ainsi pu être aggravées, car l'ARS a accompagné les professionnels de santé des territoires les plus dynamiques au détriment des autres territoires.

Or une maison de santé n'est peut-être pas la solution unique pour ces autres territoires. Avec actuellement près de 70 MSP/PSP reconnus et près de 30 en projet, le plafond de déploiement de ce modèle va être atteint. D'autres solutions sont envisagées sur les territoires fragiles : centres de santé, cabinets de groupe, mobilisation de médecins retraités Pour un certain nombre d'acteurs rencontrés, le PRSE 2018-2022 devra apporter des réponses à des questions du type : comment identifier les territoires avec défaut d'exercice coordonné ? Comment cibler les structures d'exercice coordonné là où il y a le plus de besoin ? Quels territoires privilégier : avec ou sans dynamisme local ?...

L'ARS a su contractualiser avec le bon opérateur (l'APMSL), soutenu par l'URPS médecins libéraux pour progresser en matière de développement des structures d'exercice coordonné. Des projets nécessitent encore un accompagnement pour franchir la dernière marche qui les sépare du modèle « maison de santé pluriprofessionnelle ». Mais qu'en est-il des autres solutions ?

La question du territoire pertinent se pose désormais pour aller dans ces territoires en difficulté : en zone rurale, ce pourrait être par exemple le territoire de garde, mais en ville, en infra communal, ce pourrait être les territoires de la politique de la ville. Créer des MSP/PSP dans des quartiers prioritaires de la ville nécessite à la fois la présence d'acteurs militants sur place et un fort accompagnement de l'ARS.

Dans ce contexte, l'apport des nouvelles technologies de l'information et de la communication et notamment l'« uberisation » de la santé (exemple : plateformes de rendez-vous) devra être intégré à la réflexion.

59) *Quand il y a création d'une maison de santé sur un territoire, l'accessibilité de l'offre en premier recours en est généralement améliorée, notamment quand l'organisation est multi-sites, et la prise en charge globale des patients en est facilitée*

71% des professionnels des MSP/PSP comme des professionnels des établissements de santé⁴¹ considèrent que l'émergence de structures d'exercice coordonné dans le territoire où ils exercent a amélioré l'accessibilité à l'offre de premier recours pour les usagers.

L'impact de la création d'une structure d'exercice coordonné sur l'accessibilité de l'offre de premier recours est cependant diversement apprécié selon les usagers. La création d'une telle structure sur un territoire fait diminuer la crainte de dégradation de l'accès aux soins. Certains usagers changent même de médecin au profit d'un médecin exerçant en MSP/PSP, pour s'assurer de la pérennité des prises en charge. Les MSP/PSP disposent souvent de locaux neufs et accessibles aux personnes âgées et handicapées, ce qui est une plus-value. Le regroupement de professionnels sur des sites regroupés et le remplacement aisé d'un des professionnels en cas d'indisponibilité par un autre sont plébiscités par les patients.

D'un autre point de vue, quand il y a un regroupement des médecins sur un seul site, il peut exister du coup des problèmes de déplacement en l'absence de transport en commun. Il faut alors faire appel à un proche pour se rendre à la structure. L'accès aux soins est donc difficile pour certains patients et dans certaines zones (personnes isolées, transports en commun non rentables, taxis trop chers, refus de visite à domicile par certains médecins...). Par ailleurs, il a pu être rapporté qu'une maison de santé n'acceptait pas de nouveaux patients.

L'organisation en MSP/PSP est de nature à favoriser l'accès géographique aux soins d'autant plus si elle est multi sites.

Les difficultés d'accès aux soins primaires en zone urbaine sont assez mal identifiées.

Si l'apport des MSP/PSP pour lutter contre les problèmes de démographie médicale et faire travailler ensemble des professionnels est reconnu, l'amélioration des prises en charge est plus difficile à mettre en évidence. Les MSP/PSP favorisent potentiellement la prise en charge globale du patient de par cette coordination des acteurs. L'ARS Pays de la Loire s'est d'ailleurs mobilisée sur le financement et le développement des MSP/PSP avec des objectifs de prévention et de coopération, notamment sur les maladies chroniques, dans l'optique d'une meilleure prise en charge des patients. L'objectif des MSP/PSP est que, grâce à une meilleure organisation des professionnels de santé entre eux autour du parcours de leurs patients, la prise en charge soit mieux assurée.

L'ensemble des professionnels rencontrés reconnaît la plus-value des MSP/PSP au travers notamment du projet médical partagé, de la coordination des acteurs et de l'organisation de la prise en charge globale de la personne. En l'absence d'une fonction de coordination reconnue, la coordination des différents professionnels au sein d'une maison de santé et avec les partenaires externes peine cependant à se concrétiser.

⁴¹ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

60) Le développement des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels a un impact reconnu sur la démographie des professionnels de santé, en particulier des médecins

Les aspirations des jeunes médecins généralistes ont changé. Ils plébiscitent généralement le travail en structure d'exercice coordonné, ne souhaitant plus travailler en professionnel isolé. Ils veulent évoluer dans un contexte collectif et pluriprofessionnel, bénéficiant de modalités d'exercice diversifiées et d'une articulation harmonieuse entre la vie familiale et la vie professionnelle. Le partage exercice libéral/exercice institutionnel est par ailleurs plébiscité (exemple : maison de santé/EHPAD), mais il faudrait faire évoluer la réglementation pour le faciliter dans certains cas.

Il existe actuellement un déficit d'attractivité du métier de médecin généraliste : au niveau national, seuls 20% des médecins généralistes s'installent en libéral dans les 5 ans. Cependant une étude de l'Université d'Angers a montré sur le territoire d'Angers entre 2010 et 2014 que 35% des 300 internes suivis se sont installés de plein exercice, 10% en tant que collaborateur libéral et 21% sont devenus remplaçants. Ce qui est beaucoup plus. Une enquête plus détaillée sur l'ensemble de la région devrait être menée.

Les MSP/PSP ont eu un effet très positif sur les modalités de travail des professionnels. On peut penser qu'elles participent au maintien de l'offre de soins en attirant des nouveaux professionnels.

Un autre outil qui apparaît également très pertinent pour attirer des jeunes médecins est l'accueil de stagiaires en médecine générale. D'autres leviers sont également considérés comme attractifs : permanence des soins organisée, articulation avec le second recours, projet PAERPA...

Pour beaucoup d'acteurs rencontrés, les installations et les remplacements de jeunes médecins concernent désormais prioritairement les MSP/PSP. Si les jeunes médecins s'installent volontiers en MSP/PSP, l'ARS ne dispose pas de données précises sur le sujet. En Mayenne, les acteurs rencontrés s'accordent à penser que la création des MSP/PSP a amélioré la situation locale par leur contribution à la résorption du départ des médecins, en ayant permis à des jeunes médecins de s'installer. La plupart des infirmiers du protocole ASALEE exercent en MSP/PSP mais pas tous.

L'impact sur la démographie médicale a été cependant moindre que souhaité, le modèle des MSP/PSP restant très minoritaire. La question du remplacement des professionnels de santé exerçant dans ces MSP/PSP lorsqu'ils vont partir en retraite se pose par ailleurs. Certains acteurs ont pu émettre l'idée qu'un tel professionnel de santé pourrait devoir être remplacé par deux – voire trois – nouveaux professionnels afin de conserver la même quotité de travail hebdomadaire.

La création de MSP/PSP peut apparaître sécurisante. Elle a en partie compensé les nombreux départs à la retraite des médecins en Mayenne. Là où leur densité est moindre, comme en Sarthe, la situation apparaît préoccupante aux acteurs.

Les structures d'exercice coordonné sont un modèle dominant, sécurisant, *a priori* pérenne, mais il ne peut pas être exclusif. Il peut permettre aux professionnels de santé de programmer une étape de leur parcours professionnel (installation en durée déterminée de 10-15 ans, sans nécessité d'investissement important).

61) Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels n'ont pas tous atteint le même niveau de maturité, notamment en matière de projets de santé

Si les modes d'exercice regroupé (MSP/PSP en particulier) sont en nette progression depuis cinq ans dans la région, ces organisations demeurent fragiles et doivent encore gagner en maturité. Elles n'ont actuellement pas toutes atteint le même niveau d'avancement.

L'organisation et le maillage des maisons de santé ont été prioritaires dans un premier temps, afin de pouvoir ensuite développer une approche populationnelle territoriale, comportant des actions de prévention et de santé publique. La première étape du modèle MSP/PSP est désormais atteinte. La deuxième étape telle que visée par l'ARS et l'APMSL est la montée en puissance de ces structures via notamment le renforcement du rôle des infirmiers au sein des équipes pluriprofessionnelles (levier possible : délégations de tâches).

La plus-value la plus mise en avant des MSP/PSP est leur projet de santé pluriprofessionnel ancré dans un territoire. C'est le discours porté à la fois par l'ARS et par les professionnels de santé eux-mêmes (URPS, APMSL...), même si les élus trouvent que le temps de maturation d'une maison de santé pluriprofessionnelle est généralement trop long. Les MSP/PSP apparaissent comme le projet le plus abouti des projets d'intégration des professionnels de santé. Mais les professionnels doivent au préalable constater les apports de la coordination, par paliers successifs.

Les projets de santé des MSP/PSP sont axés sur deux volets : les protocoles médicaux, que chaque professionnel de santé doit ainsi investir au mieux (maladies chroniques, suivis de grossesse, notamment) et les réunions de coordination des cas complexes. Ils sont plus ou moins développés selon les structures.

L'ARS n'a pas fortement incité à la mise en œuvre de protocoles de coopération selon le modèle HAS. Elle a incité au développement de travaux partagés et à l'organisation de modes de travail entre professionnels de santé. Chacun reste dans son domaine de compétences. Le contre-exemple est cependant le protocole ASALEE développé dans la région.

62) L'évolution de l'articulation entre les acteurs du premier et du second recours, liée à la création des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, n'apparaît pas clairement et nécessiterait d'être analysée

Huit spécialités médicales ont été considérées comme en difficulté dans la région sur le plan de la démographie : pédiatrie, radiologie, cardiologie, ophtalmologie, obstétrique, psychiatrie, dermatologie, anesthésie. Elles ont été mises sous surveillance par l'ARS et ont donné lieu pour certaines d'entre elles à des mesures spécifiques.

Dans ce contexte, l'articulation entre les professionnels du premier et du second recours apparaît perfectible. Selon l'évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique⁴², les médecins généralistes rencontrent souvent (45%) ou parfois (52%) des difficultés pour orienter leurs patients vers d'autres professionnels de santé (médicaux et paramédicaux). Un lien insuffisant a d'ailleurs été constaté par les patients⁴³

⁴² Enquête auprès des médecins généralistes - 2014

⁴³ Enquête auprès des patients- 2014

lors de cette même évaluation entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes, surtout hospitaliers, mais ce constat est variable selon les pathologies. Près des trois-quarts des patients jugent la coordination entre les professionnels de santé plutôt bonne, voire très bonne, avec un avis plus nuancé sur la coordination ville-hôpital qui n'est pas aussi satisfaisante.

Les relations entre les professionnels de santé restent globalement peu fluides, et très « professionnels-dépendantes ». L'articulation ville-hôpital, indispensable à la mise en place de l'accompagnement et au maintien des acquis du patient, n'associe pas suffisamment l'ensemble des professionnels de ville (santé, médico-social et social), malgré des initiatives locales intéressantes. Selon l'évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique⁴⁴, plus de la moitié des médecins spécialistes ont ainsi organisé une réponse téléphonique en journée au profit des médecins généralistes de leur secteur d'activité.

Les relations ville-hôpital restent difficiles et marquées d'incompréhensions réciproques selon les conclusions de l'ensemble des évaluations intermédiaires du PRS.

Cette articulation peut cependant s'améliorer par la création des MSP/PSP. C'est l'une des conclusions de l'évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique. L'organisation en MSP/PSP apparaît ainsi potentiellement facilitatrice de relations plus étroites entre médecins généralistes et médecins spécialistes : facilités pour des consultations avancées, possibilité de coordonnateur, présence d'une infirmière, possibilité de la télémédecine... Encore faut-il que les praticiens ne travaillent plus de manière individuelle. Les médecins généralistes s'appuient encore beaucoup sur des pratiques individuelles vis-à-vis des professionnels du second recours.

66% des professionnels des établissements de santé⁴⁵ pensent que l'émergence de structures d'exercice coordonné (pôles et maisons de santé pluriprofessionnels) sur leur territoire a permis le développement d'une prise en charge des usagers articulée entre les différents professionnels de santé sur le territoire. Ils sont encore plus (91%) chez les professionnels des MSP/PSP à le penser. 63% des professionnels des établissements de santé pensent que l'émergence de structures d'exercice coordonné sur leur territoire a amélioré l'échange d'informations entre les professionnels de santé du territoire. Là aussi, ils sont encore plus nombreux (93%) chez les professionnels des MSP/PSP à le penser.

La démarche de s'appuyer sur des MSP/PSP est *a priori* intéressante car elle permet de focaliser des actions avec des groupes pluriprofessionnels plutôt qu'avec une multitude d'acteurs sur un territoire. L'articulation entre des maisons de santé et des directions d'hôpital n'apparaît cependant pas encore naturelle. 25% des 122 CPOM signés par l'ARS avec des établissements de santé comportent d'ailleurs des objectifs en matière de lien avec les MSP/PSP.

Selon l'évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique⁴⁶, de nombreux médecins spécialistes (plus du tiers en général, près de la moitié chez les plus jeunes) seraient prêts à participer, sous certaines conditions, à des consultations délocalisées au sein de maisons de santé (plus du ¼ seulement seraient prêts à participer à une telle consultation au sein d'un cabinet de médecins généralistes). Dans les cahiers

⁴⁴ Enquête auprès des médecins spécialistes- 2014

⁴⁵ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

⁴⁶ Enquête auprès des médecins spécialistes- 2014

des charges des MSP/PSP, il n'y a cependant bien souvent pas de locaux prévus pour des consultations spécialisées avancées.

Pour la psychiatrie, de nouvelles mesures ont fait l'objet d'un financement en 2012 permettant de renforcer les temps médicaux et la participation aux activités de maisons de santé. Des liens étroits ont pu être créés (exemple : locaux d'un centre médico-psychologique dans une maison de santé).

Peu de MSP/PSP disposent aujourd'hui de consultations avancées. Elles posent des problèmes juridiques et financiers, notamment aux médecins spécialistes libéraux. Il est plus facile de les organiser dans un hôpital de proximité ou dans une maison de santé adossée à un hôpital de proximité.

Les établissements de soins de suite et de réadaptation ont également été invités à proposer des consultations avancées. Mais il a été évoqué un manque de budget pour développer ces consultations et les déplacements des professionnels. Concernant la venue d'ergothérapeute, il n'y a pas de financement prévu par l'assurance maladie. Comment faire alors en dehors des équipes d'appui en adaptation et réadaptation ?

Quand les consultations avancées ne sont pas possibles, notamment pour certaines spécialités, la télémédecine peut représenter une alternative. Aujourd'hui, le système n'est cependant pas incitatif, face à la possibilité gratuite pour un médecin généraliste de signer un bon de transport sanitaire pour une consultation spécialisée. Un projet de télémédecine pour une seule maison de santé est difficile à mener. Elle a été mise en place au sein de plateaux techniques installés en maison de santé. La maturation professionnelle sur la télémédecine progresse. L'URPS médecins libéraux est engagée dans cette évolution. Changer les modes de travail, c'est long mais c'est un préalable avant la mise en place d'un outil technique nouveau.

Si l'ARS incite à la création de consultations avancées spécialisées en MSP/PSP, cette articulation entre les maisons de santé et les médecins spécialistes est également promue via la mise en place de coordonnateurs au sein des MSP/PSP.

Du fait de la forte densité des hôpitaux de proximité dans la région, une orientation de leur part comme plateforme d'appui au premier recours a été envisagée : développement des consultations spécialisées avancées, localisation des maisons médicales de garde, création d'équipes d'appui en adaptation et réadaptation au premier recours pour la vie à domicile. Via leurs CPOM, l'ARS a incité au développement de consultations avancées dans les hôpitaux de proximité, avec des résultats variables selon les territoires.

Le nombre de médecins ayant une activité multi-sites (indicateur PRS) a peu évolué entre 2011 et 2015 (+8%), et de manière très irrégulière. En outre, le volume de praticiens concernés (224 en 2015) se répartit entre 19 spécialités. Au mieux (ophtalmologie et cardiologie), cela représente un peu plus de 50 praticiens. Pour 13 des 19 spécialités examinées, le nombre de praticiens concernés est inférieur à 10 par spécialité.

Les partenaires de l'ARS tels le Conseil Régional s'intéressent désormais à cette articulation entre les professionnels du premier et du second recours.

L'intégration par ailleurs de réseaux de santé au sein de MSP/PSP peut faciliter le recrutement de patients. Le réseau diabète de la Mayenne compte environ 25% de sa file active à Craon-Renazé (alors que ce territoire ne regroupe que 10% de la population). Cela est dû aux contacts directs des

professionnels concernés au sein des murs de la maison de santé. Il y aurait également moins d'adressage vers les hôpitaux et moins de ré-hospitalisations.

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) pourraient être un lieu privilégié pour travailler sur les consultations spécialisées avancées. Ils vont également traiter de la télémédecine.

Beaucoup de MSP/PSP ont souhaité travailler sur les entrées/sorties de l'hôpital, mais c'est un sujet difficile à faire avancer concrètement. La coopération est plus facile quand il s'agit d'un hôpital de proximité (mêmes médecins dans les deux structures). Peu de CPOM de maisons de santé comportent des objectifs portant sur les sorties d'hospitalisation. La loi de modernisation du système de santé a rendu obligatoire, pour les établissements de santé, de produire des certificats de sortie/fiches de liaison, ce qui va faire évoluer les pratiques professionnelles.

Dans le cahier des charges des projets médicaux des MSP/PSP, il manque une rubrique sur les liens avec les établissements de santé. Une structure d'exercice coordonné facilite pourtant en théorie les échanges entre la ville et l'hôpital. Quand un médecin généraliste est isolé, il risque plus souvent d'envoyer son patient directement aux urgences.

47% des professionnels des établissements de santé⁴⁷ pensent que l'émergence de structures d'exercice coordonné sur leur territoire a facilité l'accès aux professionnels de santé spécialisés (orientations du patient en relative proximité, télémédecine, consultations avancées de spécialistes...). C'est à peu près le même pourcentage (43%) chez les professionnels des MSP/PSP. Mais 32% des professionnels des MSP/PSP pensent cependant le contraire.

L'appréciation de ce travail sur les entrées/sorties d'hôpital est diversement portée par les établissements de santé et les MSP/PSP. Les professionnels des MSP/PSP sont beaucoup plus critiques sur les évolutions récentes. Le travail a, pour tous, plus porté sur les sorties que sur les entrées. 59% des professionnels des établissements de santé, contre 26% des professionnels des MSP/PSP (44% estiment même le contraire), estiment que les admissions en établissements de santé sont davantage travaillées avec le premier recours. 69% des professionnels des établissements de santé, contre 28% des professionnels des MSP/PSP, estiment que les sorties des établissements de santé sont davantage travaillées avec le premier recours.

3.2 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

63) Dans le cadre de sa politique de restructuration des réseaux de santé, l'ARS a créé, reconnu et financé des structures régionales d'appui et d'expertise (SRAE), en application du PRS, mais leur contractualisation a parfois été longue et difficile, en l'absence d'une définition retenue, commune à leurs missions

L'ARS a initié en 2013 une refonte complète des réseaux thématiques en recentrant leurs activités sur leur cœur de missions, à savoir l'appui à la coordination des acteurs de santé, en complémentarité de

⁴⁷ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

chacun d'eux, sans intervention directe auprès des patients. Ce repositionnement s'est opéré à deux niveaux :

- Des missions « ressource, qualité, expertise » ayant vocation à soutenir la qualité, l'efficacité de l'offre globale de santé, la pertinence des soins et l'optimisation des parcours de santé sans discontinuité, conduites au sein de structures régionales d'appui et d'expertise (SRAE) quand une thématique le justifiait.

- Des missions d'appui aux acteurs de santé, principalement des professionnels du premier recours dans les territoires de santé.

Les réseaux régionaux, dits réseaux de pairs, sont devenus des structures régionales d'appui et d'expertise (SRAE). Leurs missions ont été clarifiées : animer le réseau des acteurs, assurer la qualité des pratiques professionnelles, développer l'expertise et le recours, informer et communiquer. L'année 2013 a été mise à profit pour sérier les dispositifs pouvant répondre à ce cahier des charges et les premières reconnaissances contractuelles ont pu s'établir : ONCO Pays de la Loire (ONCO-PL), Réseau Sécurité Naissance, Diab'enfants. Deux réseaux, le réseau sécurité naissance et le réseau ONCO-PL correspondaient déjà à cette dynamique. Ces deux réseaux ont été labellisés SRAE, moyennant quelques ajustements (ex : intégration de l'oncopédiatrie et de l'oncogériatrie, intégration des représentants des usagers, développement d'un site Internet... pour ONCO-PL).

Les réseaux de proximité ont été étudiés un à un afin de déterminer quels rôles d'appui aux professionnels du premier recours pouvaient être maintenus. Les travaux ont permis de dégager deux évolutions possibles des réseaux :

- le réseau « effecteur » à rattacher à une offre existante. C'est le cas des réseaux diabète alors orientés vers la dispensation de l'éducation thérapeutique du patient ou encore des réseaux en addictologie dont les missions ont pour partie été transférées aux centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Les réseaux diabète mais aussi le réseau MC44 continuent à faire de l'éducation thérapeutique alors qu'ils auraient dû appuyer les professionnels du premier recours pour qu'ils en proposent eux-mêmes. Cependant les MSP/PSP sont longs à se mettre en place et sont encore minoritaires, les professionnels de santé du premier recours n'ont pas forcément le temps... Les quatre réseaux diabète et le réseau MC44 ont chacun des fonctionnements différents vis-à-vis de l'éducation thérapeutique. Certaines régions ont supprimé les réseaux et donc des actions d'éducation thérapeutique du patient. La disparition des réseaux addictions a été un événement très perturbateur chez les acteurs. La mise en place tardive de la structure régionale d'appui et d'expertise en addictologie n'a pas facilité cette évolution.

- le réseau « coordonnateur », devant s'éteindre progressivement au profit des professionnels de santé du premier recours assurant la coordination clinique de proximité de leurs patients. Dans ce cas, certaines structures étaient amenées à disparaître et d'autres à se réorienter vers des fonctions d'appui identifiées par l'ARS, notamment dans le cadre des parcours de santé des aînés.

Ces évolutions ont fait l'objet d'une guide d'évolution rédigé par l'ARS ayant permis de préparer la phase de contractualisation avec les structures persistantes.

Dans le cadre de la politique d'évolution des réseaux thématiques et des demandes d'appui multiples de la part des acteurs, l'ARS a ainsi progressivement défini une démarche de structuration régionale

d'appui et d'expertise, au travers de la labellisation de SRAE. Après avoir défini le cadre et les attentes de l'ARS en matière d'appui et d'expertise, les premiers engagements contractuels ont vu le jour en 2013. Inscrites dans une logique systématique de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), les structures bénéficient d'un accompagnement formalisé. La plupart des SRAE ont été créées à partir de structures régionales déjà existantes, d'autres l'ont été *de novo*.

En matière spécifique de sécurité sanitaire, une évolution de la gouvernance régionale des structures d'appui sur la qualité et la gestion des risques (réseaux qualité-sécurité) a été conduite dès 2011. Deux réseaux hémi-régionaux ont été définis et des contrats d'engagement ont été signés précisant leurs orientations. Il convient de noter un développement des activités des réseaux qualité-sécurité auprès des acteurs du secteur médico-social en appui à leur démarche d'évaluation, le renforcement de la culture de gestion des risques et l'optimisation du recueil et de l'utilisation des données de surveillance. L'Association Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN) a été repositionnée. L'Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) avait été créé en 2005 sur une base réglementaire, pour le champ des établissements de santé. L'ARS l'a transformé en SRAE, étendant son champ d'intervention aux professionnels du médico-social et du premier recours. En lien avec l'OMEDIT, le bilan annuel des contrats de bon usage des médicaments (CBUM) a été conduit avec un travail spécifique sur la dynamique d'informatisation du circuit du médicament.

Les deux SRAE qualité-sécurité et l'OMEDIT ont reçu des financements spécifiques pour des actions de formations et de formations-actions auprès des établissements ligériens. Concernant les deux SRAE qualité-sécurité, chacune a pu renforcer ses équipes en recrutant une ressource médicale dédiée. Quatre lignes stratégiques ont été définies : animer le réseau des acteurs (ouvert aux champs médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées), développer une offre de formation et d'accompagnement à l'attention des établissements sanitaires et médico-sociaux ligériens, renforcer une expertise et des supports méthodologiques en appui des structures (construction d'outils, référentiels, bases de données...) et optimiser la communication et le partage d'expérience entre les établissements (site Internet, colloque, semaine Sécurité Patient...).

Dès 2012, deux SRAE avaient été envisagées sur des enjeux de prévention : l'une sur la santé sexuelle, l'autre sur la nutrition. Le réseau sur la santé sexuelle a été créé notamment autour du COREVIH et des centres de planning familial. La SRAE, réseau santé sexuelle, a depuis été supprimée. Un problème de gouvernance et une extension des missions des Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections (CEGIDD) à la santé sexuelle au-delà des infections ont justifié cet arrêt. La SRAE nutrition a été mise en place, malgré certaines difficultés, en janvier 2016.

Deux structures régionales ont été réorganisées : l'une sur l'autisme et l'autre sur le handicap psychique. Un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) a permis de résoudre la difficulté de gouvernance et de remobiliser le Centre de Ressources Autisme (CRA) sur les enjeux d'information et de formation en laissant aux territoires de santé les questions de coordination de la réponse et aux secteurs pédopsychiatriques la réduction des délais de diagnostic. Pour la seconde, le Centre Ressource Handicap Psychique (CReHPsy) a reçu comme mission celle de fédérer les acteurs autour des questions d'évaluation du handicap psychique, de l'harmonisation des réponses, de l'information et de la formation.

Un appel à candidature pour créer une structure régionale d'appui et d'expertise en addictologie a été publié fin 2013 par l'ARS. La mise en place de cette nouvelle structure confiée à l'Union Régionale de Réseaux et d'Associations en Addictologie (URRAA) sera effective début 2017.

Deux SRAE très spécifiques ont par ailleurs été créées, l'une sur les troubles des apprentissages, l'autre sur les déficiences sensorielles.

Au total, sans que cela ne soit explicite ou reconnu par l'ARS, il est possible de répartir les SRAE en trois groupes :

- Les SRAE historiques : Réseau Sécurité Naissance, ONCO-PL, CRA
- Les SRAE qualité-sécurité : OMEDIT, ARLIN, Qualisanté et Aquarel
- Les SRAE « ARS » : CReHPsy, Nutrition, Diab'Enfants, Addictions, Troubles des apprentissages

Le rôle d'une SRAE est d'apporter son expertise à la fois pour l'ARS, les autres administrations et les divers professionnels. Sur un sujet précis, l'ARS peut ainsi disposer d'un interlocuteur privilégié. Une SRAE est définie par le CPOM qu'elle passe avec l'ARS (sa labellisation n'existe qu'après cette signature), qui porte sur ses missions.

Pour suivre l'accessibilité et la réactivité des structures devenues SRAE, le choix avait été fait d'un indicateur PRS portant sur le « Délai moyen d'attente pour un premier rendez-vous auprès d'une plateforme d'expertise (du Centre de Ressources sur l'Autisme) ». Compte tenu des évolutions en cours de PRS (augmentation du nombre de SRAE, précision de leurs missions et contour), la pertinence de cet indicateur PRS est aujourd'hui questionnée. Quoiqu'il en soit, l'évolution de la donnée est assez péjorative puisque, de 248 jours en 2011, le délai moyen d'attente s'établit à 255 jours en 2015, après être monté jusqu'à 306 jours en 2014.

64) Le périmètre, voire la légitimité de certaines structures régionales d'appui et d'expertise sont interrogés par les acteurs en raison de leur grande hétérogénéité et du contour de leurs missions

Le label de structure régionale d'appui et d'expertise est une spécificité régionale des Pays de la Loire. Il est regretté l'absence de définition sur le site Internet de l'ARS de ces structures alors qu'il s'agit à l'évidence d'une action régionale prioritaire. De même, l'absence de liste officielle de ces SRAE est déplorée. Du fait de cette mauvaise visibilité, la légitimité de ces SRAE est parfois questionnée. Le démantèlement des réseaux a été mal compris par les acteurs rencontrés. Ce qui les remplace, dont les SRAE, n'a pas encore acquis la même visibilité. De plus, la mise en place de certaines SRAE ne correspondait pas directement à leurs besoins.

L'ARS reçoit des rapports annuels d'activités des SRAE. Leur contenu n'est cependant pas normé. Il n'y a généralement pas de dialogue de gestion formalisé avec ces structures. Les liens sont cependant permanents via des échanges réguliers par oral ou par messagerie électronique. Ces échanges peuvent aboutir à la rédaction d'avenants aux CPOM signés avec l'ARS. Le suivi de certaines SRAE est partagé entre plusieurs services au sein de l'ARS, ce qui ne facilite pas non plus leur visibilité.

Il n'y a pas eu d'objectifs chiffrés du nombre de SRAE à créer, pas plus que de thématiques prioritaires à inclure. L'ARS a cependant souhaité limiter leur nombre.

Le concept apparaît pourtant généralement intéressant pour les acteurs. Il est cependant souvent considéré comme trop jeune (les SRAE créées par l'ARS sont en effet très récentes) pour se prononcer véritablement. La SRAE peut être une interface intéressante entre l'ARS et les acteurs de terrain. Cependant des craintes ont été rapportées que l'ARS se décharge de ses responsabilités sur les SRAE, qui n'ont pourtant pas de missions de régulation ou d'autorisations.

Ce mouvement s'inscrit dans le développement de structures « sachantes » régionales, non plus hémi régionales et encore moins départementales, sur lesquelles les acteurs de terrain peuvent s'appuyer. Les petites structures, à l'échelle du département, avaient en effet un problème de viabilité. Créer des structures d'appui et d'expertise au niveau régional apparaît comme le bon niveau, à condition qu'il y ait une déclinaison très opérationnelle sur le terrain. Les Pays de la Loire étant désormais une « petite » région, des structures interrégionales pourraient être également créées.

Ce qui interroge certains professionnels, ce sont surtout leurs interfaces avec les autres acteurs, qui n'ont peut-être pas été suffisamment pensées. Pour exemple, il existe un pôle ressources en éducation thérapeutique du patient animé par l'Instance Régionale en Éducation et Promotion de la Santé (IREPS). Certaines SRAE sont investies sur ce champ mais ne sont pas intégrées dans ce pôle ressources. La fonction observation de certaines SRAE n'a pas non plus été pensée en lien avec l'observation régionale de la santé. Des acteurs de santé sollicitent l'ARS afin de mieux connaître les missions et le périmètre de ces SRAE. Certains acteurs ont des craintes sur des chevauchements de missions.

Les échanges inter réseaux sont très récents (ex : entre OMEDIT et réseaux qualité-sécurité). Il y a eu une période où l'ARS pouvait demander les mêmes informations à plusieurs réseaux en même temps.

L'appréciation portée sur ces SRAE varie selon la structure en question. Les modalités de création du CReHpsy dans la région ont par exemple soulevé des questions auprès d'un certain nombre d'acteurs. La création de la SRAE nutrition a été longue à aboutir, tout comme la SRAE en addictologie, témoignant de la difficulté à les porter auprès des acteurs concernés. La mise en place de la SRAE ONCO-PL, par transformation d'un ancien réseau reconnu, est considérée comme une réussite. C'est une longue dynamique d'acteurs qui a rencontré une volonté régionale et une politique nationale, qui impose par exemple la mise en place de systèmes d'information. L'ARS a financé un système d'information pour ONCO-PL, avec des résultats probants, après plusieurs années de tâtonnement (exemple : mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaire).

Il n'existe pas d'éléments probants sur les effets et la plus-value des SRAE. Les SRAE ne sont généralement pas assez anciennes pour cela. On peut cependant tirer quelques enseignements des commentaires des opérateurs de prévention et des établissements de santé.

Les opérateurs de prévention⁴⁸ mettent en avant l'expertise, la pluriprofessionnalité et la transmission d'informations comme plus-values de ces SRAE. Les limites de ces structures tiennent à leur éventuelle multiplication, leur manque de lisibilité et le déséquilibre entre les moyens de ces structures et les moyens des acteurs de proximité.

Les plus-values des SRAE selon les établissements de santé sont diverses : expertise, conseil, soutien, partage d'expériences, dynamisme collectif, amélioration des pratiques, collaboration entre professionnels... Parmi leurs limites sont évoquées leur accessibilité et la disponibilité de part et d'autre pour échanger.

⁴⁸ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

65) Les structures régionales d'appui et d'expertise sont variablement connues et sollicitées par les acteurs de terrain, avec des différences importantes entre types de SRAE et entre types d'acteurs.

Les SRAE sont différemment connues et mobilisées par les professionnels⁴⁹.

Pour l'ensemble des professionnels (opérateurs de prévention, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées),

- les SRAE "qualité-sécurité" (OMEDIT, ARLIN, Qualitésanté et Aquarel) sont connues (par 73% d'entre eux) et les plus mobilisées (47% de ces professionnels y font appel parfois ou souvent) ;
- les SRAE "création ARS" (SRAE Troubles des Apprentissages, Centre Ressource Handicap Psychique (CReHPsy), SRAE Nutrition, SRAE Diabefant) sont les moins connues (71%) et les moins mobilisées (21%). ;
- les SRAE "historiques" (Réseau Sécurité Naissance (RSN), ONCO Pays de la Loire (ONCO PL), Centre Ressources Autisme) sont les plus connues (74%) et sont mobilisées par 29% de ces professionnels.

Pour les seuls établissements de santé,

- les SRAE "qualité-sécurité" sont les plus connues (98%) et les plus mobilisées (92%) ;
- les SRAE "historiques" sont connues (86%) et mobilisées (58%) ;
- les SRAE "création ARS" sont les moins connues (60%) et les moins mobilisées (31%).

Pour les seuls ESMS pour personnes handicapées,

- les SRAE sont d'équivalente notoriété (76 à 79%). Mais elles sont variablement mobilisées (15% pour les SRAE "création ARS", 20% pour les SRAE "historiques", 36% pour les SRAE "qualité-sécurité").

Pour les seuls opérateurs de prévention,

- les SRAE sont beaucoup moins connues (60% pour les SRAE "création ARS", 50% pour les SRAE "historiques" et 35% pour les SRAE "qualité-sécurité") ;
- elles sont très peu mobilisées (6% pour les SRAE "historiques", 8% pour les SRAE "qualité-sécurité" et 14% pour les SRAE "création ARS").

Quel que soit le groupe de SRAE, elles sont toujours mobilisées par ordre décroissant par les établissements de santé, les ESMS pour personnes handicapées et les opérateurs de prévention.

Les SRAE « qualité-sécurité » peuvent ne pas couvrir à l'identique tous les champs d'activité. Dans le champ médico-social (dans lequel il a vocation à intervenir depuis sa transformation en SRAE), l'OMEDIT s'est surtout intéressé au domaine des personnes âgées, même si un travail récent vient d'être publié dans le champ du handicap sur l'autodiagnostic du circuit du médicament dans les structures pour handicapés. Les deux réseaux qualité-sécurité ne sont pas investis de la même manière dans le médico-social.

⁴⁹ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

3.3 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

66) L'ARS a développé de nombreux dispositifs visant à diminuer le recours à l'hospitalisation dont des équipes mobiles, les équipes de soins de particulière intensité en psychiatrie à domicile, les équipes d'appui en adaptation et réadaptation, les infirmiers de nuit en EHPAD, le développement de la télémédecine, des dispositifs spécifiques pour personnes en grande précarité, avec des résultats mal connus en termes d'impact sur les admissions hospitalières

La coordination des soins en ambulatoire, soutenue par l'ARS, est supposée entraîner une meilleure prise en charge des patients et une diminution des recours hospitaliers. Cependant, il n'existe pas de données très précises et disponibles pour objectiver cette dynamique.

A côté de cela, l'ARS a développé et/ou soutenu un certain nombre de dispositifs, via notamment des appels à candidature.

Les équipes Mobiles de Gériatrie (EMG)

Les 16 équipes mobiles de gériatrie des Pays de la Loire sont des équipes pluriprofessionnelles et transversales intervenant auprès des patients âgés. Les équipes dispensent un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge des personnes âgées fragiles dans l'ensemble des services d'un établissement, y compris aux urgences. Les résultats d'une évaluation en 2013 ont fait ressortir que le déploiement des EMG devait répondre à un schéma-type de développement afin d'atteindre un certain degré de maturité. Au premier stade, le rôle de ces équipes se doit d'être intra-hospitalier à travers l'apport d'une expertise en appui aux autres services, qui renforce la qualité de prise en charge du patient et la fluidité de son parcours et par la structuration de la filière intra-hospitalière. Ce n'est qu'une fois parvenue à ce degré de maturité, que l'ouverture vers l'extra-hospitalier est envisageable à travers l'apport d'une expertise en second recours et la diffusion d'une culture gériatrique, et non par la prise en charge directe du patient. L'impact de ces équipes mobiles gériatriques sur le recours hospitalier ne pouvait être donc que limité.

Les Equipes mobiles de psychiatrie

Selon une évaluation réalisée en 2015, celles-ci présentent de nombreuses plus-values : l'intervention précoce et une meilleure fluidité du parcours du patient, l'accès aux soins des personnes non connues (ou perdues de vue), la fonction d'expertise qu'elles apportent, une grande réactivité pour effectuer une intervention à domicile, plus de souplesse dans l'organisation de la réponse, une approche globale des situations, un travail en réseau facteur de décroisement.

Le positionnement des équipes mobiles de psychiatrie comme équipes de prévention intervenant de façon précoce permet notamment d'éviter des orientations inappropriées vers le soin, d'éviter l'entrée dans le système de soins en situation de crise et de réduire les hospitalisations.

Ces équipes interviennent à différentes étapes du parcours du patient, avec le souci de le rendre plus fluide en mettant notamment du lien entre intervenants, avec un travail réalisé en amont par ces équipes sur les orientations (cela permet d'éviter des orientations directes et inappropriées vers les

centres médico-psychologiques ou des entrées « en catastrophe » dans le système de soins) ou en préparant une hospitalisation dans certains cas, mais aussi la possibilité d'un suivi pendant l'hospitalisation.

Les équipes d'appui en adaptation-réadaptation (EAAR)

L'ARS a lancé en 2012 un appel à candidature visant le déploiement d'équipes d'appui en adaptation-réadaptation ayant vocation à venir en appui des professionnels du premier recours et de soins de suite, pour prévenir la perte d'autonomie, par des interventions à domicile.

Dix équipes pluridisciplinaires (avec des ergothérapeutes, psychologues, assistantes sociales, diététiciennes) ont été déployées dans les cinq territoires de santé permettant de couvrir 1/3 du territoire régional (théoriquement plus de 1 million d'habitants).

L'objectif de ces équipes est de favoriser le parcours personnalisé et fluide des personnes fragiles ainsi que leur maintien ou leur retour à domicile, et éviter les réhospitalisations. L'EAAR est un dispositif qui permet notamment la visite d'un ergothérapeute auprès de personnes âgées hospitalisées pour savoir si leur logement est adapté, notamment avant leur retour à domicile.

Un bilan de ces équipes en 2014-2015 a montré une évolution positive du dispositif, qu'il a cependant fallu réorienter compte tenu de certaines lacunes (manque de recrutement, coût élevé par personne) au profit des critères suivants : âge supérieur à 60 ans hors institution, réactivité, intervention limitée dans le temps, pluridisciplinarité restreinte privilégiant l'ergothérapeute, extension géographique possible (car 1/3 seulement du territoire régional est couvert), socle minimum d'activité.

Les équipes de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile

L'ARS a lancé en 2012 un appel à candidature visant la mise en place, sur le territoire régional, d'une modalité expérimentale de soins psychiatriques, en réponse à des besoins identifiés par des professionnels. Ce dispositif apparaît comme une nouvelle modalité de soins sans hébergement, au plus proche de l'environnement sociétal de la personne, en coordination avec l'ensemble des acteurs autour de celle-ci. Il vise à proposer, lorsque c'est possible, une alternative à une hospitalisation à temps complet lors d'un épisode de la maladie psychiatrique nécessitant des soins hospitaliers de particulière intensité. Ce dispositif se distingue des soins ou d'accompagnements à domicile qui s'inscrivent dans la continuité de la prise en charge de la maladie et qui n'ont pas un caractère hospitalier.

Quatre équipes ont pu être retenues et financées, dont une équipe pour le suivi mère-bébé. Une évaluation de ce dispositif est prévue en 2017.

Le dispositif expérimental d'astreinte infirmière de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD

Pour sécuriser les soins dans les EHPAD la nuit, l'ARS Pays de la Loire a lancé en 2013 un premier appel à candidature pour la mise en place d'un dispositif expérimental d'astreinte opérationnelle infirmière la nuit, mutualisée entre plusieurs EHPAD. D'autres appels à candidature ont suivi.

Cette expérimentation vise à diminuer les hospitalisations « évitables » la nuit, avec passage aux urgences, améliorer la qualité et la sécurité de l'accompagnement en évitant les ruptures de parcours et renforcer la coopération entre les établissements d'un même bassin.

Au total, dix expérimentations ont été lancées (58 établissements participants accueillant au total 4 900 résidents). Différentes organisations ont été mises en place (infirmiers des EHPAD, mise à disposition

des personnels travaillant en établissement de santé, infirmiers libéraux, infirmiers de services d'hospitalisation à domicile) ce qui rend l'expérience riche et intéressante.

Les expérimentations se déroulent sur une période de trois ans. L'évaluation du dispositif a été organisée et sera rendue en 2017. Pour un médecin urgentiste rencontré, l'impact sur le recours à l'hôpital est déjà constaté.

Le développement de la télémédecine

Le déploiement de la télémédecine constitue un des facteurs clé d'amélioration de la performance du système de santé. Divers appels à projets de l'ARS ont eu pour objet l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD avec pour objectifs notamment de diminuer le passage aux urgences.

L'ARS a confié au GCS e-santé Pays de la Loire la mise en place de QImed, une plateforme régionale e-santé et télémédecine. Ce portail coopératif permet le partage et l'échange des données de santé du patient, en toute sécurité, en vue d'améliorer la qualité de sa prise en charge et la coordination de son parcours de santé. Le Tél-AVC et la Tél-gériatrie ont été les premiers usages déployés au sein de QImed.

Les EHPAD pourront ainsi faire appel à la télémédecine, pour éviter des hospitalisations. Une évaluation y compris économique est possible. Le développement de la télémédecine est trop récent aujourd'hui pour constater un impact sur les hospitalisations et le mesurer.

Les dispositifs pour les publics spécifiques en grande précarité

Nombreux et mal connus, les dispositifs spécifiques (appartements de coordination thérapeutique, lits halte soins santé...) peinent à être mobilisés dans une approche parcours. Il s'agit d'une conclusion de l'évaluation de la politique régionale en faveur de la santé des personnes en grande vulnérabilité.

67) L'ARS a accompagné les établissements de santé sur l'amélioration de leurs performances organisationnelles, afin notamment de développer la chirurgie ambulatoire dans la région

Depuis 2010, les ARS ont en charge le pilotage du programme régional de gestion du risque (PRGDR). Les dix priorités nationales de gestion du risque comportent la chirurgie ambulatoire.

Les Pays de la Loire avaient un niveau de recours à la chirurgie ambulatoire inférieur au niveau national (11^{ème} rang national en 2009). C'est pourquoi, après concertation avec l'assurance maladie et une procédure contradictoire avec les établissements, 24 établissements ont été mis sous dispositif de mise sous accord préalable (soit 40 décisions sur geste marqueur), afin de les inciter à accélérer le développement de leur activité ambulatoire.

En parallèle, un état des lieux de la chirurgie ambulatoire a été amorcé en 2010 sur le nombre de structures ayant une autorisation et sur les modalités organisationnelles.

L'ARS a développé une posture dynamique d'accompagnement des acteurs. Des établissements ont été accompagnés après appel à projets. Les actions menées par l'ARS pour le développement de la chirurgie ambulatoire (accompagnement des établissements de santé, procédure de mise sous accord préalable) ont permis d'accroître dès 2012 le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire en région de + 4,5 points en deux ans dépassant alors le taux national. Au 31 décembre 2012, la région présentait

un taux global de chirurgie ambulatoire de 41,1%. L'ARS Pays de la Loire avait rattrapé le retard constaté de la région. Les taux de chirurgie ambulatoire par établissement sont publiés régulièrement sur le site Internet de l'ARS afin de permettre à chaque établissement de se situer et d'apprécier sa dynamique de progression.

Cette évolution globale positive n'a fait que se renforcer. Ainsi, au 31 mai 2016, la région se situe désormais au premier rang national en termes de taux global, soit 56,9% (taux national de 54,6%). Le taux cible de 2016 a été dépassé (56,6%). 23 établissements affichent un taux supérieur à la cible mais 21 établissements restent en dessous de leur cible.

L'ARS a estimé en 2015 à 20% le potentiel supplémentaire de développement de la chirurgie ambulatoire, la situation des établissements de la région étant toutefois très hétérogène (potentiel allant de 11% à 24% des séjours chirurgicaux).

L'ARS a lancé en février 2016 un nouvel appel à projets pour accompagner les établissements de santé dans les modernisations et restructurations nécessaires au développement de la chirurgie ambulatoire.

Les professionnels de santé des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels⁵⁰ estiment à 55% que des besoins non couverts persistent en chirurgie ambulatoire. Seuls 5% d'entre eux estiment que les besoins sont désormais couverts dans la région.

68) La question de la pertinence des soins hospitaliers a fait l'objet de nombreux travaux coordonnés par l'ARS

L'ARS s'est saisie lors du PRS 1 de la question de la pertinence des soins et s'y est fortement engagée. Elle s'inscrit par là même dans une orientation affirmée du PRS qui est de garantir le « juste soin ». Au-delà du suivi des établissements en difficulté financière, l'ARS conduit une politique d'amélioration de la qualité, mesure et analyse la performance des acteurs de santé et notamment des établissements de santé.

La tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé a poussé à améliorer la pertinence des soins : les contrôles T2A abordent la pertinence, des structures de réflexion sur la pertinence ont été mises en place... En dépit de certaines réticences internes à l'origine, la réflexion a évolué, sous la pression des établissements eux-mêmes (gestion de risques).

Les analyses menées au niveau national ont mis en évidence quelques particularités des Pays de la Loire en termes de consommation de soins, que ce soit au niveau régional global ou au niveau des territoires de santé. Ce constat a conduit à mener une réflexion sur la délivrance éventuelle de soins non pertinents ou sur l'existence de zones géographiques déficitaires en termes d'offre de soins ou d'accessibilité, qu'elle soit financière ou géographique.

Concrètement, un groupe de dialogue avec les acteurs a été installé dès 2012, associant l'assurance maladie, les représentants des fédérations hospitalières, certaines unions régionales des professionnels de santé, ainsi que les structures régionales d'appui et d'expertise (SRAE) permettant un partage du diagnostic avec les acteurs régionaux de santé et une concertation sur un programme d'actions. Les travaux du groupe s'articulent avec le suivi annuel des contrats (contrats pluriannuels d'objectifs et de

⁵⁰ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

moyens, contrats de bon usage des médicaments...) et le programme régional de gestion du risque. Ce groupe a notamment pour objectif le développement d'une culture partagée.

L'ARS a ainsi élaboré un premier programme d'actions⁵¹ autour de 5 axes : actes et pratiques, modes de prises en charge, utilisation des produits de santé, séjours, parcours de santé. Le programme comportait un certain nombre d'actions dont :

- La publication annuelle de l'étude régionale sur les taux de recours aux soins en Pays de la Loire ;
- L'organisation périodique de rencontres qualité efficacité (RQE) ;
- L'analyse du recours aux services d'urgence ;
- La poursuite de la réalisation périodique par chaque établissement d'une étude sur les inadéquations hospitalières (démarche et outils méthodologiques formalisés par les réseaux qualité) ;
- Le renforcement des outils de pilotage du développement de la chirurgie ambulatoire.

Les CPOM signés avec les établissements de santé ont intégré une annexe spécifique dédiée à la pertinence des soins.

Ainsi, la consommation des séjours chirurgicaux en Pays de la Loire (taux de recours publiés par l'agence technique de l'information de l'hospitalisation (ATIH)) a été analysée comme supérieure à la moyenne nationale. La région se situe en 5ème position en termes de consommation. Cet écart s'est même creusé entre 2010 et 2014. Trois taux de recours élevés, particuliers à la région, ont été identifiés : drains trans-tympaniques, affection des dents et de la bouche, chirurgie du rachis. Des taux de recours variables selon les départements ont également été identifiés. Une approche par segment d'activité a été effectuée afin d'identifier les spécificités en termes de consommation mais également en termes de modes de prises en charge (ambulatoire *versus* hospitalisation complète).

Dans le cadre du suivi de la performance hospitalière, un indice de performance basé sur les durées moyennes de séjour (DMS) a été étudié pour approcher l'efficacité des établissements de santé en comparant ces durées : l'IP-DMS. Cet indice met en lumière les possibles dysfonctionnements organisationnels (poids des entrées par les urgences, manque de lits d'aval, mauvaise organisation des entrées/sorties...).

Pour l'activité chirurgicale, l'IP-DMS témoigne d'une DMS plus courte en région qu'en France. C'est également le cas pour l'activité de médecine. Des variations sont observées entre établissements de santé, territoires de santé et domaines d'activités.

Des actions coordonnées et complémentaires ont été mises en œuvre par l'ARS, comme :

- mises sous accord préalable (MSAP) afin d'inciter les établissements à développer la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation de jour en soins de suite et de réadaptation ;
- accompagnement d'un benchmark des blocs opératoires-salles de surveillance post-interventionnelles et unités de chirurgie ambulatoire, afin de comparer les organisations et de partager les expériences (accompagnement de 13 établissements pour l'élaboration de plans d'actions) ;

⁵¹ Programme d'actions régional 2013-2014 – Pertinence des soins – Groupe de dialogue régional sur la pertinence des soins – ARS

- accompagnement d'un benchmark des consultations externes (15 établissements participants), complété d'une nouvelle campagne de benchmark sur les consultations externes réalisées dans les centres médico-psychologiques ;
- contractualisation, avec les principaux effecteurs des spécialités ciblées, sur la mise en œuvre d'une analyse des pratiques en interne ;
- accompagnement financier des établissements volontaires qui disposent d'un potentiel de développement significatif de la chirurgie ambulatoire ;
- démarche d'analyse des séjours inadéquats dans les services de médecine (dix établissements engagés dans le dispositif en 2014)...

Le réseau sécurité naissance des Pays de La Loire a publié, fin 2011, un comparatif régional sur les taux de césariennes programmées à terme. Les établissements ayant un taux atypique ont été sensibilisés lors des réunions de contractualisation (objectif spécifique intégré à l'annexe pertinence) et accompagnés par ce réseau.

Concernant la prise en charge la plus efficiente possible de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), la région s'inscrit dans les axes de recommandations nationales avec la mise en place d'un dispositif spécifique pour l'annonce de la maladie, le développement des unités de dialyse médicalisée en proximité et de la télé dialyse et, le renforcement de la greffe rénale, domaine dans lequel les Pays de la Loire affichent un des taux les plus importants de France de recours à la greffe chez les patients insuffisants rénaux chroniques terminaux (53% *versus* une moyenne nationale à 44%), même s'il existe des disparités départementales. En revanche, les prises en charge en centres lourds sont plus fréquentes qu'en moyenne nationale.

Comme autre action, l'ARS a également lancé un appel à projets sur l'adaptation des chimiothérapies au regard des soins palliatifs. Il y a eu plus de candidats que de crédits disponibles, à la surprise des experts. Grâce à un scoring du malade, il peut être décidé d'une démarche palliative plutôt qu'une nouvelle chimiothérapie. L'OMEDIT et ONCO-PL ont apporté leur appui technique au projet. L'absence de chimiothérapie apporte une amélioration du confort du patient en fin de vie, mais aussi un gain d'argent et d'efficience.

Des diagnostics sont partagés sur les champs des taux de recours en chirurgie, de la chirurgie ambulatoire, des hospitalisations potentiellement évitables ou encore des inadéquations hospitalières.

L'ARS a lancé une étude⁵² en 2014 dans 9 établissements de santé représentant environ 20% de la production régionale de séjours médicaux réalisés en hospitalisations complètes. L'analyse a montré que

- 8,3% des admissions sont inadéquates ainsi que 21,5% des journées d'hospitalisations complètes ;
- 74% des journées d'hospitalisation complètes inappropriées concernent des personnes âgées de plus de 75 ans ;
- 58% des admissions inadéquates sont justifiées par des nécessités de soins (qui par définition auraient théoriquement pu être délivrées en dehors d'un registre d'hospitalisation en urgence) et 25% par des raisons « sociales » ;
- 43% des prises en charge correspondant aux journées inadéquates auraient pu être réalisées à domicile et 46% au niveau de structures d'hébergement autre qu'une unité fonctionnelle de médecine aiguë ;

⁵² Les inadéquations hospitalières en pays de la Loire – Note d'analyse – février 2015 – Les études qualitefficience - ARS

- 49% des journées inappropriées sont justifiées par des raisons externes à l'établissement (principalement le manque de places au niveau des structures ou des dispositifs d'assistance d'aval)

Il ressort par ailleurs des rapports de certification (v2010, état au 27/10/20106) des établissements de santé établis par la HAS que, sur l'item "Pertinence des soins" (28b), 24 % des établissements sont cotés A, 63% sont cotés B, 13% sont cotés C et 1% sont cotés D. Ces chiffres traduisent une situation perfectible, puisque 14% des établissements connaissent une cotation défavorable.

Si les acteurs saluent le travail sur la régulation et sur l'ambulatoire, ils s'accordent à dire qu'il reste beaucoup d'efforts à accomplir sur la pertinence des recours à l'hôpital.

C'est pourquoi, en lien avec un nouveau contexte réglementaire, un plan d'actions pluriannuel d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) a été élaboré pour la période 2016-2019. Une instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins a été créée. Des axes de travail ont été programmés. On peut y relever les objectifs suivants : poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire, accompagner le virage ambulatoire en médecine (hospitalisation de jour en médecine) en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation, veiller à la pertinence des actes et des pratiques, des séjours, des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé.

69) L'évolution des modalités de recours à l'hôpital est diversement appréciée par les différents acteurs, avec en particulier une opinion défavorable des professionnels des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels

Il y a un discours fort de l'ARS qui a régulièrement énoncé que l'hôpital, sans nier son importance, n'était qu'un segment du parcours, que ce n'était pas un passage obligé et qu'il n'avait pas à coordonner les parcours des patients. Au vu des entretiens réalisés, ce discours n'est cependant pas encore compris par l'ensemble des partenaires de l'ARS, qui ont tous leurs responsabilités dans le bon recours à l'hôpital.

Une enquête menée auprès des médecins généralistes de mars à juin 2012⁵³ a montré que les hospitalisations de résidents d'EHPAD faites à la demande des médecins généralistes étaient le plus souvent non programmées. Interrogés sur la dernière personne âgée de plus de 75 ans qu'ils avaient fait hospitaliser, 88% des médecins généralistes déclaraient que l'hospitalisation n'avait pas été programmée, celle-ci, faisant suite, plus de sept fois sur dix, à un passage par le service des urgences. Près de 8 praticiens sur 10 n'avaient pas contacté un service hospitalier avant d'adresser la personne âgée au service des urgences et parmi eux 45% l'expliquaient par des difficultés à joindre ces services afin de programmer une hospitalisation. Un même type d'enquête⁵⁴ concernant des personnes âgées à domicile montrait que les situations où la personne âgée dépendante était adressée directement par le médecin généraliste au service hospitalier concerné étaient très minoritaires. En fait les résultats étaient assez similaires. Dans 87% des cas, les hospitalisations étaient non programmées et l'admission faisait suite à un passage par le service des urgences près de 7 fois sur 10 et parmi eux

⁵³ ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant en institution par les médecins généralistes des Pays de la Loire, n°8. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p

⁵⁴ ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les médecins généralistes des Pays de la Loire, n°7. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p

43% l'expliquaient par l'impossibilité de programmer l'hospitalisation. Les difficultés d'accès à un interlocuteur hospitalier constituaient un obstacle fréquent à la programmation d'une hospitalisation. Près de 70% des médecins généralistes n'avaient pas contacté un service hospitalier avant d'adresser la personne âgée dépendante au service des urgences, et parmi eux 44% l'expliquaient par des difficultés à joindre ces services afin de programmer une hospitalisation. Interrogés plus généralement sur la possibilité de programmer l'hospitalisation de personnes âgées, dépendantes ou non, auprès de l'hôpital le plus proche, près de 2 médecins généralistes sur 3 jugeaient que cela était difficile.

Par la mise en œuvre du PRS, il était attendu une hausse du pourcentage d'hospitalisation directe en médecine des personnes âgées de plus de 75 ans (sans passage aux urgences), l'idée étant que le passage de ces personnes par les urgences alourdit leur parcours, leur porte préjudice comme à celui du système de santé. De fait, la valeur de cet indicateur PRS a très peu évolué, et même de manière péjorative, de 2011 (41,9%) à 2015 (40%).

Pour faire en sorte que l'accès à l'hôpital ne se fasse pas aux urgences, la démarche a consisté dans le cadre des revues annuelles des contrats à montrer des données aux établissements de santé (il existe une grille d'indicateurs dans le plan triennal, et il y en avait avant dans les revues), et à discuter avec l'établissement de santé sur ce qui pouvait être fait.

En matière de pertinence, il y a eu une démarche d'analyse sur les hospitalisations potentiellement évitables. Il y a des enjeux de partage d'information pour faire prendre conscience aux acteurs de la situation et essayer de la faire évoluer. Ensuite, il y a la démarche menée dans le cadre du pacte territoire santé (diagnostics faits dans les territoires de santé de proximité dans le cadre du pacte) pour engager le mouvement, prévenir les hospitalisations. Cependant, c'est une démarche au long cours : les résultats ne sont pas immédiats.

L'intérêt du PRS a été de pointer ces questions d'interface, d'avoir une approche en proximité, de faire évoluer les acteurs. Par exemple, l'ARS a fait se rencontrer pour la première fois les unions régionales des professionnels de santé libéraux et les fédérations médico-sociales.

Les accès directs en soins de suite et de réadaptation ont été travaillés, notamment dans le cadre du projet PAERPA. Ce sont des sujets abordés par les CPOM. La part des entrées directes en soins de suite et de réadaptation en provenance du domicile, qui est un indicateur PRS, a ainsi progressé assez significativement entre 2011 et 2015, passant de 31,7% des séjours à 37,4% des séjours. La progression de ce ratio est régulière sur la période, à l'exception d'une année (2013) où il était redescendu en dessous du niveau de 2011. Pour l'ensemble de la période, le nombre de séjours en soins de suite et de réadaptation en provenance du domicile a progressé de 19,3%, quand le nombre total de séjour en soins de suite et de réadaptation progressait de 1,1%.

En amont, il reste beaucoup à faire sur le recours pertinent à l'hôpital. Les évolutions sont contrastées⁵⁵. Pour chaque item interrogé, les établissements de santé constatent plus souvent des améliorations que les professionnels des MSP/PSP. Les professionnels des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées ont une appréciation intermédiaire.

Concernant la pertinence des recours à l'hôpital :

- 66% des professionnels des établissements de santé estiment que cette pertinence s'est plutôt ou tout à fait améliorée ;

⁵⁵ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

- 48% des professionnels des MSP/PSP pensent qu'elle s'est améliorée. 24% pensent le contraire. 29% ne savent pas ;
- Les professionnels des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées sont partagés quant à l'amélioration de la pertinence des recours à l'hôpital. Ils sont cependant 35% à se déclarer plutôt d'accord avec une amélioration.

Concernant les délais d'admission par les établissements de santé :

- 61% des professionnels des établissements de santé estiment que ces délais ont plutôt ou tout à fait diminué ;
- Seuls 12% des professionnels des MSP/PSP pensent que ceux-ci ont diminué. 50% pensent même le contraire. 38% ne savent pas ;
- 51% des professionnels des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées pensent qu'ils n'ont pas diminué.

Concernant les modalités générales d'admission :

- 59% des professionnels des établissements de santé estiment que les admissions en établissements de santé sont davantage travaillées avec le premier recours et 73% d'entre eux estiment qu'elles sont davantage travaillées avec les établissements et services médico-sociaux ;
- Seuls 30% des professionnels des MSP/PSP pensent que les admissions en établissements de santé sont davantage travaillées avec le premier recours. 55% pensent le contraire. 15% ne savent pas ;
- 58% des professionnels des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées pensent que les admissions en établissements de santé sont davantage travaillées avec les établissements et services médico-sociaux contre 36% qui pensent le contraire.

Concernant les admissions directes des patients dans les services d'hospitalisation :

- 57% des professionnels des établissements de santé déclarent que ces admissions directes (ie sans passage préalable par les urgences) se sont plutôt ou tout à fait développées ;
- Seuls 17% des professionnels des MSP/PSP pensent qu'elles se sont développées. 52% pensent le contraire. 32% ne savent pas ;
- Seuls 26% des professionnels des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées pensent qu'elles se sont développées contre 40% qui pensent le contraire et 34% qui ne savent pas.

Globalement, il n'y a pas vraiment d'améliorations constatées sur le terrain. Les médecins généralistes sont souvent débordés et n'ont pas le temps ni la capacité de préparer les hospitalisations... Les entrées directes à l'hôpital sont liées aux liens ville-hôpital qui sont encore très acteurs-dépendants. Cet objectif figure dans le plan triennal. Les établissements de santé mettent en avant comme frein à une évolution positive des entrées directes la diminution demandée des capacités d'hospitalisation et la nécessité de réserver des lits pour les urgences de plus en plus nombreuses.

70) L'ARS a eu une action déterminée de restructuration de la permanence des soins ambulatoires sur le territoire régional, intégrant la régulation médicale, portée par une communication large sur le sujet

Il s'agit d'une action forte de l'ARS, reconnue sur ce sujet.

Ses principales actions ont été :

- la restructuration de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), avec une réorganisation des secteurs de garde autour de points fixes de consultation ;
- la promotion des différents numéros de téléphone d'urgence ;
- la mise en place d'une régulation médicale des appels (pas seulement un standard) ;
- l'amélioration de l'articulation entre la permanence des soins en médecine générale et les autres systèmes de garde (pharmaceutique, odontologie, kinésithérapie, ambulancière).

Les Pays de la Loire ont été le siège de l'expérimentation nationale d'un nouveau mode de rémunération de la permanence des soins. Un partenariat étroit avec les médecins libéraux par le biais d'une représentation départementale des régulateurs et des effecteurs au sein des Associations Départementales pour l'Organisation de la Permanence des soins (ADOPS) a permis également une responsabilisation plus importante des acteurs dans la PDSA. L'ARS Pays de la Loire a en effet confié la coordination de la permanence de soins à des associations de médecins permettant d'améliorer de façon significative le conseil téléphonique apporté aux patients et la gestion des gardes (depuis fin 2012, le recours aux réquisitions est presque inexistant). L'organisation entre l'ARS, les organismes d'assurance maladie et les médecins libéraux a ainsi gagné en lisibilité et en efficacité.

Quatre des cinq départements de la région ont intégré dès 2011 et 2012 cette expérimentation. Celle-ci a notamment permis la mise en place de médecins mobiles en Vendée et Loire-Atlantique pour couvrir la nuit profonde.

Les missions de PDSA financées par le fonds d'intervention régional (FIR) au titre de la permanence des soins ont ainsi concerné entre autres :

- les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ;
- les actions ou structures qui concourent à l'amélioration de la PDSA, notamment les maisons médicales de garde (MMG).

La réorganisation de la PDSA a permis de dégager une marge de manœuvre financière sur le FIR et une réattribution de crédits en particulier pour le développement de parcours de santé efficaces autour de la personne.

En 2013, l'ARS a lancé une campagne de communication dans toute la région, pour inciter les usagers à recourir à l'appel téléphonique en cas de problème de santé en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux : « Besoin d'un médecin ? Téléphonez ! ».

La campagne s'est appuyée sur différents vecteurs de communication :

- Une affiche et des cartes de petit format, à destination des médecins et des pharmaciens de la région. Un mailing a offert également la possibilité de commander des affiches et des cartes pour diffusion dans les lieux d'accueil du public ;
- Une campagne radio, diffusant le numéro correspondant de chaque département ;
- Une campagne de presse : une conférence de presse a été organisée dans chaque département de la région, pour présenter aux médias le dispositif mis en place localement. Les ADOPS et SAMU de chaque département (et SOS Médecins à Nantes et Saint-Nazaire), ont été associés à ces conférences de presse. Les médias ont constitué des relais précieux pour informer le grand public sur l'utilité de recourir à l'appel téléphonique pendant les heures de permanence des soins et pour préciser le numéro à contacter.

Par ailleurs, un audit des maisons médicales de garde a été réalisé afin de mettre à disposition des 43 maisons médicales de garde de la région « une boîte à outils » permettant une harmonisation des pratiques au niveau régional.

Cette expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération des médecins libéraux pour la PDSA a fait l'objet d'une évaluation. Elle s'est révélée globalement positive. Le rapport d'évaluation, publié par l'ARS le 30 avril 2015, fait état d'une organisation plus efficiente de la PDSA, d'une diminution du nombre de secteurs de 48%, d'une généralisation des maisons médicales de garde, d'une extension de la couverture en nuit profonde grâce au dispositif des médecins mobiles en Loire-Atlantique et en Vendée, avec une gouvernance départementale structurée autour d'associations (ADOPS). Avec l'augmentation du volume d'heures de régulation de 10%, de plus en plus de médecins participent à l'expérimentation : le nombre de médecins régulateurs a augmenté de 9% et celui des médecins participant aux gardes a augmenté de 8%.

La confiance donnée aux professionnels de santé par l'ARS avec la gestion d'une enveloppe financière et la responsabilité de l'organisation a été appréciée par les professionnels de santé concernés. La construction a été différenciée par les acteurs selon les départements. Pour les acteurs rencontrés, cette différenciation ne doit pas être déconstruite. Une critique concerne cependant le système d'information de la PDSA. Beaucoup de réunions et de travail n'ont pas encore permis d'aboutir à un système d'information partagé avec les centres 15.

Au total, la permanence des soins ambulatoires dans la région a été confortée mais reste fragile. Elle est à consolider sur certains territoires. Il n'y a pas partout de sortie des médecins des maisons médicales de garde : aucune en Sarthe, et pas en nuit profonde en Maine-et-Loire. C'est alors le service d'urgence ou rien d'autre. La régulation fonctionne bien en Mayenne, beaucoup de prescriptions sont faites sans besoin nécessairement d'effectif. C'est même un argument pour attirer des médecins généralistes dans ce département. Des problèmes sont par ailleurs soulevés concernant les transports sanitaires entre les EHPAD et les maisons médicales de garde, qui ne sont pas pris en charge financièrement.

La régulation téléphonique de la PDSA a eu un effet de maîtrise sur les actes médicaux. Mais un effet de bord a aussi été constaté avec l'augmentation des transports sanitaires vers les urgences hospitalières pendant les heures de PDSA.

En dehors des heures de PDSA, il est par ailleurs déploré l'absence plus ou moins totale de réponses coordonnées entre les acteurs de premier recours et les services d'urgence, sauf sur les territoires avec SOS Médecins ou en Mayenne le samedi matin.

Fin 2014-début 2015, une étude autour d'un panel d'usagers a été menée afin de recueillir leur avis sur la nouvelle organisation de la PDSA. Cette étude a été complétée par un questionnaire envoyée aux EHPAD de la région des zones expérimentales afin de connaître leurs pratiques dans ce domaine. Cette étude a été menée afin de mesurer la notoriété du dispositif de PDSA, son utilisation et le degré de satisfaction sur un échantillon de 1 078 personnes dont 150 utilisateurs du dispositif dans la zone expérimentale. La population semble apprécier le dispositif actuellement déployé dans les Pays de la Loire puisque 9 usagers sur 10 feraient de nouveau appel à ce même numéro en cas de survenance du même problème de santé. L'étude a néanmoins démontré la nécessité de poursuivre l'information de la population afin d'éviter qu'elle ne se rende directement aux urgences.

Concernant la notoriété du dispositif, 58% des usagers interrogés connaissent le numéro de téléphone pour joindre un médecin :

- 53% citent le 15, 18,9% évoquent un numéro à 10 chiffres sans le connaître et 6,8% citent le 18 ;
- 14% ont souvenir d'avoir eu une information sur les numéros à appeler aux horaires de PDSA ;
- 22% disent avoir obtenu l'information par la campagne de communication initiée par l'ARS en 2013 : 27% par la presse, 16% par les généralistes et 10,7% par les pharmacies ;
- 59% n'auraient pas appelé ce numéro avant la campagne de communication ;
- Les retraités et les étudiants sont ceux qui ont davantage conservé le numéro à composer (respectivement 16% et 21%).

Concernant son utilisation :

- 19% se sont rendus directement aux urgences et 4% dans une maison médicale sans appeler ;
- 13,6% ont appelé le 15 ou le numéro à 10 chiffres (66% d'entre eux ont sollicité une seule fois le dispositif dans l'année) ;
- Les familles composées de 4 personnes sont celles qui utilisent majoritairement le dispositif (38%), les bénéficiaires sont les enfants de 0 à 17 ans pour 40,8% et les plus de 60 ans représentent 25% ;
- 35% ont été invités à se déplacer vers un lieu de consultation, 28% ont reçu un conseil téléphonique, 14,5% ont eu la visite d'un généraliste et 14% ont été invités à se rendre aux urgences.

Concernant la satisfaction :

- 93% sont satisfaits du conseil téléphonique (88% estiment que le conseil a été particulièrement clair et compréhensible) ;
- 88,8% jugent raisonnable le délai d'attente pour la visite à domicile ;
- 100% déclarent avoir mis moins d'une heure pour se rendre sur le lieu de consultation et 81% ont mis moins de 30 minutes.

71) L'ARS a promu divers autres dispositifs pour améliorer l'accès des Ligériens aux soins urgents

Conformément au Pacte territoire santé, l'agence a engagé diverses actions pour permettre l'accès des Ligériens aux soins urgents en moins de 30 minutes. Dans les Pays de la Loire, seize zones principales ont été identifiées avoir un accès aux soins à plus de trente minutes pour une population de 253 399

habitants. En réponse, l'ARS a mis en œuvre divers dispositifs contribuant à la réalisation de cet objectif.

Ainsi, dès la mi- 2013, elle a entamé une large consultation pour déployer des médecins correspondants du SAMU (MCS) dans la région. Les objectifs ont été d'identifier les zones blanches, d'élaborer un contrat local tripartite avec les MCS et les SAMU et de mobiliser les médecins libéraux.

Ces MCS ont été déployés en Vendée et en Sarthe. Ce sont principalement des médecins libéraux exerçant en cabinet, en MSP/PSP ou centre de santé et agissant en priorité dans les zones isolées où les délais d'intervention du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) dépassent les 30 minutes. Les MCS interviennent sur déclenchement du SAMU centre 15 et de manière simultanée à celle du SMUR.

L'ARS a par ailleurs déployé un second hélicoptère (4 mois en Vendée pour répondre à l'afflux touristique sur le littoral et 8 mois à Angers pour couvrir l'Est de la région) et créé un nouveau SMUR.

L'ARS a ainsi estimé qu'un accès aux soins urgents avait été amélioré pour 140 000 Ligériens.

Le fonds d'intervention régional (FIR) a notamment permis de financer des actions de modernisation précédemment impossible sur les autres enveloppes, comme l'aménagement ou la mise aux normes d'hélistation ou hélisurface afin d'optimiser le déploiement des Hélicoptères.

L'ARS Pays de la Loire accompagne également les établissements dans la modernisation des infrastructures techniques des SAMU.

L'objectif pour l'ARS est de promouvoir, dans toute la région, la régulation médicale téléphonique du recours aux soins non programmés. Mais les données, issues de sources différentes et dont le décompte n'est pas stabilisé, ne reflètent pas correctement l'évolution du nombre des appels à la régulation téléphonique des soins non programmés.

Un schéma de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) a par ailleurs été revu en fonction des besoins de la population, conformément à un des objectifs du SROS-PRS.

72) Les résultats constatés en matière de recours aux urgences ne sont pas à la hauteur des efforts engagés, même si la région a conservé globalement une position favorable par rapport au niveau national

Les évolutions constatées en matière de recours aux urgences, aussi bien sur un plan quantitatif que qualitatif, ne sont pas très favorables.

Les urgences sont considérées par les usagers comme le lieu le plus problématique des établissements de santé. Ils ne comprennent pas par ailleurs qu'il soit recommandé qu'il y ait un appel téléphonique aux urgences au préalable, par le patient ou un tiers pour les prévenir. S'ils viennent aux urgences, c'est qu'il n'y a pas besoin d'appeler au préalable.

La régulation médicale fonctionne mal selon les usagers : délai pour obtenir un professionnel à la régulation, indications données pour des prises en charge, orientation vers la maison médicale de garde mais il peut y avoir un problème de distance et de transport, ...

Le PRS visait la diminution de la saturation de toutes les structures de médecine d'urgence. Dans les faits il y a de plus en plus d'hôpitaux en tension. Il visait une amélioration de la satisfaction de tous (usagers et professionnels). Sur ce point, les enquêtes usagers et professionnels de 2011 et 2014 n'ont pas montré d'évolution favorable non plus.

Pour autant⁵⁶,

- 67% des professionnels des établissements de santé et 51% des professionnels des MSP/PSP déclarent que le recours à la régulation médicale téléphonique, préalable au déplacement aux urgences, s'est plutôt ou tout à fait généralisé ;
- 59% des professionnels des établissements de santé, 59% des professionnels des MSP/PSP et 67% des professionnels des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées déclarent que le conseil médical apporté par le centre 15, / l'accès régulé aux maisons médicales de garde, et le cas échéant aux médecins mobiles pour les visites, se sont plutôt ou tout à fait développés.

Les usagers pensent qu'il aurait fallu mettre en place des maisons d'urgence près des établissements de santé pour accueillir la « bobologie », à destination des personnes qui n'ont rien à faire aux urgences, en dehors des heures ouvrables des maisons de santé et des cabinets médicaux. Elles pourraient comporter des équipes mobiles orientant si besoin vers un plateau technique. En effet, il n'y a pas d'acteur intermédiaire identifié entre les urgences hospitalières et les médecins à leur cabinet de garde. C'est le principal problème d'organisation qu'ils identifient.

Les urgences hospitalières sont souvent engorgés, avec des gestions de crise habituelles aux urgences, des tensions hospitalières de plus en plus fortes, été comme hiver maintenant (en termes d'activités et de conséquences sur les personnels). Les tensions hospitalières récurrentes sur certaines périodes de l'année questionnent cependant les comportements des usagers mais aussi la réponse fournie dans tout le champ des acteurs du premier recours. Les variations territoriales très importantes des recours et des tensions interrogent.

Pour les professionnels enquêtés⁵⁷, environ la moitié d'entre eux considère que la rapidité des prises en charge (fluidité des parcours) s'est plutôt ou tout à fait améliorée, notamment pour les urgences vitales : 55% des professionnels des établissements de santé, 42% des professionnels des MSP/PSP, 52% des professionnels des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées.

La question de la continuité des soins se pose. Il existe une saturation du premier recours par des soins programmés et tout ce qui déborde cette programmation au sein de ce premier recours se rend aux urgences. Cela dit, les urgentistes sont plus préoccupés par l'aval que par l'amont. Il existe un problème de fluidité des urgences vers les services médecine polyvalente ou spécialisée et ensuite les services de soins de suite et de réadaptation. Les retours à domicile (transports, sollicitation de la famille) avec des sorties organisées et performantes sont à travailler. Les urgentistes réclament des moyens pour gérer ces flux. Ils distinguent les malades graves des malades bénins (petits soins, bobologie) pour lesquels il s'agit d'une question d'organisation interne. Ces malades bénins viennent aux urgences malgré la perspective de nombreuses heures d'attente.

Sur le champ des personnes âgées, l'ARS a commencé à traiter ce sujet, afin d'éviter les transferts des EHPAD vers les urgences, qui sont souvent suivis d'hospitalisations assez longues.

⁵⁶ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

⁵⁷ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

Une enquête nationale en 2013 de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du ministère de la santé (DREES) sur le recours aux services d'urgences des résidents en EHPAD a montré que sur le plan régional⁵⁸ 70% des patients n'avaient pas été régulés, 33 % des passages avaient été jugés non pertinents, 41% des passages avaient fait l'objet d'un retour à domicile sans hospitalisation, et que le médecin traitant n'avait été l'adresseur que dans 30% des cas. Cela fait écho aux enquêtes de panel auprès des médecins généralistes préalablement décrites.

L'organisation des appels et de la gestion des crises et des urgences en psychiatrie a été décrite dans une récente évaluation de l'ARS⁵⁹ comme peu structurée, peu lisible, peu connue à la fois des usagers, des aidants et des professionnels ainsi que partielle. La recommandation de février 2014 de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) à l'ARS sur les urgences a été peu suivie d'effets. L'organisation des services d'urgence hospitaliers pour prendre en charge les urgences psychiatriques demeure perfectible, sans progrès notable sur la période récente, la réflexion sur ce sujet devant intégrer l'émergence des unités psychiatriques d'accueil et d'orientation (UPAO). Dans le cadre des relations ville-hôpital, la création de structures de type UPAO est considérée comme une plus-value certaine. L'ARS n'a cependant pas investi la question de l'accès à un avis spécialisé en psychiatrie des médecins généralistes pour les situations d'urgence, cet accès demeurant aujourd'hui insuffisant. Avec un accès jugé difficile à un avis psychiatrique, les médecins généralistes adressent fréquemment leurs patients aux urgences en cas de crise ou d'urgence. Par ailleurs si la plupart des équipes mobiles en psychiatrie interviennent au maximum dans les 48 heures, elles ne se positionnent pas sur l'urgence.

Concernant la prise en charge des personnes en précarité, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières financées par l'ARS, peuvent orienter vers un médecin. Elles commencent à être saturées pour certaines d'entre elles. Des projets de maisons de santé s'adressant à ce type de public commencent à émerger à la suite d'un premier projet sur Angers. L'ARS finance encore quelques points santé. L'ARS s'interroge sur la prise en charge des soins de « bobologie » pour ces publics, de type infirmiers, qui ne sont pas assurés, car relevant le plus souvent du patient uniquement (rôle des centres de soins infirmiers, interventions dans les accueils de jour, service de soins spécialisés à domicile spécialisé...).

La pratique médicale s'appuie de plus en plus sur des examens paracliniques (biologie, radiologie...). Or, les établissements de santé ont tous ces équipements. Là où il n'y a pas de site d'urgence, des soins non programmés sont de plus en plus pris en charge en établissement de santé car la médecine de ville n'est pas organisée pour les prendre en charge. L'évolution des soins non programmés sont un vrai sujet de par l'évolution des pratiques médicales et des demandes des patients qui veulent accéder à des plateaux techniques. Comment la médecine de ville peut-elle alors accéder à des plateaux techniques ? Comment éduquer la population au juste recours aux plateaux techniques, alors qu'un comportement consumériste a pu se développer en faveur d'un check-up complet ?

Par ailleurs, beaucoup de patients n'ont pas ou plus de médecin traitant. Des délais longs de consultation sont parfois imposés.

Aussi, même s'il a été dit que l'ARS faisait son maximum dans le cadre de son PRS et du pacte territoire santé, elle est confrontée à l'importance d'évolutions démographiques médicales défavorables.

⁵⁸ Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2016-2019. Région Pays de la Loire. ARS-Assurance Maladie

⁵⁹ Evaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique. Rapport final. ARS. Septembre 2016.

Concernant les établissements à proprement parler, il ressort des rapports de certification (v2010, état au 27/10/2016) des établissements de santé établis par la HAS que, sur l'item "Prise en charge des urgences et des soins non programmés" (25a), 41 % des établissements concernés sont cotés A, 56% sont cotés B, 4% sont cotés C et 0% sont cotés D. Globalement satisfaisants, ces chiffres laissent toutefois une petite marge de progrès, 4% des établissements ayant une cotation péjorative.

Sur les profils des passages aux urgences, la région dispose désormais du panorama de l'observatoire régional des urgences (ORU)⁶⁰ mis en place par l'ARS, qui comporte notamment des indications sur la classification clinique des malades aux urgences (CCMU). Ainsi, les patients classés en CCMU 1 (patients ayant bénéficié essentiellement d'une consultation externe, sans acte complémentaire) représentaient ainsi 13% des passages aux urgences en 2015. Ces nombreux passages de faible gravité (CCMU1) peuvent interroger sur la pertinence du recours systématique aux urgences.

Le nombre de passages aux urgences pour 10 000 habitants, indicateur PRS, a connu une augmentation constante entre 2010 et 2015. Sur la période, le nombre de passages aux urgences a progressé de 21% (162 700 passages annuels de plus en 2015 par rapport à 2011), alors que la population légale progressait sur la période de 4% seulement. En conséquence, de 2 194 passages pour 10 000 habitants en 2010, ce ratio s'est établi à 2 552 passages en 2015 (soit une progression de 16%).

Les services d'urgence ligériens ont connu une croissance continue plus forte qu'au niveau national entre 2004 et 2014 (+3,7%/an contre +2,9% au plan national). Cela étant, les Pays de la Loire font partie des régions qui ont le plus faible taux de recours aux urgences en France. Le taux brut de recours aux urgences hospitalières est beaucoup plus faible en Pays de la Loire qu'en France (228 contre 296 pour 1000 habitants), notamment en Loire-Atlantique qui a un des cinq taux les plus bas de France. Assiste-t-on alors à un rattrapage ?

Les premiers travaux effectués par l'ORU mettent également en évidence des écarts très importants de recours aux urgences à l'intérieur de la région. Selon la SAE 2014, tous les départements de la région à l'exception de la Sarthe, présentent un taux de recours aux urgences inférieur à la moyenne nationale. La Sarthe n'excède que modérément la moyenne nationale (306 passages pour 1000 habitants pour une moyenne nationale de 296). La situation est en revanche moins favorable pour les patients âgés de 80 ans et plus. Le taux de recours des patients âgés de 80 ans ou plus est juste en dessous du taux national. Mais les départements de la Sarthe, de la Mayenne et de la Vendée ont un taux de recours supérieur à la moyenne nationale.

Les professionnels des MSP/PSP⁶¹ sont partagés sur l'accès à une structure de médecine d'urgence, notamment pour les urgences vitales, dans des délais compatibles avec l'état de santé, fonctionnant 365 jours par an et 24 h / 24 : 34% d'entre eux pensent que cet accès s'est amélioré, 27% pensent qu'il ne s'est pas amélioré et 39% ne savent pas. Les professionnels des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées sont eux 50% à considérer qu'il y a eu une amélioration.

Il est constaté une divergence entre la perception des professionnels des établissements de santé et ceux des MSP/PSP sur la pertinence du recours aux urgences et sur l'articulation permanence des soins ambulatoires/services d'urgence. Si 51% des professionnels des établissements de santé déclarent que la pertinence du recours aux services d'urgence (d'un point de vue médical) s'est plutôt ou tout à fait améliorée, ils ne sont que 34% des professionnels des MSP/PSP à le penser (22% pensent le contraire et 44% ne savent pas). De même si 49% des professionnels des établissements de

⁶⁰ Panorama 2015. Observatoire régional des urgences Pays de la Loire. Observatoire régional de la santé. Mai 2016.

⁶¹ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

santé déclarent que l'articulation entre la permanence des soins ambulatoires et les services d'urgences hospitaliers (structures d'urgence et SMUR) s'est plutôt ou tout à fait améliorée, ils ne sont que 34% des professionnels des MSP/PSP à le penser (19% pensent le contraire et 46% ne savent pas).

En revanche, ils sont d'accord sur l'évolution de la saturation des structures de médecine d'urgence. Seuls 12% des professionnels des établissements de santé déclarent que cette saturation a diminué (contre 65% qui pensent le contraire). 65% des professionnels des MSP/PSP ne pensent pas que la saturation des structures de médecine d'urgence a diminué (35% ne savent pas).

3.4 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.

73) La question des sorties d'hospitalisation mobilise à la fois l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé eux-mêmes au travers de la mise en place d'un certain nombre d'outils d'aval (exemples : dispositifs de coordination de l'aval, programme d'accompagnement de retour à domicile), qui généralement reçoivent un avis favorable des acteurs

Des efforts conjugués de l'ARS (dispositifs de coordination de l'aval, outil Via Trajectoire,..), de l'assurance maladie (programme d'accompagnement de retour à domicile) et des établissements eux-mêmes (dispositifs de gestion des lits, calés sur les propositions de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) : sortie des patients précoce et anticipée, avant midi...) ont porté sur les sorties d'hospitalisation (pertinence, modalités, délais). Le suivi de certains indicateurs par les établissements de santé (sortie et entrée le week-end, sorties tardives en EHPAD, sorties avant midi...) a montré des évolutions favorables aux dires des acteurs rencontrés.

Un accompagnement de l'ARS sur le management des lits hospitaliers a démarré début 2013. D'une manière globale, les établissements volontaires se sont engagés dans leur plan d'action à travailler notamment sur l'organisation de la gestion des sorties et la mise en place d'un pilotage et des outils de gestion. A la suite de cet accompagnement, en accord avec les établissements, un bilan collectif équipe projet/direction/consultants par établissement a été organisé afin de valider le plan d'action et d'assurer la pérennisation de la démarche.

La question des sorties d'hospitalisation a notamment intégré la problématique des taux de pertinence en soins de suite et de réadaptation. Si la densité d'offre régionale en soins de suite et de réadaptation est supérieure à la densité d'offre nationale (1,02 lits *versus* 0,86 lits pour 1 000 habitants), le poids de l'activité ambulatoire par ce secteur reste encore cependant très marginal (1,3% des lits). Les admissions proviennent principalement des secteurs de soins aigus (85%). Seuls 12% sont admises à partir de leur domicile. La productivité globale des soins de suite et de réadaptation est inférieure à la moyenne nationale : durée moyenne de séjour plus longue (30 jours *versus* 27 jours). Dans ce contexte, la pertinence a été également interrogée : 22% des journées d'hospitalisations jugées non

pertinentes et non justifiées en 2013 lors d'une enquête auprès de 18 établissements de soins de suite et de réadaptation adhérant au réseau QualiSanté.

De 88,1% en 2011, le taux de patients retournant directement au domicile après une intervention de chirurgie orthopédique programmée (indicateur PRS) s'est établi à 90,1 % en 2015. Si cette augmentation apparaît modeste sur la période, elle correspond du moins à une dynamique régulière. En effet, chaque année, le nombre de séjours suivis d'un retour à domicile augmente plus vite (ou diminue moins) que le nombre total de séjours de chirurgie programmée. Ainsi, entre 2011 à 2015, le nombre de séjours de chirurgie programmée suivis d'un retour à domicile a progressé de 10,6%, quand le nombre total de séjours en chirurgie programmée augmentait de 8,2%.

Il ressort des rapports de certification (v2010, état au 27/10/2016) des établissements de santé établis par la HAS que, sur l'item "Sortie du patient" (24a), 16 % des activités sont cotées A, 84 % sont cotées B, 0 % sont cotées C ou D. Ces chiffres traduisent une situation assez satisfaisante, aucun établissement ne faisant l'objet d'une cotation péjorative sur cet item.

L'anticipation des sorties n'est pas encore automatique (par exemple, un des points du projet PAERPA est de demander aux établissements de santé de penser à la sortie 48 heures après l'entrée mais il n'est pas certain que tous les établissements soient en ordre de marche pour cela).

L'ARS a lancé dès 2011 un appel à candidature pour le déploiement, dans chacun des cinq territoires de santé, de dispositifs de coordination de l'aval (DCA) du court séjour hospitalier. Ce nouveau dispositif a pris appui sur l'expérience acquise par les dispositifs d'orientation mis en place en 2008 et dont les missions ont évolué vers une mission d'appui aux acteurs en aval du court séjour, facilitant l'accord sur les pratiques, protocoles, et vers la résolution des situations bloquantes. Avec la mise en place des DCA, il s'agissait de casser des filières d'adressage un peu trop « automatiques » des prescripteurs.

Les Pays de la Loire sont l'une des seules régions à l'avoir adopté. Cette mise en place est considérée comme une très bonne idée selon les acteurs rencontrés, apportant une plus-value globale. L'objectif de ce type de dispositif manque cependant de clarté. L'orientation du patient doit se faire vers le bon dispositif, pas systématiquement un service de soins de suite et de réadaptation. Leur déploiement s'est effectué avec des différences de qualité, notamment en raison de problèmes de démographie médicale sur certains territoires.

C'est un dispositif qui a contribué à l'amélioration des sorties vers l'hospitalisation à domicile mais souvent par défaut, les patients n'étant pas toujours informés. Le DCA promeut ainsi le retour à domicile dans certains cas.

Les dispositifs de coordination de l'aval ont été mis en place autour de l'outil Via Trajectoire. Ils animent des comités territoriaux où tous les acteurs se rencontrent. Les travaux des DCA permettent de mieux cerner les pratiques. L'établissement de santé qui accepte un patient n'est pas toujours le plus adapté aux besoins de la personne. Par exemple, pour l'orientation d'un traumatisé crânien, il a été précisé qu'un hôpital de proximité avait cliqué tout de suite sur l'outil et ainsi accepté le patient au détriment d'un service de soins de suite neurologique. Tous les établissements de santé ne joueraient d'ailleurs pas le jeu des DCA. Certains peuvent adresser préférentiellement leurs patients qui ont été opérés vers leur propre service de soins de suite. Le passage en T2A des activités de soins de suite et de réadaptation devrait améliorer cette situation.

Les DCA donnent des avis mais ne se positionnent pas. Les orientations de situations complexes (exemple : fracture du col du fémur et pathologies intercurrentes) sont difficiles. Il n'y a pas d'instance qui impose des orientations. Les services de court séjour peuvent garder du coup trop longtemps certains patients.

Il est craint que les prises en charge en soins de suite soient de plus en plus lourdes à l'avenir, le domicile devant assurer les prises en charge les plus légères. La charge de soins se rapproche de plus en plus de celle du court séjour.

L'assurance maladie gère par ailleurs le programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO). Ce programme vise à fluidifier les parcours ville/hôpital. Il permet notamment d'accompagner la sortie des patients hospitalisés après une intervention en chirurgie orthopédique. Sur la région des Pays de la Loire, ce sont 23 établissements qui proposent ce service. Si l'assurance maladie souhaiterait mieux connaître le dispositif DCA, l'outil Via Trajectoire et leurs résultats, il a été précisé que ces dispositifs DCA et PRADO travaillent de plus en plus ensemble sur le terrain.

Enfin, un troisième dispositif est représenté par la mise sous accord préalable des gros prescripteurs de soins de suite et de réadaptation.

L'ARS a par ailleurs questionné le positionnement des équipes mobiles (équipes mobiles de gériatrie, équipes mobiles de soins palliatifs, équipes mobiles en psychiatrie) dans le parcours des patients, avant et après hospitalisation.

22 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) maillent ainsi le territoire régional. Une évaluation par l'ARS de ces équipes a démontré leur plus-value et leur légitimité dans l'exercice de leurs différentes missions en Pays de la Loire. Cette valeur ajoutée de l'accompagnement par une EMSP ressort notamment de l'articulation ville-hôpital que ces équipes facilitent à travers leur capacité d'anticipation des besoins des patients en situation palliative. Elles augmentent les chances de succès du retour à domicile et proposent les solutions qui limiteront les ré-hospitalisations évitables ou faciliteront les retours programmés à l'hôpital.

Les équipes mobiles en gériatrie sont décrites au § 66.

Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie également décrites au § 66 participent, en plus de leurs actions en amont d'une hospitalisation, aident à la préparation des sorties hospitalières.

Concernant le retour à domicile, ce dernier peut être difficile et malaisé. Aussi, une expérimentation de logement évolutif pour une nouvelle autonomie (LENA) mobilisant un SSIAD, un foyer logement ainsi que les établissements hospitaliers du territoire concerné a été lancée, consistant à aménager un appartement « de transition » qui puisse faciliter le retour à domicile des personnes en sortie d'hospitalisation. Dans cet espace équipé des nouvelles technologies numériques et domotiques, les personnes pourront tester différentes aides, qui, aménagées ensuite chez elles, faciliteront le retour et la vie quotidienne au domicile pour garder le maximum d'autonomie. Elles recevront de façon complémentaire les conseils de professionnels en ergonomie/ergothérapie, qui procéderont à des évaluations afin d'aider au choix des équipements et accompagner la prise en main.

Grâce au décloisonnement en cours des acteurs, l'hospitalisation à domicile (HAD) est de plus en plus intégrée en tant que possibilité de sortie d'hospitalisation. Les services d'hospitalisation à domicile notent ainsi une plus grande fluidité, avec des allers-retours entre hospitalisation classique et hospitalisation à domicile plus fréquents.

L'ensemble de la région est couverte par une offre d'hospitalisation à domicile. Le recours à l'HAD a été analysé dans une étude qualité efficacité de novembre 2014⁶². Le recours est plus faible en Pays de la Loire qu'au niveau national et par rapport à la cible ministérielle. La production de journées et de séjours sur la région a cependant progressé entre 2010 et 2013. L'activité régionale se caractérise également par une part plus importante des séjours de plus de 30 jours. Les soins palliatifs représentaient 30,7% des journées en 2013. Viennent ensuite les pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) ainsi que les soins de nursing lourds. En 2013, la part des séjours en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein était de 63,7% (en augmentation de +10 points par rapport à 2011), contre le domicile (33,6%).

Au total, on peut constater un taux de recours faible à l'HAD dans la région avec un recours très hétérogène sur les territoires, avec une activité de HAD très concentrée sur trois modes de prise en charge, 30% concernant les soins palliatifs. Certaines modalités de prise en charge en HAD sont particulièrement peu développées dans la région. C'est le cas de la modalité « chimiothérapie anticancéreuse ».

Un plan d'actions régional 2015 de l'ARS prévoit de conforter la structure de l'offre en HAD, d'augmenter son accessibilité et de renforcer la pertinence de son recours. Quelques tensions avec les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'aide à domicile sont évoquées ici ou là (problème des interventions le week-end, de la lourdeur des prises en charge). Ailleurs, l'HAD travaille en étroite collaboration avec les SSIAD (par exemple il n'y a pas d'aide-soignante en HAD d'où appel aux aides-soignantes des SSIAD). Cela permet aux patients de bénéficier d'une certaine continuité dans les soins.

Parmi d'autres initiatives, il convient de citer la création d'infirmiers de parcours implantés en établissement de santé (3 établissements concernés), suite à un appel à projets concernant 90 infirmiers de parcours en France. Les médecins traitants disposent du numéro de téléphone de cet infirmier de parcours. Parallèlement 10 infirmiers de parcours avaient été implantés en MSP/PSP en France (dont un en région est resté en place).

Avec le développement de la chirurgie ambulatoire et de la médecine ambulatoire, la question de la sortie d'hospitalisation devrait être facilitée.

74) L'outil Via Trajectoire, déjà déployé entre court séjour et soins de suite et de réadaptation/hospitalisation à domicile/domicile et en cours de déploiement expérimental vers le médico-social, reçoit globalement l'approbation des acteurs sur son rôle visant à faciliter la fluidité des parcours et améliorer la pertinence des orientations post-hospitalisations

Afin de favoriser la fluidité des parcours des patients entre les établissements de santé, l'outil informatisé et médicalisé d'aide à l'orientation des patients « Via Trajectoire » a été déployé dans la région des Pays de la Loire d'octobre 2010 à l'été 2011. Pour les services de court séjour, cet outil est une aide à l'orientation des patients nécessitant un transfert vers un établissement de soins de suite ou une structure d'hospitalisation à domicile. Il permet à l'établissement de court séjour un suivi de ces demandes d'admission et d'anticiper au mieux le transfert du patient. Pour les établissements de soins de suite et les structures d'hospitalisation à domicile, il permet de répondre plus rapidement aux

⁶² L'hospitalisation à domicile en Pays de la Loire., les études qualitefficience. Note d'analyse. Novembre 2014.

demandes des établissements de court séjour et de recevoir des patients en adéquation avec leurs missions.

Le respect du libre choix du patient et du prescripteur est préservé et la transparence et la fluidité des parcours de santé sont améliorées. Via Trajectoire est ainsi reconnu comme un outil de fluidité. Il met en avant les besoins de flux. Mais au final, les acteurs choisissent leurs profils. Via Trajectoire a en fait une double fonction : observatoire et orientation. C'est un outil pour tracer les flux, pour comprendre les nœuds d'engorgement et pour l'aide à l'admission.

Au 31 décembre 2011, l'outil Via Trajectoire était déployé sur l'ensemble des acteurs sanitaires de la région.

Un marqueur de qualité de la fluidité des parcours est la capacité des acteurs à prendre en compte l'environnement de la personne. La première condition est que les acteurs puissent disposer d'informations sur cet environnement. En conséquence, l'ARS Pays de la Loire a retenu comme indicateur clé de l'orientation stratégique du PRS « une coordination des acteurs pour des parcours efficaces » la proportion des dossiers dans Via Trajectoire comportant des informations sur l'environnement de la personne. On fait l'hypothèse que les choix d'orientation ne peuvent pas être optimaux (notamment en termes d'efficacité) si les utilisateurs de Via Trajectoire ne disposent pas de données sur l'environnement de la personne (comme facteur permettant ou, à l'inverse, s'opposant à un retour à domicile). Les indications suivantes étaient concernées : mention du médecin traitant, existence d'une protection juridique, fait que la personne vive seule, mention d'intervenants au domicile et type de logement. De 2011 à 2015, la part des prescriptions de soins de suite et de réadaptation comportant ensemble toutes ces mentions a progressé de 11 points, passant de 14% à 25%, ce dans un contexte où le nombre de fiches dans Via Trajectoire a plus que doublé sur la période.

Les évolutions sont plus spectaculaires encore item par item (on regarde si tel item est renseigné, quel que soit le niveau de remplissage des autres) :

- Mention du médecin traitant : 43% en 2011, 58% en 2015 ;
- Mention d'une protection juridique : 27% en 2011, 42% en 2015 ;
- Mention sur le fait que la personne vive seule ou pas : 40 % en 2011, 81% en 2015 ;
- Mention relative aux intervenants à domicile : 31 % en 2011, 66% en 2015 ;
- Mention sur les conditions de logement : 30% en 2011, 59% en 2015.

Ces données démontrent une nette amélioration du remplissage des données dans Via Trajectoire concernant l'environnement de la personne. Le nom du médecin traitant est cependant une mention qui a relativement peu évolué, et apparaît relativement faible (58% des prescriptions) au regard des enjeux en termes de continuité de la prise en charge.

L'outil Via Trajectoire peut paraître adapté aux besoins de fluidité, à condition toutefois que tout soit bien noté dans le dossier (ex : bactéries multirésistantes, molécules onéreuses, absence de sortie d'aval au domicile...).

Le déploiement de cet outil a connu un réel succès. Il a été indiqué qu'il n'y avait plus de discussions sur la pertinence de cet outil, alors qu'il y avait eu des réticences au début. Les critiques du genre «on n'a jamais l'information», «on doit faire plein de demandes»... n'existent plus. Il est massivement utilisé même s'il pourrait l'être plus. L'ensemble de ses possibilités n'est pas connu de tous.

Via Trajectoire a eu un vrai impact sur le terrain : une beaucoup plus grande fluidité avec les services de soins de suite et de réadaptation a été constatée, avec des dialogues constants entre établissements. L'arrivée de Via Trajectoire dans le médico-social est attendue, malgré certaines réserves.

Via Trajectoire n'est cependant pas toujours utilisé faute de temps. Un établissement de santé peut préférer faire une demande directement par exemple en soins de suite neurologique, ce dernier pouvant se permettre de prendre le patient plus tard, le temps qu'une place se libère. Avec Via Trajectoire, ce serait indiqué qu'il y a un manque de place, avec la nécessité de redemander plus tard l'orientation (situation considérée comme un refus, alors que ce n'en est pas un). Aussi, certains acteurs pensent qu'il ne faudrait pas que toutes les orientations soient incluses dans cet outil. Le dossier Via Trajectoire peut se substituer au dossier d'admission en soins de suite polyvalents, mais cela paraît beaucoup plus difficile pour des soins de suite spécialisés. L'intérêt résiderait alors dans la traçabilité des flux. En sortie de chirurgie cardiaque, la pratique consistant en des appels téléphoniques entre professionnels de santé qui se connaissent, suivie d'une régularisation ensuite par Via Trajectoire a été citée.

Le risque de déploiement généralisé de Via Trajectoire est de faire perdre la connaissance entre acteurs. Il a été dit que son utilisation ne devait pas être systématique. C'est donc un bon outil, qui ne doit pas être exclusif.

Depuis le mois de décembre 2015, Via Trajectoire est en cours de déploiement sur le médico-social pour personnes âgées sur le territoire ligérien à commencer par le département de la Vendée. L'utilisation du portail se développe et s'intensifie davantage. Le département de la Sarthe a également donné son accord pour le déploiement de la plateforme courant 2016. Tout le monde pourra ainsi utiliser le même outil, pour solutionner les cas bloquants. Si nombre de cas bloquants ont disparu, il en reste beaucoup concernant les orientations vers le secteur médico-social pour handicapés adultes. Pour les EHPAD, peu d'entrées se font via les services de court séjour et de soins de suite et de réadaptation. La plupart des entrées proviennent du domicile.

Le déploiement de l'outil Via Trajectoire en EHPAD reçoit certaines critiques. Cet outil risquerait de gommer tout le travail de préparation à une entrée en EHPAD, d'augmenter les tensions entre structures. Mais cela peut être un outil intéressant pour sa fonction d'observation devant les files d'attente en EHPAD caractérisées par des inscriptions multiples ou non justifiées. Un risque éthique est également pointé par la déshumanisation du travail de deuil à l'entrée en EHPAD au travers d'un outil purement mécanique.

Le déploiement de cet outil dans le champ des personnes handicapées suscite également quelques interrogations sur son application.

Quel impact des DCA et de l'outil Via Trajectoire sur le retour à domicile des personnes hospitalisées en court séjour ? Il est difficile de le renseigner. On peut dire qu'elles y retournent probablement dans de meilleures conditions. Elles restent moins longtemps en hospitalisation de court séjour et de moyen séjour. Des scores ont pu être établis (ex : suites d'une chirurgie du genou) pour décider d'un retour à domicile ou non. L'ARS s'est saisi de Via Trajectoire comme d'un outil de statistique. Cependant les données ne sont pas forcément fiables, car par exemple, en sortie d'hospitalisation l'HAD est souvent assimilée à un retour à domicile.

75) L'ARS a positionné les hôpitaux de proximité en plateformes d'appui au premier recours avec la volonté notamment de créer des consultations avancées, mais le chantier reste largement ouvert

Du fait de la forte densité régionale des hôpitaux de proximité, une orientation de leur part comme plateforme d'appui au premier recours a été développée : développement des consultations avancées, localisation des maisons médicales de garde, création d'équipes d'appui en adaptation et réadaptation au premier recours pour la vie à domicile. Ceci s'est notamment accompagné du regroupement de lits de médecine et de soins de suite et de réadaptation pour certains sites.

L'ARS a incité à la mise en place de consultations avancées dans les hôpitaux de proximité *via* les CPOM hospitaliers.

Les hôpitaux de proximité jouent en principe un rôle d'appui au premier recours, mais des inégalités territoriales existent. Les différentes « briques » (missions) permettant d'assurer une réponse de proximité sanitaire sur les territoires ont plus ou moins été mises en place localement, y compris pour la première brique :

- mission d'appui au premier recours (aide à la réalisation d'un plan personnalisé de soins, évaluation gériatrique, accès à expertise, information des libéraux, éducation thérapeutique du patient...);
- soutien au parcours de la personne âgée/situation complexe et notamment l'aval du court séjour, intégrant une offre de lits intermédiaires dits « lits d'observation », de courte durée, d'environnement peu médicalisé pour observation d'une situation à risque ou d'un état clinique susceptible d'évoluer, en lien fort avec les médecins généralistes du secteur ;
- consultation avancée de spécialistes (sur site ou par télé-médecine) ;
- développement d'activités hors les murs.

76) La gestion de situations complexes concernant notamment les personnes âgées et les personnes handicapées impacte le fonctionnement des services de court séjour et de soins de suite et de réadaptation, malgré le déploiement d'outils

Les durées d'hospitalisation sont de plus en plus courtes, y compris chez les personnes âgées. Ainsi, la Durée Moyenne de Séjour (DMS) concernant différentes Catégories Majeures de Diagnostic (CMD)⁶³ chez les personnes âgées de plus de 80 ans, suivie comme indicateur du PRS, a diminué de 13% entre 2011 et 2015, passant de 9,6 à 8,4 jours. Les DMS diminuent dans toutes les CMD composant ce panier. Cette évolution est toutefois contrastée selon les CMD considérées. La plus forte évolution concerne les CMD 19MZ (maladies et troubles mentaux en médecine), dont la DMS a diminué de 29% sur la période, passant de 11,5 à 8,2 jours. La DMS des CMD 01M (affections du système nerveux en médecine) a connu une diminution de 21%, passant de 10,28 à 8,11 jours. A l'inverse, certaines DMS diminuent très peu : affections de l'appareil circulatoire en médecine (CMD05MZ) : - 0,8 jours (soit -9%), pour s'établir en 2015 à 7,7 jours.

Mais la durée moyenne des séjours de médecine et/ou de chirurgie suivis d'un séjour en soins de suite et de réadaptation ou en hospitalisation à domicile (indicateur PRS) a globalement stagné sur la

⁶³ Affections du système nerveux, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettiques et du tissu conjonctif, maladies et troubles mentaux

période. De 13,1 jours en 2010, elle a faiblement diminué jusqu'à un minimum de 12,8 jours (représentant une baisse de 2% par rapport à 2010), avant de remonter à nouveau en 2015 à une durée de 13 jours.

Les sorties d'hospitalisation des personnes âgées et des personnes handicapées posent toujours des problèmes. Il faut souvent prévoir des aménagements particuliers. S'y ajoute le problème des personnes isolées, vivant seules à qui on ne peut pas proposer de chirurgie ambulatoire en théorie. Dans un département, la fluidité nécessaire pour prendre en charge des personnes handicapées en situation de crise reste encore à travailler mais depuis deux ans environ des éléments de parcours se construisent entre acteurs, prévoyant des hospitalisations. Ce qui fait qu'en situation de crise, des conventions et des modes d'organisations permettent de gérer les entrées et les sorties de façon plus anticipée : passage potentiel préparé, modalités de sortie prédéterminées (temps plein, temps partiel, temps partagé...).

Si une meilleure organisation des structures à domicile dans la région est saluée, il persiste des problèmes de transmission des informations.

Des journées en soins de suite et de réadaptation ne sont pas pertinentes, dues notamment à des problèmes d'orientation vers le secteur médico-social quand les profils sont singuliers, dès lors que le retour à domicile est impossible. C'est le problème des trajectoires complexes (ex : polyhandicapés), où les patients sont gardés en court séjour voire en soins de suite. L'ARS dispose sur ce secteur une compétence partagée avec les Conseils Départementaux, avec qui des solutions doivent être discutées. Le manque de solutions de répit est également mis en avant. Les structures médico-sociales ne sont pas toujours ouvertes 24h/24, 365 jours par an. Des services de soins de suite et de réadaptation pédiatriques peuvent pallier dans ce contexte des manques de places en médico-social.

Des présentations de cas complexes sont effectuées à la maison départementale des personnes handicapées, ou à d'autres instances... Elles permettent d'alimenter la réflexion et d'éviter que des acteurs se heurtent de front. Mais il n'y a pas toujours de solution trouvée malgré tout.

Il faudrait développer une modalité d'entrée pour ces situations complexes. Pourquoi pas avec le dispositif de coordination de l'aval? Cela commence à se développer.

Deux modèles de cadre sont possibles pour gérer ces situations entre acteurs : intégration des acteurs qui sont en confiance ou bien mission confiée à des gestionnaires de cas complexes. Mais les logiques de financement et de règlementation sont percutées. Un service de soins de suite spécialisé en rééducation fonctionnelle a relevé que 5% des personnes relèveraient d'un tel besoin.

La fonction de veille sanitaire de l'ARS lui permet d'observer certains dysfonctionnements pour des patients spécifiques (événements indésirables graves, dysfonctionnements dans le parcours des patients). Ainsi, a pu être évoqué que la prise en charge de patients avec des bactéries hautement résistantes peut être refusée en service de soins de suite ou en EHPAD.

77) L'articulation entre les établissements de santé et la médecine de premier recours reste difficile en général, malgré certaines avancées

66% des 122 CPOM signés par l'ARS avec des établissements de santé comportent des objectifs en termes de relations ville-hôpital (notamment organisation des entrées/sorties). Ces objectifs représentent 11% des 1 103 objectifs contractualisés avec les établissements de santé.

Une enquête de panel⁶⁴ menée par l'ORS auprès des médecins généralistes de mars à juin 2012 montrait que 71% des médecins généralistes déclaraient avoir reçu le compte-rendu d'hospitalisation de la dernière personne âgée dépendante vivant en EHPAD qu'ils avaient fait hospitaliser, et parmi ceux qui avaient reçu ce compte-rendu, 41% considéraient que le courrier leur avait été adressé dans un délai non satisfaisant pour permettre la continuité des soins. Les contacts préalables de l'hôpital avec le médecin traitant pour préparer la sortie de la personne âgée étaient rares, seulement 5% des médecins généralistes déclarant que ce contact avait eu lieu. Que ce soit en termes de préparation de l'admission, d'avis d'admission, de délai de production du compte-rendu de sortie, ou de contact préalable pour préparer la sortie, ces différents résultats témoignaient des difficultés à organiser les échanges d'informations entre le monde hospitalier et le médecin traitant.

Une autre enquête de panel⁶⁵ sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile sur la même période montrait que 81% des médecins généralistes déclaraient avoir reçu le compte-rendu d'hospitalisation de la dernière personne âgée dépendante vivant à domicile. 53% des médecins généralistes qui avaient reçu un compte-rendu jugeaient que le courrier avait été adressé dans des délais satisfaisants pour permettre la continuité des soins. Seulement près d'un praticien sur sept déclarait un contact direct de l'équipe soignante du service hospitalier auprès d'eux. Cette prise de contact de l'établissement était nettement plus fréquente parmi les médecins généralistes qui déclaraient avoir eux-mêmes tenté de joindre un service hospitalier avant d'adresser une personne âgée dépendante aux urgences (20% contre 6% sans contact préalable).

Ces enquêtes n'ont pas été reproduites ; il aurait été intéressant de constater ou non des progrès dans cette articulation sur cette problématique.

Pour les acteurs rencontrés, cette question sur les sorties d'hospitalisation dépend aussi des établissements de santé, avec des comportements différents par exemple entre les hôpitaux de proximité et les hôpitaux référents. Il y a beaucoup de différences de pratiques entre les différents services d'un même établissement de santé. Une légère amélioration globale est constatée, notamment sur le plan de la communication entre les hôpitaux et les acteurs de ville (fiches de liaison, messagerie sécurisée...). Les acteurs de ville prennent mieux le relais, grâce notamment au développement de structures à domicile (auparavant cela passait uniquement par les infirmiers). Le constat est cependant toujours fait de nombreuses personnes âgées retournant à domicile sans information au médecin traitant (absence de raison de l'hospitalisation, pas de transmission au médecin traitant de l'ordonnance de sortie...). Les mêmes griefs à propos des sorties le vendredi soir et les retours la nuit même sont rapportés. Si cela s'améliore, des inégalités territoriales persistent. La mise en place de numéros téléphoniques dédiés, suite au benchmark des consultations externes, varie selon les établissements de santé. Ce benchmark des consultations externes a permis de renforcer les relations ville-hôpital, à l'instar du benchmark des centres médico-psychologiques, même si moins d'acteurs ont été ensuite impliqués dans les plans d'action et d'accompagnement.

Ces relations ville-hôpital (anticipation des sorties, continuité des soins à domicile...) dépendent aussi de la démographie des professionnels du premier recours. Si beaucoup de MSP/PSP ont souhaité travailler sur les entrées/sorties de l'hôpital, c'est un sujet difficile à faire avancer. C'est plus facile quand il s'agit d'un hôpital de proximité (mêmes médecins dans les 2 structures).

⁶⁴ ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant en institution par les médecins généralistes des Pays de la Loire, n°8. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p.

⁶⁵ ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les médecins généralistes des Pays de la Loire, n°7. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p

Si, du point de vue de l'accès aux droits, les permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS) remplissent leurs missions, l'articulation entre ces PASS et la médecine de ville est trop peu structurée. Les PASS ont une connaissance inégale et généralement peu précise sur l'inscription des usagers primo-consultants auprès d'un médecin traitant. L'accompagnement vers la médecine de ville est une mission très variablement investie par les PASS, qui ne fait pas consensus. La médecine de ville dispose de son côté d'une faible visibilité sur les PASS. Ces constats avaient été dressés lors de l'évaluation de la politique régionale en faveur de la santé des personnes en grande vulnérabilité. Depuis lors, l'ARS a réalisé une communication sur les PASS.

78) L'évolution de la pertinence des orientations en sortie d'hospitalisation est diversement appréciée selon les types d'acteurs, les établissements de santé ayant une appréciation la plus favorable et les professionnels des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels la moins favorable

Concernant la pertinence des orientations⁶⁶ :

- 79% des professionnels des établissements de santé estiment que la pertinence des orientations en sortie d'hôpital s'est améliorée ;
- Les professionnels des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées sont partagés quant à l'amélioration de cette pertinence. Ils ne sont que 32% à se déclarer plutôt d'accord avec une amélioration ;
- Seuls 24% des professionnels des MSP/PSP pensent qu'elle s'est améliorée. 53% pensent le contraire. 24% ne savent pas.

Concernant le rôle des dispositifs de coordination de l'aval et de l'outil Via Trajectoire⁶⁷

- 70% des professionnels des établissements de santé déclarent que les dispositifs de coordination de l'aval (et Via Trajectoire) ont amélioré la pertinence des orientations en soins de suite et de réadaptation.

Les établissements de santé mettent l'accent, concernant la politique de l'ARS en matière d'organisation du premier recours et de ses articulations avec les soins spécialisés, sur l'aval des prises en charge hospitalières. Si les dispositifs d'aval sont nombreux et se sont développés, ils restent pour eux insuffisants pour endiguer des flux hospitaliers notamment aux urgences en constante augmentation.

79) Les sorties d'hospitalisation sont davantage travaillées entre les établissements de santé et leurs partenaires, selon l'ensemble des acteurs, sauf pour les professionnels des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels

Concernant les relations de travail entre établissements de santé et premier recours⁶⁸ :

- 69% des professionnels des établissements de santé estiment que les sorties sont davantage travaillées avec le premier recours ;

⁶⁶ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

⁶⁷ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

⁶⁸ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

- Mais seuls 35% des professionnels des MSP/PSP pensent que ces sorties sont davantage travaillées avec le premier recours. 55% pensent le contraire. 10% ne savent pas.

Concernant les relations de travail entre établissements de santé et établissements/services médico-sociaux⁶⁹ :

- 71% des professionnels des établissements de santé estiment que ces sorties sont davantage travaillées avec les établissements et services médico-sociaux ;
- 53% des professionnels des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées pensent que ces sorties sont davantage travaillées avec les établissements et services médico-sociaux contre 38% qui pensent le contraire.

80) Les délais de retour à domicile ou en établissement médico-social en sortie d'hospitalisation et les délais d'attente pour une admission en soins de suite et de réadaptation ont diminué et les transferts entre services et entre établissements de santé se sont améliorés selon les établissements de santé eux-mêmes

Concernant les délais de retour à domicile⁷⁰, le consensus est assez large :

- 70% des professionnels des établissements de santé estiment que les délais de retour à domicile en sortie d'hospitalisation ont diminué ;
- 68% des professionnels des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées estiment que ces délais ont diminué ;
- 74% des professionnels des MSP/PSP pensent que ces délais ont diminué.

56% des professionnels des établissements de santé déclarent que les délais d'attentes pour une admission en soins de suite et de réadaptation ont diminué (contre 33% qui pensent le contraire).

Seuls 22% des professionnels des établissements de santé (mais 52% des professionnels des établissements de santé qui savent répondre) déclarent que les équipes d'appui en adaptation et réadaptation (EAAR) ont plutôt ou tout à fait permis de faciliter le retour à domicile en sortie d'hospitalisation. Les professionnels des MSP/PSP sont partagés sur le fait que ces EAAR aient permis de faciliter le retour à domicile en sortie d'hospitalisation. 29% d'entre eux pensent cela. 24% pensent qu'il ne s'est pas amélioré. 46% ne savent pas.

Enfin, 61% des professionnels des établissements de santé déclarent que les transferts sont plus adéquats entre les service hospitaliers, ainsi qu'entre les établissements de santé.

⁶⁹ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

⁷⁰ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

4. LE SOUTIEN A LA VIE EN MILIEU ORDINAIRE

Critères d'évaluation
<i>Des réalisations ont été menées en matière de soutien à la vie en milieu ordinaire</i>
<i>Le développement de l'accompagnement des personnes a favorisé la vie en milieu ordinaire</i>

Compte tenu de la réalisation concomitante de l'évaluation de la politique en faveur des personnes âgées, ne sont traités ici que les champs des personnes en situation de handicap adultes et enfants. Le champ des personnes âgées peut cependant être évoqué pour signaler une dynamique différenciée par rapport au champ du handicap. Dans le domaine sanitaire, seule l'hospitalisation à domicile (HAD) est évoquée ici ; la chirurgie ambulatoire est abordée dans le paragraphe relatif au premier recours et à son articulation avec les soins spécialisés.

Conclusion 4 :

Dans le champ médico-social (personnes handicapées), on constate une action volontariste de l'ARS en matière de soutien à la vie ordinaire dont les résultats 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.

4.1 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

81) Une priorité très forte a été donnée par le PRS / PRIAC aux solutions permettant le maintien en milieu ordinaire de vie

C'est, avec le rééquilibrage d'équipement entre les territoires de santé, l'une des orientations fortes du PRS, qui a été soutenue avec constance par l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire.

82) Soutenue tant par des créations de places que par des redéploiements d'offre institutionnelle, l'offre de services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées a progressé significativement en volume en Pays de la Loire entre 2010 et 2016

Une croissance significative en volume est constatée : évolution des capacités en volume de plus de 25% sur le secteur enfants comme sur le secteur adultes.

Sur le secteur enfance, 799 places de SESSAD ont été créées entre 2010 et 2016, soit un taux d'évolution de 25,7%.

SESSAD				
Territoire	Janvier 2010	Avril 2016	Evolution en nombre	Evolution en pourcentage
44	1 014	1341	+ 327	+ 32,2%
49	790	1014	+ 224	+ 28,4%
53	349	370	+ 21	+ 6,0%
72	515	569	+ 54	+ 10,5%
85	447	620	+ 173	+ 38,7%
région	3 115	3 914	+ 799	+ 25,7%

Sur le secteur adulte, 192 places de services (SAMSAH/ SSIAD/SPASAD) ont été créées, soit un taux d'évolution de 28,4 %.

SAMSAH/SSIAD/SPASAD				
Territoire	Janvier 2010	Avril 2016	Evolution en nombre	Evolution en pourcentage
44	195	255	60	30,8%
49	172	208	36	20,9%
53	114	114	0	0,0%
72	100	160	60	60,0%
85	95	131	36	37,9%
région	676	868	192	28,4%

Entre 2010 et 2016, on observe une croissance des taux d'équipement de 0,7 places pour 1 000 habitants sur le secteur enfance (Taux 2016 = 4,1 pour 1 000) et de 0,1 places pour 1000 habitants sur le secteur adulte⁷¹.

83) 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, même si la situation est très contrastée entre le secteur adulte et le secteur enfance, au bénéfice de ce dernier

La part des services dans l'offre en faveur des personnes en situation de handicap (secteurs enfants et adultes) s'établit en avril 2016 à 34,8% des capacités (contre 31,1% en janvier 2010, sachant que le PRS comportait l'objectif d'atteindre 35% en fin de projet).

Sur le secteur enfants, cette part est de 42,6% en avril 2016 (*versus* 37,1% en janvier 2010).

Sur le secteur adultes, elle s'établit à 19,1% en avril 2016 (*versus* 17,7% en janvier 2010).

Dans le secteur adultes, non seulement la part de services dans l'offre est très inférieure au secteur enfants, mais elle a également moins progressé entre 2010 et 2016⁷².

⁷¹ Données équipement : source ARS (DAMS) ;

Données populations : Insee - Estimations de population (Estimation de population au 1er janvier 2015, par département, sexe et âge quinquennal) - Données actualisées au 19 janvier 2016

⁷² Données FINSS hors : établissements et services expérimentaux, CAFS, Etablissement HT, CAMSP, CMPP

Enfants	SESSAD		Etablissements		% milieu ordinaire / institution		Evolution
	Janvier 2010	Avril 2016	Janvier 2010	Avril 2016	Janvier 2010	Avril 2016	
44	1 014	1341	2 078	2100	32,8	39,0	+ 6,2
49	790	1014	1 432	1332	35,6	43,2	+ 7,7
53	349	370	306	333	53,3	52,6	- 0,7
72	515	569	754	767	40,6	42,6	+ 2,0
85	447	620	706	746	38,8	45,4	+ 6,6
Région	3115	3914	5276	5278	37,1	42,6	+ 5,5

Adultes	SAMSAH/SSIAD/SPASAD		MAS/FAM		% milieu ordinaire / institution		Evolution
	Janvier 2010	Avril 2016	Janvier 2010	Avril 2016	Janvier 2010	Avril 2016	
44	195	255	1055	1356	15,6	15,8	+ 0,2
49	172	208	693	740	19,9	21,9	+ 2,1
53	114	114	230	260	33,1	30,5	- 2,7
72	100	160	594	592	14,4	21,3	+ 6,9
85	95	131	569	736	14,3	15,1	+ 0,8
Région	676	868	3141	3684	17,7	19,1	+ 1,4

Enfants + Adultes	Services		Etablissements		% milieu ordinaire / institution		Evolution
	Janvier 2010	Avril 2016	Janvier 2010	Avril 2016	Janvier 2010	Avril 2016	
44	1 209	1 596	3 133	3 456	27,8	31,6	+ 3,7
49	962	1 222	2 125	2 072	31,2	37,1	+ 5,9
53	463	484	536	593	46,3	44,9	- 1,4
72	615	729	1 348	1 359	31,3	34,9	+ 3,6
85	542	751	1 275	1 482	29,8	33,6	+ 3,8
Région	3791	4782	8417	8962	31,1	34,8	+ 3,7

84) 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

L'ARS a incité au développement d'une offre souple et inclusive. L'idée centrale est l'adaptation des accompagnements en fonction des évolutions des besoins de la personne. Il s'agit de privilégier les solutions inclusives, mais en pouvant graduer la réponse en fonction des besoins de la personne, sans systématisme (logique de dispositifs, de plateformes...).

A titre d'illustration, la région a participé à l'expérimentation du dispositif ITEP, permettant de moduler l'accompagnement des enfants entre temps en milieu ordinaire et temps en milieu adapté en fonction de l'évolution de leurs besoins, sans qu'une décision MDPH préalable soit nécessaire pour cette adaptation.

De même, l'ARS a encouragé l'approche en termes de file active plutôt qu'en nombre de places, afin d'introduire une souplesse de gestion, notamment pour les SESSAD.

Par ailleurs, dans le cadre d'un partenariat avec l'Education Nationale, l'ARS a encouragé et accompagné la délocalisation d'unités d'enseignement d'IME dans des établissements scolaires ordinaires. Dans le cadre du plan autisme, quatre unités d'enseignement en maternelle pour enfants présentant des troubles de la sphère autistique ont ainsi été créées.

85) Hormis dans le champ de la psychiatrie, l'ARS ne s'est investie qu'à partir de 2015 sur le développement de l'hospitalisation à domicile, ce qui rend prématurée l'émission de constats sur les effets de cette politique

Suite à des circulaires nationales en 2013 et 2014 appelant au développement de l'HAD, l'ARS a commencé à investir ce sujet en 2015. Suite à une étude réalisée sur le sujet, évoquant le maillage du territoire régional, les taux de recours à l'HAD et les prises en charges concernées, l'ARS a arrêté des orientations régionales visant à :

- conforter la structure de l'offre en HAD (amélioration de la couverture territoriale, amélioration de leur visibilité) ;
- augmenter l'accessibilité à l'HAD (favoriser la prescription, favoriser la diversification des modes de prise en charge, inscrire l'HAD dans les parcours de soins) ;
- renforcer la pertinence du recours à l'HAD (information des professionnels sanitaires et médico-sociaux, revue de pertinence des séjours, faciliter les nouveaux modes de prise en charge en identifiant dans un cadre partenarial les situations médicales les plus indiquées en HAD).

Compte tenu de l'impossibilité juridique de développer l'HAD dans ce domaine, l'ARS a lancé une expérimentation de Soins de Particulière Intensité à Domicile en psychiatrie.

Cinq équipes de ce type ont été créées en région dans le cadre d'un appel à projets spécifique lancé en 2012, dont l'une spécifiquement ciblée sur les relations mère-bébé.

L'évaluation de ces dispositifs n'a pas encore été menée. Néanmoins, elles ont vocation à s'intégrer dans la réflexion plus large sur les interventions à domicile en psychiatrie, sur lesquelles une évaluation spécifique a été menée en 2015.

86) La perception des acteurs a favorablement évolué sur l'intérêt d'une offre sanitaire et médico-sociale privilégiant la vie en milieu ordinaire, même si une partie des acteurs met en garde contre un systématisme de ce mode d'accompagnement

Les enquêtes auto-administrées menées auprès des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux du champ du handicap et des professionnels exerçant dans les MSP/PSP comportaient la question suivante : « Votre point de vue sur l'intérêt d'une offre sanitaire et médico-sociale privilégiant la vie en milieu ordinaire a-t-il évolué depuis 4-5 ans ? ».

50% des répondants tous acteurs confondus ont répondu « Oui, et mon opinion est plus favorable ». S'y ajoutent 15% des répondants dont le point de vue n'a pas évolué, mais qui ont une opinion positive. Toutes catégories confondues, ce sont donc près de 2/3 des répondants qui perçoivent favorablement une offre sanitaire et médico-sociale privilégiant la vie en milieu ordinaire.

L'opinion des professionnels des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées a à la fois progressé plus que la moyenne, et est plus largement positive : 58 % indiquent que leur point de vue a évolué et que leur opinion est plus favorable, auxquels s'ajoutent 13 % des répondants dont le point de vue n'a pas évolué et dont l'opinion est positive.

Cette progression est à mettre en perspective avec une certaine méfiance initiale des acteurs de ce champ, encore marqué par une histoire plutôt institutionnelle de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Ceci étant, les acteurs du champ médico-social mettent en garde contre le « tout domicile », dans le sens où cet accompagnement doit procéder d'un choix (et non être subi en raison d'un manque de places en institution), correspondre au souhait de la personne et de la famille, et être pertinent compte tenu du degré de handicap de la personne. Aussi, sans remettre en cause l'intérêt de solutions privilégiant le maintien en milieu ordinaire, ces acteurs appellent-ils à veiller à ce que les besoins en offre institutionnelle soient eux aussi couverts.

Le même constat a été dressé en ce qui concerne spécifiquement la scolarisation des enfants en situation de handicap lors de l'évaluation de la politique régionale en faveur du bien être des jeunes de moins de 25 ans : la scolarisation des jeunes en situation de handicap en milieu ordinaire doit tenir compte des déficiences des jeunes et ne doit pas être systématique, au risque de devenir maltraitante dans certaines situations. Ce que les acteurs appellent généralement de leur vœu, c'est l'existence d'une palette d'offre souple, permettant d'adapter la proposition d'accompagnement en fonction des évolutions de la personne, à la fois évolutive et réversible, permettant de recourir tantôt à des solutions inclusives, tantôt à des solutions en secteur protégé.

87) 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

L'estimation des besoins des personnes en situation de handicap pourrait être documentée par l'exploitation des orientations formulées par les commissions départementales de l'autonomie et les suites données à ces orientations.

Or, l'évaluation de la politique régionale en faveur du bien être des jeunes de moins de 25 ans a mis en évidence que les données des MDPH/MDA n'étaient pas disponibles à un niveau régional et que, quand bien même elles le seraient, leur comparaison serait difficile en raison des différences de pratiques des commissions départementales de l'autonomie en termes d'orientation.

88) 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 évidente (une proportion importante d'acteurs n'expriment pas d'opinion) ; lorsque les professionnels d'établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées expriment une opinion sur l'évolution de l'offre en milieu ordinaire et son niveau de réponse aux besoins, les jugements sont généralement mitigés, dominant l'idée que des besoins demeurent non couverts, notamment sur le champ des adultes

Il était demandé dans le cadre des enquêtes⁷³ si la politique d'évolution de l'offre sanitaire et médico-sociale portée par l'ARS avait permis aux usagers qui le souhaitaient de bénéficier davantage d'une prise en charge à domicile plutôt qu'en établissement.

Un quart des répondants (toutes catégories confondues) indiquent ne pas savoir ce qu'il en est.

Parmi ceux qui se prononcent, 78 % estiment que c'est tout à fait ou plutôt le cas.

Spécifiquement concernant les établissements et services du champ du handicap :

- 34% des répondants (soit 9 points de plus que pour l'ensemble des répondants) indiquent ne pas savoir si la politique d'évolution de l'offre sanitaire et médico-sociale portée par l'ARS a permis aux usagers qui le souhaitaient de bénéficier davantage d'une prise en charge à domicile plutôt qu'en en établissement ;
- parmi ceux qui se prononcent, 73 % estiment que c'est tout à fait ou plutôt le cas (soit 5 points de moins que pour l'ensemble des répondants).

« Selon vous, la politique d'évolution de l'offre sanitaire et médico-sociale portée par l'ARS a-t-elle permis aux usagers qui le souhaitaient de bénéficier davantage d'une prise en charge à domicile plutôt qu'en en établissement ? »

Tous répondants :

	Nombre	Pourcentage	<i>hors NSP</i>
Tout à fait	12	10%	13%
Plutôt	59	50%	66%
Plutôt pas	17	14%	19%
Pas du tout	1	1%	1%
Ne sait pas	29	25%	
Total	118	100%	

Professionnels des établissements et services pour personnes handicapées :

	Nombre	Pourcentage
Tout à fait	3	6%
Plutôt	21	42%
Plutôt pas	8	16%
Pas du tout	1	2%
Ne sait pas	17	34%
total	50	100%

⁷³ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

Par ailleurs, l'enquête auprès des établissements et services pour personnes handicapées demandait aux professionnels de formuler un jugement sur l'évolution de l'offre médico-sociale depuis la mise en place du PRS. Il ressort de leurs réponses, présentées ci-après, que les besoins sont encore assez largement jugés non couverts, notamment sur le champ des adultes.

« *Quelle appréciation portez-vous sur le développement des prestations suivantes depuis 4-5 ans :* »

Services à destination des enfants en situation de handicap :

	Nombre	Pourcentage	<i>hors NSP</i>
Un développement qui a excédé la demande effective des usagers	0	0%	0%
Un développement qui a suffi à couvrir les besoins identifiés	2	4%	10%
Un développement important, mais des besoins demeurant non couverts	12	24%	57%
Un développement faible, et des besoins demeurant non couverts	6	12%	29%
Pas de développement	1	2%	5%
Ne sait pas	29	58%	
Total	50	100%	

Services à destination des adultes en situation de handicap :

	Nombre	Pourcentage	<i>hors NSP</i>
Un développement qui a excédé la demande effective des usagers	0	0%	0%
Un développement qui a suffi à couvrir les besoins identifiés	1	2%	2%
Un développement important, mais des besoins demeurant non couverts	19	37%	40%
Un développement faible, et des besoins demeurant non couverts	24	47%	51%
Pas de développement	3	6%	6%
Ne sait pas	4	8%	
Total	51	100%	

89) *Le nombre de jeunes scolarisés en milieu ordinaire a fortement augmenté, fruit d'efforts convergents entre l'Education nationale et l'ARS, mais cela ne diminue pas nécessairement le volume d'enfants scolarisés en milieu adapté*

Le nombre d'enfants handicapés scolarisés dans un établissement scolaire ordinaire (public et privé) de collège en Pays de la Loire a progressé de 54% entre 2011 et 2015 et s'est établi en 2015 à 4 547 enfants. Cette hausse a été continue sur la période, avec des augmentations annuelles de 5 à 15%.

Dans le cadre de l'évaluation de la politique régionale en faveur du bien être des jeunes de moins de 25 ans, si les gestionnaires d'établissements et services pour jeunes handicapés reconnaissent un effet de l'action de l'ARS en termes de développement de l'offre en SESSAD, ils n'en déduisent pas nécessairement un impact en terme d'accès à la scolarité des jeunes. Toutefois, lorsqu'ils l'identifiaient un tel impact, il était jugé majoritairement positif.

L'examen des données sur la scolarisation des élèves handicapés dans l'Académie de Nantes pour les années scolaires 2011/2012 et 2013/2014, réalisé dans le cadre de l'évaluation régionale en faveur du bien être des jeunes révélait que le nombre d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire (classes ordinaires et CLIS/ ULIS) avait progressé de 13% sur cette période, la progression étant différenciée selon le niveau (+5% dans le premier degré avec 305 élèves de plus et + 29% dans le second degré avec 1 041 élèves de plus). Le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire et bénéficiant de l'accompagnement d'un établissement ou service médico-social avait progressé également sur cette période. Le nombre d'enfants en scolarisation collective (CLIS/ULIS) bénéficiant de l'accompagnement d'un SESSAD avait ainsi augmenté de 10% sur la période (+ 367 élèves). Une rupture de série ne permettait pas de chiffrer l'évolution concernant les modes de scolarisation individuelle.

Ces importants progrès ne sont toutefois pas imputables à la seule ARS. La dynamique de création de CLIS et ULIS par l'Education Nationale a également eu un rôle moteur dans ce domaine.

Néanmoins, une publication du Rectorat de l'Académie de Nantes sur la scolarisation des jeunes en situation de handicap (citée dans l'évaluation de la politique régionale en faveur du bien être des jeunes ») indiquait que, de 2006 à 2014, les effectifs scolarisés en milieu ordinaire avaient connu un taux d'évolution annuel moyen de 8,4 %, mais sans que soit observée une baisse des effectifs scolarisés en établissements spécialisés puisqu'ils avaient augmenté en moyenne, sur la même période, de 0,6% par an.

90) *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*

La donnée suivie régulièrement dans le cadre du PRS était le pourcentage des travailleurs handicapés en ESAT ayant accédé au milieu ordinaire.

En 2011, le pourcentage des travailleurs handicapés en ESAT ayant accédé au milieu de travail ordinaire s'établissait à 2% des travailleurs handicapés en ESAT. Il a atteint 3,6% en 2015, soit une évolution de 1,6 point sur l'ensemble de la période. Pour autant, cette augmentation globale ne doit pas dissimuler que, après une forte augmentation en 2012 (où ce taux a atteint 6%), il se dégrade jusqu'en 2014, et stagne en 2015. Cette évolution péjorative procède d'un effet de ciseau : le nombre

de travailleurs handicapés ayant quitté un ESAT pour travailler en milieu ordinaire a diminué de 23 % entre 2012 et 2015 (71 travailleurs de moins), tandis que le nombre total de travailleurs en ESAT a augmenté de 34% (1 652 travailleurs de plus en ESAT). Au global, cette évolution et le niveau constaté en 2015 ne peuvent être jugés positivement.

Ceci étant, des initiatives de type ESAT « hors les murs » ont pu être accompagnées sur la période, ce qui amène à relativiser ce constat.

91) Le maintien à domicile est un domaine dans lequel l'ARS n'a qu'une partie des leviers

Pensé comme un ensemble incluant l'ensemble des aspects de la vie quotidienne, le maintien à domicile ne se résume pas à une offre médicalisée.

Dès lors, l'ARS doit agir en lien avec les acteurs qui disposent des leviers sur les autres aspects : Conseils Départementaux, communes, services sociaux...

4.2 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

92) Le développement des dispositifs favorisant le maintien à domicile entraîne une sollicitation accrue des aidants en termes matériels et psychologiques

De fait, une personne présentant un handicap ou une pathologie lourde, quelle que soit son âge, et dès lors qu'elle n'est pas prise en charge à temps complet dans une institution, va nécessiter un accompagnement de son entourage. Des pathologies ou des handicaps peuvent avoir des répercussions psychologiques sur les aidants.

93) L'offre 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

Les constats de sous-utilisation de l'offre en accueil de jour et en hébergement temporaire pour personnes âgées, ainsi que les instructions nationales introduisant des notions de taille critique pour l'accueil de jour, ont amené l'ARS à redéfinir le maillage et le positionnement dans l'offre médico-sociale dédiée aux personnes âgées de ces services. En ce qui concerne l'hébergement temporaire, l'ARS a initié un travail avec les Conseils Départementaux pour en définir un cahier des charges renouvelé.

Souvent pensées à leur création comme des offres préliminaires à l'admission en établissement, l'ARS souhaite les inscrire résolument comme une offre contribuant au maintien à domicile des personnes.

Si des constats similaires de sous-utilisation ont été faits dans le champ du handicap, les travaux visant leur restructuration n'ont pas encore été menés.

Le champ du handicap présente la particularité d'être spécialisé par type de déficiences. Dès lors, il est difficile matériellement d'atteindre une taille critique de services d'accueil de jour en conciliant proximité et spécificité.

94) L'offre de répit s'est développée dans le champ du handicap, mais cette offre est globalement faible et la progression est différenciée selon les modalités

Le nombre de places d'accueil de jour pour les adultes handicapés a certes progressé de 36% entre 2011 et 2015 mais, en 2015, seules 257 places sont recensées.

En ce qui concerne l'hébergement temporaire pour adultes handicapés, les capacités ont diminué de 19 %, 171 places étant recensées en 2015. Sur ce point, il faut souligner que la pression de la demande d'hébergement permanent a pu amener l'ARS à valider la conversion de places d'hébergement temporaire en places d'hébergement permanent.

S'agissant de l'offre d'accueil temporaire pour enfants handicapés, les capacités ont augmenté de 45% entre 2011 et 2015, mais elles se limitent à 107 places en 2015.

Données au 31/12	2011	2012	2013	2014 (*)	2015	Evolution en nombre	Evolution en pourcentage
Accueil de jour pour PH adultes (médicalisé)	189	189	189	275	257	+68	+36%
Hébergement temporaire pour PH adultes (médicalisé)	211	211	211	181	171	-40	-19%
Places enfants handicapés	74	74	86	92	107	+33	+45%

(*) Correction sur valeur 2014 car avaient été incluses des places de compétences exclusives du Conseil Départemental

95) Moins de la moitié des professionnels des établissements et services pour personnes handicapées estiment que l'offre en accueil de jour et hébergement temporaire s'est améliorée depuis 4-5 ans⁷⁴

41% d'entre eux jugent que cette offre s'est améliorée (principalement sur le volet qualitatif), 33% estiment que l'offre ne s'est pas améliorée, 14% répondent « ne sait pas ».

⁷⁴ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

« Selon vous, l'offre en hébergement temporaire, accueil de jour et plateformes de répit pour les personnes en situation de handicap s'est - elle améliorée depuis 4-5 ans ? »		
	Nombre	Pourcentage
oui, qualitativement et quantitativement	11	22%
oui, quantitativement seulement	1	2%
oui, qualitativement seulement	9	18%
non, ni quantitativement, ni qualitativement	17	33%
Ne sait pas	13	25%
Total	51	100%

96) En dehors du champ des personnes âgées, l'ARS n'a investi que de manière disparate des propositions d'aide aux aidants

Dans le champ des personnes âgées, outre les travaux sur la restructuration de l'offre de répit, des dispositifs complémentaires d'accompagnement des aidants ont pu être développés (plateformes de répit et d'accompagnement, propositions de formations aux aidants dans le cadre du plan Alzheimer, notamment).

Il y a eu peu d'investissement de l'ARS sur la problématique des aidants des personnes vivant avec une maladie chronique. Si des programmes d'ETP peuvent s'adresser conjointement aux patients et aux aidants, il est très difficile de développer des programmes d'ETP destinés exclusivement aux aidants.

39% des 122 CPOM signés par l'ARS avec des établissements de santé comportent des objectifs concernant l'accompagnement des aidants. Ces objectifs représentent 5% des 1 103 objectifs contractualisés avec les établissements de santé.

Il ressort des rapports de certification (v2010, état au 27/10/20106) des établissements de santé établis par la HAS que, sur l'item "Accueil et accompagnement de l'entourage" (10d), 49 % des activités sont cotés A, 51 % sont cotés B et 0 % des activités sont cotés C ou D. Près de la moitié des établissements bénéficient d'une cotation optimale (A), et aucun une cotation péjorative. C'est donc une situation satisfaisante.

Dans le champ du handicap, la principale initiative identifiée est l'accompagnement des parents dans le cadre du plan autisme.

Dans le champ de la prévention, deux actions de l'ARS ont été identifiées :

- l'inscription dans les appels à projet en prévention concernant les conduites addictives, d'objectifs de renforcement de l'information et de la formation de l'entourage de ces publics (groupes de paroles, entretiens individuels) ;
- l'inscription dans le CPOM d'opérateurs de prévention (IREPS) de la question de la santé des aidants.

97) L'aide aux aidants est un domaine dans lequel l'ARS n'a qu'une partie des leviers

Des initiatives associatives sont à l'œuvre en matière d'aide aux aidants, certaines déployées sur le mode du « aller vers ».

Les séjours adaptés aux personnes en situation de handicap, qui peuvent constituer un répit pour les aidants, sont de la compétence des services de l'Etat en charge de la cohésion sociale.

Enfin, la prestation de compensation du handicap est un levier de l'aide aux aidants, et elle est attribuée par les MDPH/MDA.

98) L'impact de l'offre de répit sur les aidants est difficile à documenter, même si l'intérêt de cette aide n'est pas en soi remise en cause

Une question ouverte, dans le cadre de l'enquête⁷⁵, demandait aux services et établissements médico-sociaux pour personnes handicapées quels effets de l'offre de répit sur les aidants ils avaient pu constater le cas échéant. 36 des 43 répondants ont indiqué qu'ils n'avaient pas de visibilité sur cela.

Les avantages pour les aidants qui ont pu être évoqués concernent la possibilité pour les aidants de prendre du repos et du recul, de les rendre plus aptes à faire face au suivi au long cours de leur proche dans un contexte de vieillissement des aidés comme des aidants, ou encore, dans le même ordre d'idée, de prévenir leur épuisement. Dans le cadre de l'évaluation de la politique régionale en faveur du bien être des jeunes, ces solutions de répit avaient pu être évoquées aussi comme une possibilité ouverte aux parents d'enfants en situation de handicap de consacrer davantage de temps aux autres membres de la fratrie.

99) Des freins sont identifiés dans l'utilisation des dispositifs d'aide par les aidants : information, transports, freins psychologiques des aidants

- Une information des aidants à développer sur les dispositifs existants

Près de la moitié des professionnels d'établissements et services du champ du handicap⁷⁶ ont une appréciation péjorative de la connaissance et de l'utilisation, par les aidants des personnes en situation de handicap, des réponses en situation de crise et d'épuisement.

⁷⁵ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

⁷⁶ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

« Compte tenu de la situation sur le territoire où vous exercez, quelle est votre opinion sur les propositions suivantes ? »

Les réponses en situation de crise et d'épuisement sont connues des aidants des personnes en situation de handicap

	<i>n</i>	%
Tout à fait d'accord	1	2%
Plutôt d'accord	16	32%
Plutôt pas d'accord	20	40%
Pas du tout d'accord	4	8%
Ne sait pas	9	18%
Total	50	100%

Les réponses en situation de crise et d'épuisement sont utilisées par les aidants des personnes en situation de handicap

	<i>n</i>	%
Tout à fait d'accord	1	2%
Plutôt d'accord	13	26%
Plutôt pas d'accord	18	36%
Pas du tout d'accord	4	8%
Ne sait pas	14	28%
Total	50	100%

En outre, dans le cadre des entretiens, a été émise l'idée qu'il y aurait sans doute un effort à faire en la matière pour informer les aidants.

- Des freins psychologiques

Dans les freins d'ordre psychologiques qui ont pu être identifiés (pour partie dans le champ des personnes âgées) figurent :

- Une culpabilité liée au fait de confier son proche à un tiers, notamment dans le champ du handicap où les aidants sont souvent les parents ;
- Une inquiétude de l'aidant quand il participe à des actions destinées à le soutenir (que devient l'aidé ?)
- Des aidants qui ne se considèrent pas comme des aidants ;
- Une démarche des aidants de s'inscrire dans une demande d'aide qui n'est pas toujours aisée, pas toujours facile ;
- Une saisine parfois trop tardive des aidants (situations limites).

- Des questions d'accessibilité

La question des transports et du maillage de l'offre de répit ont été posées. Elles ont pu contribuer au succès mitigé des formations proposées dans le cadre du plan Alzheimer.

4.3 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

100) L'ARS incite les professionnels à associer les aidants au projet de vie

L'élaboration du projet de vie avec les aidants est une action qui a été promue par le PRS et dans le cadre des réseaux qualité (exemple : Qualisanté).

67% des professionnels des établissements et services pour personnes handicapées⁷⁷ estiment que l'ARS a émis une impulsion pour que les aidants soient davantage associés à l'élaboration et au suivi du projet de vie des usagers (6% seulement ne partagent pas ce constat, et 27% ne savent pas ce qu'il en est).

Le rapport « Zéro sans solution » de Denis PIVETEAU propose d'ailleurs aux acteurs de santé de s'organiser pour construire avec les personnes et leurs familles un projet de vie et d'accompagnement individualisé.

Les équipes mobiles en psychiatrie, dont le PRS appelait de ses vœux le développement (même si les constats faits lors de leur évaluation spécifique invitent à relativiser les effets de cette orientation) associent les aidants dans une logique d'accompagnement des personnes en milieu ordinaire, et cette pratique est l'une des plus-values repérées des équipes mobiles de psychiatrie par rapport à d'autres modalités d'intervention à domicile en psychiatrie.

101) L'association des aidants aux projets de vie et d'accompagnement s'est accrue, mais elle est encore perfectible

Dans l'enquête de panel 2014⁷⁸, 59% de médecins généralistes ligériens déclaraient téléphoner aux aidants des personnes âgées vivant à domicile pour assurer la continuité des soins (même proportion qu'au niveau national).

76% des professionnels des établissements et services pour personnes handicapées⁷⁹ estiment que, dans leur structure, les aidants sont aujourd'hui davantage associés à l'élaboration des projets de vie et à leur suivi qu'il y a 4-5 ans (14% ne partagent pas cette opinion, 10 % ne savent pas).

⁷⁷ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

⁷⁸ ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les médecins généralistes des Pays de la Loire, n°7. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p

⁷⁹ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

5. LES INEGALITES TERRITORIALES D'OFFRE EN SANTE

Critères d'évaluation
<i>Des réalisations ont été menées en matière de réduction des inégalités territoriales de santé</i>
<i>Les réalisations de l'ARS ont réduit les inégalités territoriales de santé</i>

Conclusion 5 :

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 positives malgré les mesures mises en œuvre.

5.1 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

102) Les acteurs (opérateurs de prévention, établissements de santé, établissements et services 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

Deux questions posées aux acteurs dans le cadre des enquêtes⁸⁰ visaient à cerner leur perception sur une éventuelle évolution de l'adéquation de la politique de l'ARS aux contextes départementaux et infra-départementaux. Les réponses apportées sont présentées ci-dessous.

Pensez-vous que les actions mises en œuvre par l'ARS ont évolué vers une meilleure adéquation aux populations des territoires depuis sa création?

Des décisions mieux adaptées aux contextes départementaux :

	Opérateurs de prévention		Etablissements de santé		Etablissements et services médico-sociaux		Tous répondants	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Tout à fait	7	12%	1	2%	4	5%	12	6%
Plutôt	35	60%	45	70%	41	54%	121	61%
Plutôt pas	5	9%	14	22%	15	20%	34	17%
Pas du tout	0	0%	0	0%	3	4%	3	2%
Ne sait pas	11	19%	4	6%	13	17%	28	14%
Total	58	100%	64	100%	76	100%	198	100%

⁸⁰ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

Des décisions mieux adaptées aux contextes infra-départementaux :

	Opérateurs de prévention		Etablissements de santé		Etablissements et services médico-sociaux		Tous répondants	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Tout à fait	4	7%	2	3%	2	3%	8	4%
Plutôt	25	45%	34	55%	32	43%	91	47%
Plutôt pas	7	13%	17	27%	16	21%	40	21%
Pas du tout	2	4%	1	2%	5	7%	8	4%
Ne sait pas	18	32%	8	13%	20	27%	46	24%
Total	56	100%	62	100%	75	100%	193	100%

Pensez-vous que les actions mises en œuvre par l'ARS ont évolué vers une meilleure adéquation aux partenariats des territoires depuis sa création?

Des décisions mieux adaptées aux contextes départementaux :

	Opérateurs de prévention		Etablissements de santé		Etablissements et services médico-sociaux		Tous répondants	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Tout à fait	10	17%	3	5%	9	12%	22	11%
Plutôt	27	47%	42	65%	41	55%	110	56%
Plutôt pas	8	14%	16	25%	12	16%	36	18%
Pas du tout	2	3%	0	0%	2	3%	4	2%
Ne sait pas	11	19%	4	6%	11	15%	26	13%
Total	58	100%	65	100%	75	100%	198	100%

Des décisions mieux adaptées aux contextes infra-départementaux :

	Opérateurs de prévention		Etablissements de santé		Etablissements et services médico-sociaux		Tous répondants	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Tout à fait	5	9%	3	5%	5	7%	13	7%
Plutôt	21	38%	36	57%	33	44%	90	46%
Plutôt pas	9	16%	19	30%	16	21%	44	23%
Pas du tout	3	5%	1	2%	3	4%	7	4%
Ne sait pas	18	32%	4	6%	18	24%	40	21%
Total	56	100%	63	100%	75	100%	194	100%

103) Une pluralité d'acteurs a relevé la nécessité de faire monter en charge l'animation territoriale, avec un rôle éventuellement plus décisionnaire, pour améliorer l'adaptation de la politique aux situations des territoires, mieux travailler sur les décloisonnement d'acteurs ou encore renforcer le dialogue de l'ARS avec les acteurs locaux

Le sentiment d'une certaine « centralité » de l'ARS a été évoqué, les délégations territoriales étant perçues principalement dans une logique d'avis, voire de simple « courroie de transmission » des directions métier de l'ARS.

Ces points de vue sont à modérer dans la mesure où :

- les délégations territoriales de l'ARS participent aux relations entre ARS et opérateurs dans certains champs (exemple : dialogues de gestion) ;
- une pluralité d'acteurs a perçu des évolutions récentes du rôle des délégations territoriales de l'ARS, avec un poids accru de celles-ci.

Pour autant, des invitations à amplifier ce mouvement d'animation territoriale ont été émises, notamment pour améliorer encore l'adaptation des politiques au terrain, travailler les décloisonnements, dialoguer avec les acteurs locaux, notamment les élus...

Dans cette perspective, certaines délégations territoriales ressentent le besoin de disposer d'informations davantage territorialisées : à titre d'illustration, les « diagnostics flash », établis par territoires de santé de proximité, ont été reconnus comme un outil qui avait été utile aux délégations territoriales, adapté à leurs besoins.

5.2 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)

104) Le SROS-PRS ne comportait que peu d'objectifs en matière de rééquilibrage des implantations (hormis en matière de soins de suite spécialisés, d'unités de dialyse médicalisées et d'imagerie) et leur mise en œuvre est en cours

L'analyse du SROS (partie activités de soins) permet de dresser les états suivants.

Médecine : rééquilibrage à la marge et réduction de 5 implantations au niveau régional

Territoire	Evolutions des implantations prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	-2
Maine – et - Loire	-3
Mayenne	-1
Sarthe	+1
Vendée	+0
Région	-5

Chirurgie : aucune modification d'implantation prévue

Périnatalité, IVG : pas de modification d'implantation, sauf transformation d'une implantation de soins néonatalogiques simples en soins intensifs dans un département

AMP : renforcement de l'offre sur la Vendée, pas de modifications par ailleurs

Psychiatrie : création ou renforcement des offres en hospitalisation partielle et appartements thérapeutiques

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	+1
Maine – et - Loire	0
Mayenne	+4
Sarthe	+4 <i>(dont 2 par transformation d'hospitalisation complète)</i>
Vendée	+2
Région	+ 11 <i>(dont 2 par transformation d'hospitalisation complète)</i>

SSR non spécialisés : rééquilibrage à la marge

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	-1
Maine – et - Loire	0
Mayenne	+1
Sarthe	0
Vendée	0
Région	0

SSR spécialisés : renforcement de l'offre régionale, notamment en ce qui concerne le système digestif et métabolique, les maladies respiratoires et les conduites addictives

	Appareil locomoteur	Système nerveux	Cardio-vasculaire	Maladies respiratoires	Système digestif et métabolique	Onco-hématologie	Conduites addictives	PA poly-pathologique	Brûlés
44	-2	-1	-1	+1	+2	+1	+1	0	
49	+1	0	+1	+2	+4	+2	0	0	0
53	0	0	0	+1	0		0	0	
72	0	0	+1	0	+2	0	+3	0	
85	+2	+2	+1	0	0		0	0	
PdL	+1	+1	+2	+4	+8	+3	+4	0	0

SLD : changements mineurs

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	0
Maine – et - Loire	+1
Mayenne	0
Sarthe	0
Vendée	-1
Région	0

Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie : une seule implantation de plus en rythmologie interventionnelle (en Mayenne).

Médecine d'urgence : Changements marginaux

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	+1 (antenne SMUR)
Maine – et - Loire	0
Mayenne	-1 (structure des urgences)
Sarthe	0
Vendée	0
Région	+1 antenne SMUR -1 structure des urgences

Réanimation : Aucun changement

Traitement de l'IRC par épuration extra-rénale : Principalement de nouvelles implantations d'unités de dialyse médicalisées (+ 12 prévues dans la région)

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	+2 unités de dialyse médicalisées
Maine – et - Loire	-1 centre d'hémodialyse pour enfants +1 unités de dialyse médicalisée -1 unité d'auto-dialyse
Mayenne	+2 unités de dialyse médicalisées +1 unité d'auto-dialyse
Sarthe	+3 unités de dialyse médicalisées
Vendée	+4 unités de dialyse médicalisées
Région	-1 centre d'hémodialyse pour enfants +12 UDM

Traitement du cancer : Changement marginaux, principalement en matière de chirurgie des cancers

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	0
Maine – et - Loire	+1 chirurgie des cancers ORL
Mayenne	-1 chimiothérapie +1 chirurgie des cancers ORL
Sarthe	+1 chirurgie des cancers thoracique
Vendée	0
Région	+2 chirurgie des cancers ORL -1 chimiothérapie +1 chirurgie des cancers thoracique

Diagnostic prénatal (DPN) :

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	
Maine – et - Loire	
Mayenne	
Sarthe	
Vendée	+ 1 site DPN biologie – analyse des marqueurs sériques maternels
Région	+ 1 site DPN biologie – analyse des marqueurs sériques maternels

Imagerie : des objectifs ambitieux de renforcement de l'offre en imagerie (notamment en IRM + 15 implantations prévues en région)

105) La télémédecine, qui peut être une solution à l'accessibilité aux spécialités, est en cours de montée en charge

En juin 2016, l'ARS recensait 22 projets de télémédecine susceptibles de bénéficier de financements au titre de l'article 36 de la loi de financement de sécurité sociale pour l'année 2014 :

- 8 en télédialyse ;
- 6 en télémédecine en EHPAD ;
- 3 en télécardiologie ;
- 2 en télépsychiatrie ;
- 3 en télédermatologie.

106) L'ARS a encouragé le développement de consultations avancées (dans les MSP/PSP, dans les hôpitaux de proximité) et les autres interventions multi-sites, dont le déploiement est inégal mais particulièrement sensible pour certaines spécialités

Cet encouragement fait, notamment, suite aux travaux sur les spécialités en tension.

Un appel à projets sur les consultations avancées en MSP/PSP a été lancé en 2014. Parmi les consultations mises en place, on peut citer : cardiologie à Craon-Renazé, psychiatrie à Clisson et à Angers.

Le nombre de médecins ayant une activité multi-sites (indicateur PRS) a relativement peu évolué entre 2011 et 2015 (+8%), et de manière très irrégulière. En outre, le volume de praticiens concernés (224 en 2015) se répartit entre 19 spécialités. Au mieux (ophtalmologie et cardiologie), cela représente un peu plus de 50 praticiens. Pour 13 des 19 spécialités examinées, le nombre de praticiens concernés est inférieur à 10 par spécialité.

Nombre de médecins spécialistes ayant une activité "multi-sites" (effectifs au 31/12)			
	2011	2015	Evolution 2011-2015
Anesthésistes	2	1	-1
Cardiologues	40	53	+13
Chirurgiens	1	3	+2
Dermatologues	2	3	+1
Gynécobstétriciens	9	20	+11
Gastro-entérologues	28	19	-9
Médecine interne	1	1	0
Neurochirurgiens	2	1	-1
O.R.L.	13	16	+3
Pédiatres	4	6	+2
Pneumologues	10	5	-5
Rhumatologues	12	1	-11
Ophthalmologues	49	59	+10
Urologues	7	7	0
Stomatologues	3	1	-2
Médecine physique et de réadaptation	1	0	-1
Psychiatres	11	8	-3
Anatomo-cytopathologistes	12	19	+7
Gynécologues médicaux	1	1	0
Total	208	224	+16

107) La démographie des professionnels en établissement de santé étant en soi un facteur d'inégalité territoriale, l'ARS a mobilisé une série de leviers d'observation et d'action dans ce domaine, ayant en commun d'accroître l'attractivité des établissements de santé pour les médecins, notamment dans les établissements périphériques

L'ARS a mené un travail sur 9 spécialités sous vigilance avec l'URPS médecins libéraux et l'assurance maladie⁸¹ : il a permis d'identifier une progression de la démographie au niveau régional, mais avec des disparités interdépartementales importantes.

⁸¹ Neuf spécialités concernées : anesthésie, cardiologie, dermatologie, gynécologie, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie +urgences (à compter de 2015)

Des primes de poste prioritaires ont été financées par l'ARS (pour les 9 spécialités). Mais le constat a été fait que cela, en soi, faisait peu venir les praticiens, les projets et dynamiques d'établissement étant *a priori* un levier d'attractivité des praticiens plus performant.

L'ARS a également mené un travail sur la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences avec les établissements médico-sociaux et les établissements de santé, puis avec le Conseil Régional (ce qui a amené notamment une action sur la démographie des aides-soignantes en lien avec le Conseil Régional).

L'ARS, par son financement, accompagne le dispositif des assistants spécialistes en temps partagé. Il s'agit, en post-internat, de médecins n'ayant pas de postes de chefs de clinique en fin d'études qui exercent à mi-temps dans les CHU, et à mi-temps dans les hôpitaux périphériques (hors hôpitaux de proximité).

Année	Nombre d'assistants spécialistes en temps partagés
2010	0
2013	24
2016 (1/11)	70
2017 (prévision)	96

Il faut noter sur le post internat, que d'une part il n'y a pas de candidats dans certaines spécialités (anesthésie, radiologie) et que d'autre part la dynamique en région Pays de la Loire sur ce dispositif a pu être signalée comme moindre que dans d'autres régions.

108) Dans le cadre du Pacte Territoire Santé, l'ARS a conduit des actions spécifiques pour améliorer l'accessibilité aux prises en charge en urgence sur le territoire régional

Le Pacte Territoire Santé prévoyait l'accès de toute personne à des soins urgents en moins de 30 minutes.

Dans ce cadre, l'ARS a :

- renforcé les lignes de SMUR terrestre (création d'une antenne SMUR à Ancenis) ;
- mis en place un deuxième hélismur dans la région ;
- conclu 21 contrats avec des médecins correspondants du SAMU (5 en Sarthe et 16 en Vendée), ce qui a permis de couvrir des « zones blanches » dans ces départements.

Au global, l'ARS estime à 140 000 le nombre de ligériens supplémentaires à avoir bénéficié d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes.

109) Dans le cadre des CPOM, l'ARS a incité certains établissements de santé à travailler sur leur territoire pour diminuer les taux de fuite des patients

Les CPOM de 13 établissements de santé de la région comportent des actions de suivi des taux de fuite et données d'attractivité, voire dans certains cas des actions visant la diminution desdits taux de fuite.

Ces actions s'inscrivent en général dans des objectifs libellés sur le mode « *Développer une offre de proximité efficiente répondant aux besoins du territoire d'action* ».

Ce travail sur les taux de fuite relève donc d'une préoccupation de maillage de l'offre sanitaire.

5.3 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

110) Le principe de liberté d'installation des médecins a amené l'ARS à concentrer ses efforts sur l'attractivité des territoires, en menant une politique d'accompagnement des professionnels de santé

Compte tenu du principe de libre installation des médecins, l'ARS ne dispose pas de levier permettant d'imposer l'installation des médecins de ville sur tel ou tel secteur de la région.

Dans ce contexte, l'ARS a développé (ou décliné en région) des outils visant à accompagner l'installation et l'exercice de ces professionnels. Peuvent ainsi être cités les CATS (Comités d'Accompagnement Territorial des Soins), le CORECS (COMité RÉgional de Concertation sur les Soins de 1er recours), ou encore le site régional PAPS (Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé).

111) L'ARS a accompagné très fortement le développement des structures d'exercice coordonnées en premier recours (MSP / PSP), réputées attractives pour les professionnels de santé, notamment les jeunes, de manière privilégiée en milieu rural

En matière d'accompagnement des projets, les CATS ont été salués par une pluralité d'acteurs comme un outil pertinent.

L'ARS a aussi proposé un accompagnement financier des MSP. Des CPOM ont ainsi été conclus avec les structures, visant des objectifs de coordination et de prévention dans un premier temps, réorientés à partir de 2015 pour que les structures existantes atteignent les engagements inscrits dans le règlement arbitral (fin 2015, sur les 60 MSP de la région, 19 bénéficient d'une rémunération d'équipe – ce qui implique qu'un CPOM a été signé).

L'ARS a également apporté son soutien à l'Association des Pôles et Maisons de Santé en Pays de la Loire (APMSL) qui, avec les CATS, accompagne les MSP pour la mise en place de leur projet de santé.

Un accompagnement méthodologique et financier à la mise en place de systèmes d'information adaptés à l'exercice professionnel a également été organisé par l'ARS.

En termes de maillage, on constate en fin de PRS qu'il y a assez peu de MSP urbaines, alors que la création de ce type de structures a pu être jugée pertinente pour améliorer la couverture sanitaire des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Selon vous, l'émergence de structures d'exercice coordonné en premier recours (pôles et maisons de santé pluri-professionnels) dans le territoire où vous exercez...

...a eu pour effet de limiter la diminution du nombre de professionnels de santé sur le territoire

	ES	MSP-co	MSP-aut	Ensemble
Tout à fait	5%	30%	4%	11%
Plutôt	29%	25%	33%	29%
Plutôt pas	21%	30%	25%	24%
Pas du tout	11%	10%	8%	10%
Ne sait pas	34%	5%	29%	26%
Total	100%	100%	100%	100%

...a eu pour effet de maintenir le nombre de professionnels de santé sur le territoire

	ES	MSP-co	MSP-aut	Ensemble
Tout à fait	5%	26%	13%	12%
Plutôt	47%	47%	54%	49%
Plutôt pas	8%	11%	8%	9%
Pas du tout	5%	0%	4%	4%
Ne sait pas	34%	16%	21%	26%
Total	100%	100%	100%	100%

...a eu pour effet d'augmenter le nombre de professionnels de santé sur le territoire, notamment par l'arrivée de jeunes professionnels

	ES	MSP-co	MSP-aut	Ensemble
Tout à fait	11%	40%	17%	20%
Plutôt	21%	35%	29%	27%
Plutôt pas	16%	5%	21%	15%
Pas du tout	18%	5%	17%	15%
Ne sait pas	34%	15%	17%	24%
Total	100%	100%	100%	100%

112) L'ARS a mobilisé les outils inscrits dans le Pacte Territoire Santé avec un succès variable

Il s'agit, d'abord, de la généralisation des stages en médecine en milieu ambulatoire. Le taux cible de 100 % des étudiants en médecine faisant un stage en médecine générale ambulatoire a été atteint avant 2015 par l'UFR d'Angers (il était de 75% en 2012). Ce taux devait être atteint par l'UFR de Nantes pour l'année scolaire 2015-2016, où une progression très significative a pu être observée (55% des étudiants en 2012 ; 80% en 2014).

Il s'agit, ensuite, du contrat d'engagement de service public (CESP). 56 CESP ont été signés entre 2010 et 2015. 4 installations de CESP en zones fragiles étaient déjà effectives en 2015 (2 en Vendée, 1 en Sarthe et 1 en Maine-et-Loire), 40 installations supplémentaires étant prévues d'ici 2019 (et 12 au-delà de 2019).

Il s'agit, enfin, du dispositif des Praticiens Territoriaux de Médecine Générale (PTMG) : 18 contrats signés. Le nombre en a été multiplié par plus de 3 depuis 2013, mais le volume demeure modeste.

Département	Nombre de contrats PTMG actifs fin 2015
44	0
49	6
53	6
72	5
85	1
Région	18

5.4 L'ARS a mené une action très volontariste de rééquilibrage de l'offre médico-sociale en région

113) La réduction des inégalités territoriales dans l'offre médico-sociale était l'un des objectifs phares du PRIAC

A côté du renforcement de l'offre régionale en services médico-sociaux, le rééquilibrage de l'offre d'équipement entre les territoires de santé était l'une des trois finalités du PRIAC 2012-2016.

Etaient visée dans le PRIAC :

- une réduction de moitié des écarts de taux d'équipement interdépartementaux sur le secteur du handicap ;
- une réduction d'un tiers des taux d'équipement interdépartementaux sur le secteur personnes âgées.

Dans les deux cas, la convergence des taux d'équipement était calculée de manière dynamique, en référence à des projections de population à l'horizon 2016.

114) 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 caractère déterminant de la réduction des inégalités d'offre médico-sociale dans la politique conduite par l'ARS est très généralement reconnu par les acteurs. D'ailleurs, la rigueur avec laquelle cette convergence a été poursuivie a pu être jugée excessive par certains d'entre eux.

115) Le mécanisme des appels à projets a constitué un levier facilitant pour piloter le rééquilibrage de l'offre par rapport aux mécanismes administratifs antérieurs

Préalablement à la loi HPST, le mécanisme des autorisations médico-sociales reposait sur le primat des demandes des opérateurs. Les projets étaient déposés dans des « fenêtres » définies en fonction du type d'équipement. L'administration analysait la demande au regard des qualités techniques du projet et de sa capacité à répondre aux besoins de la population dans le territoire de son implantation. En d'autres termes, le cadre juridique en vigueur plaçait l'administration dans une posture réactive ; elle ne disposait pas de levier permettant de promouvoir l'émergence d'une offre là où elle faisait défaut, mais pouvait tout au plus refuser d'autoriser des projets dans des territoires où les besoins non couverts étaient moindres.

C'est par la programmation des financements que la priorisation se faisait principalement, de fait, un projet ne pouvait être autorisé que s'il était possible à l'administration de le doter des moyens nécessaires à son fonctionnement.

Introduit par la loi HPST, le mécanisme des appels à projets renverse complètement la perspective : il incombe désormais à l'administration de définir le type d'équipement pour lequel des projets doivent être déposés, compte tenu des besoins identifiés sur les différents points du territoire.

De ce fait, les appels à projet constituent donc un outil dynamique pour impulser un rééquilibrage de l'offre médico-sociale.

116) 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

Comme il a été précisé, l'ARS a travaillé la convergence des taux d'équipement à partir de projections de population à l'horizon 2016.

Les tableaux suivants comparent le niveau d'équipement 2010 rapporté à la projection de population 2016, le nombre de places créées, et le taux d'équipement 2016⁸². Ils mettent en exergue l'application très scrupuleuse par l'ARS de l'objectif de convergence des taux d'équipement entre départements dans le champ médico-social handicap.

⁸² Données d'équipement : sources internes ARS

Données de population : RP 2009 pour population 2010 ; Projection de population 2016 : source INSEE- Modèle Omphale 2010 scénario central pour données 2016

Les taux sont calculés pour 1 000 habitants en population générale: de 0 à 19 ans pour le secteur enfance, de 20 à 59 ans pour le secteur adultes.

Services enfants :

	Equipement 2010/population 2016	Créations 2010-2016	Taux d'équipement 2016
44	2,87	+ 327	3,80
49	3,63	+ 224	4,66
53	4,31	+ 21	4,57
72	3,56	+ 54	3,94
85	2,75	+ 173	3,81
région	3,25	+ 799	4,08

Etablissements enfants :

	Equipement 2010/population 2016	Créations 2010-2016	Taux d'équipement 2016
44	5,89	+ 22	5,95
49	6,59	- 100	6,13
53	3,78	+ 27	4,12
72	5,22	+ 13	5,31
85	4,34	+ 40	4,58
région	5,50	+ 2	5,51

Services adultes :

	Equipement 2010/population 2016	Créations 2010-2016	Taux d'équipement 2016
44	0,28	+ 60	0,37
49	0,42	+ 36	0,51
53	0,77	+ 0	0,77
72	0,35	+ 60	0,56
85	0,30	+ 36	0,41
région	0,36	+ 192	0,47

Etablissements adultes :

	Equipement 2010/population 2016	Créations 2010-2016	Taux d'équipement 2016
44	1,51	+ 301	1,94
49	1,71	+ 47	1,82
53	1,55	+ 30	1,75
72	2,10	- 2	2,09
85	1,78	+ 167	2,30
région	1,69	+ 543	1,99

117) S'il est difficile d'en chiffrer l'ampleur, l'action de rééquilibrage dans le champ médico-social a aussi été menée au niveau infra-départemental, notamment dans le cadre de restructurations de l'offre

A côté des mesures de rééquilibrage interdépartemental de l'offre dans le champ médico-social, l'ARS s'est également efforcée de favoriser des rééquilibrages intra-départementaux. L'absence de données d'équipement avec une telle granularité ne permet pas de quantifier ces évolutions. Selon les témoignages, c'est le plus souvent à l'occasion de restructurations d'établissements et services médico-sociaux que des redéploiements de capacités en infra-départemental ont été promus.

5.5 L'ARS 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

118) A travers les appels à projets en prévention et 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

Une analyse du ciblage territorial des appels à projets de l'ARS en prévention et promotion de la santé a été conduite dans le cadre de l'évaluation de la politique régionale en faveur du bien être des jeunes. Il en ressort que, si l'ARS a incité les opérateurs à cibler leurs actions sur des territoires définis, ceux – ci l'étaient de manière assez peu précise.

119) Les territoires des contrats locaux de santé 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 »

L'évaluation de la politique régionale en faveur du bien être des jeunes a mis en exergue que l'ARS a affiché une préoccupation de cibler des territoires, dans une logique d'équité, en matière de prévention et de promotion de la santé.

Il ressort de ces travaux que les feuilles de route en prévention et les appels à projets ciblaient rarement des territoires ou, le cas échéant, plus des types de territoire (ex. territoires des CLS, zones rurales...), que des zones définies géographiquement avec précision. Hormis en matière de lutte contre les phénomènes suicidaires, l'identification de territoires infra - départementaux d'intervention en prévention est marginale dans les feuilles de route.

Dans le cadre de la contractualisation de l'ARS avec les opérateurs de prévention et de promotion de la santé, l'évaluation susvisée avait souligné que le ciblage territorial était d'une précision très hétérogène. L'analyse des conventions liant l'ARS à ces opérateurs mettait en lumière trois cas de figure :

- La convention comporte un faisceau de critères pour définir la localisation territoriale des actions. Les annexes, dans ce cas, indiquent des cibles en nombre de sites d'intervention, et

ventilent les montants alloués par département, le cas échéant en précisant les CLS qui sont concernés ;

- La convention elle-même ne précise pas de critères de localisation, mais c'est action par action que les ciblage sont faits dans l'annexe conventionnelle, avec un degré de précision très variable ;
- La convention invite à une articulation avec les délégations territoriales de l'ARS pour privilégier les interventions dans le cadre de CLS, dans des territoires prioritaires visés par la convention ARS- Rectorat ou identifiés à travers les travaux de l'ARS et de l'ORS. L'annexe ne cible pas de territoires d'interventions (sauf quelques exceptions), mais la localisation géographique des interventions peut figurer dans les critères d'évaluation des actions.

Enfin, cette évaluation identifiait que, si des objectifs étaient fixés aux opérateurs en termes de couverture de territoire (d'ailleurs le plus souvent sur les territoires CLS), la vigilance de l'ARS était encore faible sur le déploiement effectif des actions et l'identification d'éventuelles zones blanches.

120) Le principe du ciblage territorial ne fait pas consensus entre tous les acteurs

L'évaluation de la politique régionale en faveur du bien être des jeunes soulignait que le principe même d'un ciblage territorial pour les actions de prévention et de promotion de la santé n'était pas validé par tous les acteurs. Le principal argument soulevé était la nécessité d'une mobilisation des bénéficiaires de l'intervention pour assurer la qualité et l'efficacité de la démarche. Proposer une intervention dans une zone blanche sans que les acteurs locaux aient préalablement manifesté un intérêt et une motivation a pu être jugé contre-productif.

Les investigations menées dans le cadre de l'évaluation finale du PRS indiquent que les positions de certains acteurs pourraient évoluer, avec un souci accru d'analyser la couverture territoriale des interventions.

121) Si, dans les dialogues de gestion avec les opérateurs de prévention, l'ARS a pu évoquer les questions de couverture territoriale, elle n'a pas procédé à des 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

Les investigations menées mettent en lumière des marges de progrès de l'ARS pour documenter dans la durée l'existence de zones non couvertes par des actions de prévention et de promotion de la santé. Ainsi, l'outil OSCARS (qui comporte un module cartographique) ne paraît pas avoir été utilisé pour objectiver l'existence de « zones blanches ». Ce défaut de mobilisation d'OSCARS à cette fin peut trouver une explication dans la précision – hétérogène – des éléments de bilan transmis par les opérateurs en ce qui concerne le lieu où leurs interventions se sont effectivement déroulées. Aucun outil alternatif n'a été développé à cette fin.

Les dialogues de gestion avec les opérateurs en prévention et promotion de la santé signataires d'un CPOM sont utilisés par les services de l'ARS pour faire un état de leurs territoires d'intervention. Cependant, ces points sont faits opérateur par opérateur, sans que des analyses transversales soient réalisées sur le thème de la couverture territoriale.

Enfin, il n'y a pas d'analyse rétrospective du déploiement des actions financées dans le cadre des appels à projets ou des CPOM par la pluralité des opérateurs.

122) 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

Spécifiquement dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient, l'ARS n'a pas adossé son déploiement à une réflexion en termes de maillage territorial.

L'outil CART'ETP, qui permet de cartographier l'offre en éducation thérapeutique, n'a pas été utilisé à ce stade pour repérer d'éventuelles zones blanches.

5.6 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

123) L'effet de l'action de l'ARS sur la réduction des inégalités interdépartementales dans l'offre de santé en général n'est pas perçu par tous les acteurs

Les évolutions en termes de réduction des inégalités interdépartementales dans l'offre en santé sont bien mieux perçues par les acteurs exerçant dans le champ concerné que par les autres (pourcentage significativement plus faible de réponses « ne sait pas »)⁸³.

A noter qu'un impact positif de l'action de l'ARS sur la réduction des inégalités interdépartementales en offre de santé n'est perçu positivement, au mieux, que par environ la moitié de l'ensemble des répondants. En revanche, cette proportion peut être plus élevée pour certaines catégories d'acteurs.

124) La réduction des inégalités interdépartementales dans l'offre médico-sociale est à la fois le domaine où l'impact de l'action de l'ARS est le mieux identifié, et où le jugement des acteurs est le plus positif, en particulier chez les professionnels de ce secteur

Tous opérateurs confondus⁸⁴, c'est la réduction des inégalités entre territoires dans l'offre médico-sociale qui est la mieux identifiée (plus faible taux de réponses « ne sait pas »).

C'est dans le domaine médico-social (53%) et dans le domaine de la prévention (48%) que la plus forte proportion des acteurs estime que l'action de l'ARS a réduit les inégalités entre territoires départementaux dans l'offre en santé.

A noter que les professionnels d'établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées jugent, pour les ¾ d'entre eux, que l'action de l'ARS a réduit les inégalités interdépartementales d'équipement d'offre médico-sociale et la moitié de ces responsables portent l'appréciation la plus positive possible (51% de réponses « tout à fait »).

Les tableaux ci-après récapitulent les réponses apportées par les différents acteurs enquêtés à la question « *Pensez-vous que l'action de l'ARS a réduit les inégalités entre territoires dans l'offre de santé ?* », qui était posée à la fois au niveau interdépartemental et au niveau infra-départemental, et ce pour les différents types d'offre.

⁸³ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

⁸⁴ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

- **Réduction des inégalités interdépartementales dans l'offre en santé du fait de l'action de l'ARS**

Dans l'offre de premier recours (médecins généralistes, infirmiers libéraux...) :

	% de tout à fait et plutôt	% de NSP
Tous répondants	20%	39%
Opérateurs de prévention	24%	54%
Etablissements de santé	24%	21%
ESMS - PH	14%	42%

Dans l'offre médico-sociale :

	% de tout à fait et plutôt	% de NSP
Tous répondants	53%	22%
Opérateurs de prévention	40%	46%
Etablissements de santé	40%	24%
ESMS - PH	76% (dont 51% « tout à fait »)	0%

Dans l'offre en établissements de santé :

	% de tout à fait et plutôt	% de NSP
Tous répondants	38%	35%
Opérateurs de prévention	32%	61%
Etablissements de santé	50%	6%
ESMS - PH	31%	41%

Dans l'offre en prévention :

	% de tout à fait et plutôt	% de NSP
Tous répondants	48%	29%
Opérateurs de prévention	59%	16%
Etablissements de santé	45%	32%
ESMS - PH	41%	36%

- **Réduction des inégalités infra-départementales dans l'offre en santé du fait de l'action de l'ARS**

Dans l'offre de premier recours (médecins généralistes, infirmiers libéraux...) :

	% de tout à fait et plutôt	% de NSP
Tous répondants	32%	25%
Etablissements de santé	17%	28%
MSP (gérant et coordinateurs)	68%	16%

Dans l'offre médico-sociale :

	% de tout à fait et plutôt	% de NSP
Tous répondants	39%	36%
Etablissements de santé	43%	30%
MSP (gérant et coordinateurs)	32%	52%

Dans l'offre en établissements de santé :

	% de tout à fait et plutôt	% de NSP
Tous répondants	40%	22%
Etablissements de santé	47%	13%
MSP (gérant et coordinateurs)	24%	44%

Dans l'offre en prévention :

	% de tout à fait et plutôt	% de NSP
Tous répondants	46%	30%
Etablissements de santé	48%	33%
MSP (gérant et coordinateurs)	44%	24%

125) 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

L'écart-type des taux d'équipement entre départements de la région est en diminution entre 2010 et 2016, en particulier dans le champ de l'enfance handicapée (le phénomène est moins marqué sur le champ des adultes handicapés).

Taux d'équipement enfants :

	SESSAD		Etablissements	
	2010	2016	2010	2016
Loire – Atlantique	2,96	3,80	6,07	5,95
Maine – et - Loire	3,66	4,66	6,63	6,13
Mayenne	4,30	4,57	3,77	4,12
Sarthe	3,50	3,94	5,13	5,31
Vendée	2,96	3,81	4,67	4,58
Région	3,32	4,08	5,63	5,51
Ecart-type	0,50	0,38	1,01	0,77
		-24%		-24%

Taux d'équipement adultes :

	SAMSAH/SSIAD/SPASAD		MAS/FAM	
	2010	2016	2010	2016
Loire – Atlantique	0,30	0,37	1,61	1,94
Maine – et - Loire	0,44	0,51	1,76	1,82
Mayenne	0,76	0,77	1,53	1,75
Sarthe	0,36	0,56	2,11	2,09
Vendée	0,31	0,41	1,87	2,30
Région	0,38	0,47	1,76	1,99
Ecart-type	0,17	0,14	0,20	0,20
		-18%		-4%

L'ARS ne dispose pas d'une connaissance assez précise des besoins, faute d'un accès à des données régionales harmonisées en provenance des MDPH/ MDA (sujet développé dans l'évaluation de la politique régionale en faveur du bien être des jeunes), et compte tenu de la difficulté à consolider les autres sources (ex. poly-inscriptions rendant peu opérantes la consolidation des files d'attente des établissements et services médico-sociaux dans le champ du handicap).

Par ailleurs, des demandes non satisfaites ont pu être signalées dans certains départements pourtant réputés mieux dotés que la moyenne (exemple : places de SESSAD en Mayenne).

Enfin, en termes d'adéquation de l'offre au public, le nombre de jeunes en aménagement Creton (indicateur PRS), après une baisse drastique en 2012 (sans doute liée à création du dispositif spécifique), augmente à nouveau en 2013 pour atteindre en 2014 un volume supérieur à celui observé en 2011.

	2011	2012	2013	2014
Nombre de jeunes en situation d'aménagement Creton en région en Pays de la Loire	421	301	329	486

126) A l'inverse du champ médico-social, 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

Il ressort des réponses auprès des différents opérateurs⁸⁵ (cf. supra) que, à l'inverse du médico-social, le premier recours est à la fois le domaine où les acteurs ont le plus de difficulté à se prononcer sur l'impact de l'agence en termes de réduction des inégalités interdépartementales (39% de NSP tous répondants confondus) et, lorsqu'ils le font, là où ils sont le moins nombreux (20%) à considérer que cet impact est positif.

Il convient de rappeler, toutefois, que l'ARS ne dispose pas de leviers comparables entre le champ médico-social (autorisation, tarification) et le champ du premier recours (incitation, accompagnement).

127) 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 pour des spécialités sous vigilance de l'ARS. 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

Les 15 spécialités médicales observées	
Anesthésistes	O.R.L.
Cardiologues	Ophtalmologues
Chirurgiens orthopédiques	Pédiatres
Dermatologues	Pneumologues
Gastro-entérologues	Psychiatres
Généralistes	Radiologues
Gynécologues	Rhumatologues
Neurologues	

⁸⁵ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale

Sur ces 15 spécialités médicales :

- on observe en région une baisse de densité médicale entre 2011 et 2015, fruit d'un effet de ciseau : le nombre de professionnels connaissant une baisse de 0,5 % tandis que la population régionale croît de 3,2% ;
- 5 spécialités ont vu la densité de professionnels s'accroître au niveau régional entre 2011 et 2015, et les inégalités entre départements se sont creusées pour 10 d'entre elles sur la même période ;
- En ce qui concerne spécifiquement la médecine générale, la densité de professionnels a légèrement diminué entre 2011 et 2015 (-5%), et l'écart entre département augmente (+20%).

Le tableau suivant récapitule l'évolution de la densité médicale en région et par département entre 2011 et 2015 sur 15 spécialités médicales. Les spécialités sous vigilance de l'ARS sont inscrites sur fond jaune.

	Région		Loire-Atlantique		Maine-et-Loire		Mayenne		Sarthe		Vendée		Dispersion		
	densité 2015	évolution /2011	densité 2015	évolution /2011	densité 2015	évolution /2011	densité 2015	évolution /2011	densité 2015	évolution /2011	densité 2015	évolution /2011	écart-type 2011	écart-type 2015	Evolution écart type 2011-2015
Anesthésistes	5,76	2%	7,8	9%	6,4	-6%	2,6	0%	4,4	3%	3,4	-8%	1,8	1,9	8%
Cardiologues	4,66	5%	6,3	7%	4,4	-8%	2,3	0%	3,8	36%	3,3	-4%	1,3	1,4	1%
Chir. orthopédiques	3,58	5%	3,9	5%	4,3	1%	1,9	-15%	3,8	9%	2,5	17%	0,8	0,9	9%
Dermatologues	3,42	-5%	4,3	-6%	4,1	1%	2,3	-13%	2,6	-7%	2,1	-10%	0,9	0,9	6%
Gastro-entérologues	2,72	-1%	3,2	5%	2,8	2%	2,9	12%	1,7	-24%	2,4	-10%	0,2	0,5	115%
Généralistes	84,69	-5%	93,8	-3%	94,5	0%	69,8	-5%	69,4	-9%	74,1	-11%	9,5	11,4	20%
Gynécologues	5,30	-7%	6,6	-7%	5,7	-12%	2,6	-27%	5,1	15%	3,6	-15%	1,4	1,4	6%
Neurologues	1,13	-3%	1,4	-14%	1,5	17%	0,6	99%	0,9	-29%	0,6	28%	0,5	0,4	-26%
O.R.L.	2,58	6%	2,9	1%	2,8	-2%	2,9	50%	2,3	7%	1,8	15%	0,5	0,4	-16%
Ophtalmologues	7,08	6%	9,5	5%	6,9	16%	4,2	0%	5,2	-10%	5,2	12%	1,7	1,9	10%
Pédiatres	1,16	-11%	2,9	3%	2,8	2%	1,0	-40%	2,1	-9%	0,7	-31%	0,7	0,9	35%
Pneumologues	1,37	-3%	1,5	5%	1,2	-19%	0,3	-67%	1,7	10%	1,3	8%	0,2	0,5	120%
Psychiatres	6,59	-5%	8,6	-5%	8,4	5%	5,2	6%	4,7	-21%	2,5	-18%	2,1	2,3	8%
Radiologues	6,05	-10%	7,0	-4%	5,7	2%	5,2	-6%	4,4	-15%	6,4	-28%	1,4	0,9	-35%
Rhumatologues	1,88	-13%	2,0	-19%	2,5	8%	1,6	-17%	1,2	-1%	1,6	-30%	0,4	0,4	-6%

Les constats que l'on peut tirer de ces données sont les suivants :

Au niveau régional, la densité de 10 des 15 spécialités observées a diminué dans des proportions allant de 1% à 13%.

Parmi les huit spécialités sur lesquelles l'ARS exerce sa vigilance, cinq ont connu une baisse de densité entre 2011 et 2015, les trois autres ont connu une amélioration (anesthésistes +2%, cardiologues +5%, ophtalmologues +6%), mais avec une accentuation des inégalités entre départements pour deux d'entre elles (écart type des densités progressant respectivement de 8% pour les anesthésistes, et de 10 % pour les ophtalmologues)

En ce qui concerne la dispersion des densités médicales entre départements de la région, elle ne s'atténue que pour 4 des 15 spécialités observées (neurologues, ORL, radiologues et rhumatologues). Elle a augmenté significativement (de 35 à 120%) pour 3 spécialités : gastro-entérologues, pédiatres et pneumologues.

S'agissant des médecins généralistes, leur densité a diminué de 5% en région entre 2011 et 2015. Les écarts de densité entre départements se sont, dans le même temps, accru de 20%. Des inégalités peuvent être constatées d'un département à l'autre : les deux départements où la densité est la plus élevée (Loire – Atlantique et Maine – et – Loire) sont également ceux où elle a pratiquement stagné ; les trois autres départements connaissent une densité à la fois moins favorable et orientée à la baisse (de -5% à -11% selon les départements).

Département	Densité en médecins généralistes 2015	Evolution densité 2011/2015
Loire-Atlantique	93,8	-3 %
Maine-et-Loire	94,5	0 %
Mayenne	69,8	- 5%
Sarthe	69,4	- 9%
Vendée	74,1	- 11%

Il convient de noter que ce raisonnement est assis sur un nombre de praticiens. Une analyse plus fine devrait privilégier une approche en équivalents temps plein.

128) En dépit des dispositifs déployés, un solde négatif des installations de médecins généralistes est constaté 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

Un indicateur retenu pour le suivi du Projet Régional de Santé visait à documenter l'installation des médecins généralistes dans les zones dites fragiles. La question est de savoir si la politique d'aide de l'ARS en faveur des zones fragiles a favorisé, en tendance, une évolution positive de la démographie des professionnels de santé dans ces zones. Le décompte est réalisé sur chacun des cinq départements de la région, sans précision de zones déficitaires plus ciblées.

Alors qu'il est attendu une hausse du nombre de médecins généralistes installés en zones fragiles, le solde nouvelles installations – départs est en baisse sur la région. L'évolution depuis 2011 est fluctuante. En 2011, le solde était de – 5 médecins, puis après une évolution positive des médecins +3 (2012), +8 (2013), + 2 (2014), en 2015 en fin de PRS 2012-2016, le solde retrouve une valeur négative, en deçà de celle de 2011, pour atteindre un déficit de - 8 médecins généralistes sur la région.

En fin de PRS, la situation est surtout préoccupante pour les départements de la Sarthe (-5 médecins) et de la Vendée (-5 médecins).

Une pluralité de sources (entretiens, réponses aux questions ouvertes dans le cadre des enquêtes auto-administrées) témoignent d'une aggravation de la démographie en médecins de premier recours dans certaines zones du territoire. Dans certains endroits, il a pu être mentionné que, non seulement les usagers peinent à trouver un médecin traitant, et les EHPAD des médecins coordonnateurs, mais que de surcroît les usagers ne trouvent plus en proximité (ou dans des délais raisonnables) des médecins généralistes pour les prendre en charge.

L'impact de l'action de l'ARS sur la réduction des inégalités infra-départementales d'offre de santé est inégalement perçue en fonction des acteurs⁸⁶ (professionnels des établissements de santé ou gérants et coordinateurs de MSP/PSP). A noter toutefois que l'appréciation sur le rééquilibrage du premier recours est jugée plus positivement au niveau infra – départemental (32%) qu'au niveau interdépartemental (20%), les gérants et coordinateurs de MSP/PSP émettant à 68% d'entre eux un jugement positif en la matière.

129) 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

La démographie médicale, et plus largement celles de tous les professionnels de santé, dépend aussi de l'écosystème : attractivité du projet médical dans les établissements de santé, projets de santé des structures d'exercice coordonné, attractivité du cadre (*lato sensu*) en ce qui concerne l'exercice libéral. Sur ce dernier point, la comparaison entre la dynamique de la démographie médicale en Sarthe et en Mayenne a pu être évoquée pour illustrer l'importance de ce facteur.

130) Certaines pratiques de l'ARS (logique d'accompagnement des dynamiques existantes, expérimentations...) peuvent être porteuses de risque d'inégalités dans l'offre de santé entre les territoires dynamiques et ceux qui le sont moins

La pratique d'accompagnement des projets par l'ARS peut contribuer à creuser certaines inégalités territoriales. En effet, les investigations tendent à démontrer que l'ARS aide en priorité les territoires où les projets ou dynamiques existent (exemples : CLS, MSP/PSP), dans une approche pragmatique (d'abord avancer avec les acteurs qui sont mûrs pour le changement). L'ARS s'est ainsi davantage portée auprès de projets existants pour les soutenir, plus qu'elle n'en a suscité l'émergence *ex nihilo*. Cette pratique crée un risque d'augmenter les déséquilibres.

Ce risque vaut aussi pour les appels à projets, quand ils ne ciblent pas de territoires précis (exemple : lors de l'appel à projets de conversion sanitaire en psychiatrie, certains établissements particulièrement concernés par les problématiques d'inadéquation n'avaient pas déposé de dossiers).

La logique d'expérimentation, si les conditions de la généralisation ou de la duplication ne sont pas élucidées, présente également le risque d'inégalité d'offre entre territoires d'expérimentation et autres territoires.

⁸⁶ Source : enquêtes auto-administrées réalisées dans le cadre de cette évaluation finale – voir § 124

L'ensemble de ces éléments laisse entrevoir un risque que les écarts se creusent entre les territoires dynamiques, porteurs de projets, bénéficiant d'un accompagnement de l'ARS, et ceux où il n'y a pas de dynamique à l'œuvre.

131) Il ressort de l'enquête Delphi que la réorganisation de la couverture territoriale en offre de santé est considérée comme ayant participé à la réduction des inégalités sociales de santé (c'est l'une des trois actions de l'ARS qui sont mises en avant en termes de réduction des inégalités sociales de santé)

Ce constat se fonde sur les conclusions de l'enquête Delphi réalisée par le cabinet ACSANTIS dans le cadre de cette évaluation (cf. document associé **E** – Enquête Delphi et § 137 et 138 *infra*)

6. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Critères d'évaluation
Des réalisations ont été menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé
Les réalisations de l'ARS ont réduit les inégalités sociales de santé

Conclusion 6 :

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.

6.1 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 »

132) L'accès financier aux professionnels de santé libéraux a été marqué par relativement peu d'évolution, mais les études sur l'accès aux soins des personnes à faible revenu manquent, notamment en matière de renonciation aux soins

Toutes spécialités confondues (sur un échantillon de 15 spécialités), le pourcentage de professionnels en secteur 1 (tarifs opposables), qui est un indicateur PRS, a connu une légère diminution, irrégulière de surcroît, entre 2010 et 2015 (-0,4 pts, pour s'établir en 2015 à 85,3% des praticiens). Le nombre global de praticiens a diminué de 0,4%, tandis que le nombre de praticiens en secteur 1 a diminué de 0,9%.

La situation est toutefois contrastée en fonction des territoires et en fonction des spécialités, comme l'atteste le tableau ci-dessous.

Proportion de médecins en secteur 1						
Données au 31/12	2011	2012	2013	2014	2015	2015/2011
Région-toutes spécialités	86%	85%	86%	86%	85%	<i>-0,4pts</i>
44- toutes spécialités	82%	82%	83%	83%	83%	<i>0,1pts</i>
49- toutes spécialités	86%	86%	87%	86%	85%	<i>-1,3pts</i>
53- toutes spécialités	91%	91%	91%	92%	92%	<i>0,5pts</i>
72- toutes spécialités	87%	87%	86%	86%	85%	<i>-1,6pts</i>
85- toutes spécialités	90%	90%	91%	91%	91%	<i>1,0pts</i>
Région – médecins généralistes	92%	92%	94%	95%	95%	<i>2,8pts</i>
Région - anesthésistes	81%	79%	76%	72%	72%	<i>-9,3pts</i>
Région - cardiologues	95%	94%	95%	95%	93%	<i>-1,9pts</i>
Région - dermatologues	79%	78%	79%	79%	79%	<i>-0,5pts</i>
Région - radiologues	97%	98%	98%	98%	96%	<i>-1,5pts</i>
Région - gynécologues	57%	53%	53%	51%	50%	<i>-7,0pts</i>
Région - gastro-entérologues	84%	82%	83%	81%	85%	<i>1,3pts</i>
Région - ORL	53%	51%	49%	46%	43%	<i>-10,7pts</i>
Région - pédiatres	83%	79%	73%	75%	73%	<i>-9,8pts</i>
Région - pneumologues	94%	94%	96%	94%	94%	<i>0,0pts</i>
Région - rhumatologues	68%	67%	68%	62%	60%	<i>-7,9pts</i>
Région - ophtalmologues	53%	52%	51%	51%	51%	<i>-2,0pts</i>
Région - neurologues	71%	74%	75%	73%	76%	<i>4,8pts</i>
Région - psychiatres	90%	88%	87%	85%	82%	<i>-8,0pts</i>
Région - chirurgiens orthopédiques	36%	36%	33%	33%	31%	<i>-4,9pts</i>

La Mayenne et la Vendée sont les seuls départements à connaître une augmentation de ce ratio qui, en 2015, est de l'ordre de 91-92% pour ces deux départements. Le ratio baisse dans tous les autres départements, pour s'établir entre 83% et 85%.

En ce qui concerne les spécialités, les plus fortes baisses concernent les ORL (- 10,7 pts), les pédiatres (-9,8 pts) et les anesthésistes (-9,3 pts), le ratio s'établissant en 2015 respectivement à 43%, 73% et 72%. Quelles que soient les évolutions, les spécialités où la proportion de médecins en secteur 1 est la plus faible sont la chirurgie orthopédique (31%) et l'ORL (43%). Ce sont les seules spécialités où, en 2015, moins de la moitié des médecins sont en secteur 1.

Dans chaque territoire de santé, selon l'ARS, au moins une offre au tarif opposable est assurée aux Ligériens, pour tous les soins dont ils ont besoin. L'imagerie est par exemple accessible en tous points du territoire.

Il n'y a pas beaucoup de médecins généralistes exerçant en secteur 2 en Pays de la Loire. Aussi l'ARS n'exerce pas de vigilance particulière sur ce sujet. De plus, exercer en secteur 1 est une condition pour élargir à de nombreux dispositifs et aides. En MSP/PSP, les médecins sont en secteur 1 et il leur est difficile de refuser d'être médecin traitant pour de nouveaux patients car ils bénéficient le plus souvent de financements publics de la part des collectivités locales. Dans une maison de santé de la région, l'accès des populations avec des difficultés socio-économiques et allophones est même favorisé. Il y est fait appel à des interprètes grâce à la mairie concernée.

Plus généralement, les acteurs rencontrés constatent des évolutions locales identiques aux constats nationaux, avec des patients qui ont de plus en plus de difficultés à accéder à certains soins (optique, audition...). Cependant il n'existe pas d'étude spécifique sur l'ampleur de la renonciation aux soins en Pays de la Loire.

133) L'ARS manifeste sa vigilance sur l'accès aux soins dans les structures sanitaires et médico-sociales

L'ARS exerce sa vigilance sur l'accessibilité financière en EHPAD par l'examen de l'impact des projets d'investissements. L'ARS privilégie une approche universelle : il n'y a pas, par exemple, d'EHPAD spécifique pour des personnes sans domicile fixe.

Dans le champ des personnes handicapées, la question est abordée avec les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Un certain nombre de jeunes relevant de l'ASE présentent un handicap. Aussi, il y a des accompagnements croisés à organiser. Or, à déficience équivalente, le handicap n'est pas le même (exemple : effet du milieu social et familial). L'ARS constate qu'il y a encore beaucoup de chemin à parcourir en matière de décloisonnement médicosocial/ aide sociale à l'enfance.

En dehors de cet aspect particulier de l'aide sociale à l'enfance, il y a une approche universelle dans le champ des personnes handicapées : une compensation presque intégrale et une évaluation du handicap par les équipes pluridisciplinaires des maisons départementales des personnes handicapées qui prend en compte la dimension sociale. Il n'y a donc pas de différences entre déficience et handicap en termes de prise en charge.

40 établissements de santé ont des objectifs touchant aux inégalités sociales de santé dans leur CPOM, soit 33% de l'ensemble des établissements. Cela représente 4% de l'ensemble des objectifs des CPOM. Chaque établissement de santé disposant d'une structure d'urgence prend ainsi en charge les personnes en grande précarité par le biais d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), d'une antenne ou d'un lien avec une PASS. Certaines PASS ont cependant fermé ou pourraient le faire. La coordination régionale des PASS, accompagnée par l'ARS, assure une cohérence dans les dispositifs proposés aux personnes exclues, via des journées d'informations et de formation aux personnels.

Il ressort des rapports de certification (v2010, état au 27/10/20106) des établissements de santé établis par la HAS que, sur l'item "Personnes démunies-Populations nécessitant une prise en charge particulière" (19a), 36 % des établissements sont cotés A, 63% sont cotés B, 0% sont cotés C et 1% des établissements.

134) Les actions du PRAPS, ayant peu dépassé l'approche traditionnelle par publics et par dispositifs spécifiques, peinent à s'inscrire dans des logiques de parcours basés sur des situations problématiques, privilégiant le retour au droit commun

L'écriture du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) du PRS s'est appuyée sur le recueil de la parole des acteurs de la prise en charge, les échanges s'étant organisés autour de trois grandes questions, structurant le document par la suite :

- comment prendre en compte les besoins spécifiques des personnes en situation de précarité et les rendre acteurs de leur santé ?
- comment organiser la coordination des professionnels autour des personnes en situation de précarité? Quelles améliorations apporter en proximité pour l'accès aux soins ?
- comment favoriser la prévention à destination des personnes en situation de précarité ?

Mais, selon les résultats de l'évaluation intermédiaire du PRS portant sur la politique régionale en faveur de la santé des personnes en grande vulnérabilité, l'ARS a insuffisamment identifié les situations de non recours dans leur diversité et les difficultés d'adaptation du droit commun pour étayer la création de dispositifs spécifiques. Des situations de non recours ou des difficultés de recours très diverses ont pourtant été décrites par les acteurs de la région, sans typologie et recensement réalisés. Par ailleurs, les échecs de projets d'adaptation du droit commun n'ont pas été recensés.

Les acteurs régionaux sont globalement en accord avec l'ARS pour renforcer et adapter le droit commun et les dispositifs existants plutôt que de multiplier les nouveaux types de dispositifs. Cela vise plus à renforcer et étendre des dispositifs existants que de créer de nouveaux dispositifs, dans le sens de la proximité, de l'« aller vers », de la coordination entre acteurs et de l'accompagnement plus individualisé des personnes.

Un indicateur du PRS a eu pour objectif de tracer le recours au droit commun. Il s'agit du ratio nombre de nouveaux consultants des PASS / nombre de personnes accueillies par les PASS. Sous réserve des variations annuelles de l'échantillon d'établissements sur lequel cet indicateur est calculé, il est demeuré assez stable entre 2010 et 2014, oscillant entre 65% et 69%. En revanche, il a connu une baisse importante en 2015 (- 12 pts par rapport à l'année précédente), pour s'établir à 57%. Si un « effet échantillon » n'est pas à exclure, cette brusque chute interpelle, nécessite d'être suivie et analysée. Il faudrait ainsi croiser ce ratio avec l'évolution de l'activité car de nombreux patients ont pu être suivis en PASS faute de trouver des solutions d'aval (faible démographie médicale, manque d'articulation PASS/médecine de ville, manque de mobilisation des professionnels de santé libéraux). Par ailleurs, la gestion de situations très complexes peut allonger le délai de prise en charge par les PASS. Quoi qu'il en soit, la stabilité de l'indicateur entre 2010 et 2014, sachant qu'il trace le passage des usagers de la PASS vers l'offre de droit commun (plus le ratio est élevé, moins les usagers de la PASS sont « chronicisés »), indique que le passage vers le droit commun ne s'est pas amélioré, mais ne s'est pas dégradé non plus, et que la part des usagers itératifs de la PASS demeure stable à 1/3 de la patientèle.

Le pilotage régional de la politique de santé en faveur des personnes en grande vulnérabilité a été décrit comme trop centré sur certaines populations spécifiques. Malgré cela, l'évolution récente des caractéristiques des personnes en grande vulnérabilité a été peu prise en compte par l'ARS pour adapter l'organisation du système de santé de droit commun : un vieillissement de la population en grande précarité qui pose la question de l'hébergement et de l'accompagnement de ces populations, y compris en EHPAD, l'errance de jeunes cumulant de nombreuses difficultés et peu sensibles aux questions de santé, la part croissante de migrants modifiant les files actives habituelles de nombreux acteurs et présentant des profils très divers.

Pour soutenir le développement des contrats locaux de santé, l'ARS Pays de la Loire a défini des territoires de santé de proximité et réalisé une analyse d'opportunité sur chacun de ces territoires, sous forme de « diagnostics flash ». Les indicateurs présents dans les diagnostics flash ont porté sur l'état de santé, l'offre et son articulation, la situation socio-économique. En 2014, une attention particulière a également été portée aux territoires comportant des quartiers prioritaires de la politique de la ville. L'année 2015 a été une année très prolifique en termes de contrats locaux de santé signés. Traduisant en proximité les enjeux portés par le projet régional de santé, ces contrats ont une architecture commune autour de 3 axes forts : la prévention et la promotion de la santé (y compris sur le champ de la santé environnementale), l'accès aux soins et les parcours de santé des publics spécifiques. C'est à ce titre que le lien est fait avec les contrats de ville, puisque les contrats locaux de santé sont considérés comme le volet santé des contrats de ville lorsque les territoires sont concordants.

L'ARS Pays de la Loire a retenu six axes dans le déploiement de sa politique de prévention et de promotion de la santé, dont celui de renforcer la coordination des politiques publiques autour de publics cibles dont les personnes précaires. Les appels à projets en prévention ont ciblé la précarité. La question de la poursuite, de la généralisation ou de l'arrêt du financement par l'ARS de temps de psychologues dans les missions locales n'a cependant pas été tranchée. Elle participe pourtant à la production de situations inégalitaires dans la région entre territoires.

La première évaluation intermédiaire du PRS a porté sur la politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité. Cette évaluation avait un double enjeu : alimenter la réflexion de l'ARS sur le sujet, en particulier pour réorienter les actions de sa feuille de route « santé-précarité » et susciter des débats avec la CRSA dans le cadre de la démocratie sanitaire.

Si les options opérationnelles du PRAPS n'ont pas été remises en cause en tant que telles (prise en compte de la parole des usagers, modalités d'« aller vers », coopération santé-social, accompagnement global...), elles devraient être repositionnées dans le cadre d'une approche renouvelée des questions de santé-précarité et dépasser l'approche traditionnelle par publics. Cette approche populationnelle centrée sur des dispositifs de lutte contre l'exclusion pour des populations ciblées, héritée des PRAPS précédents, n'a pas été pensée en logique parcours et permet peu d'avancer vers une politique générale de réduction des inégalités sociales de santé.

La piste suggérée à l'issue de ce travail d'évaluation est désormais d'approcher les questions de santé-précarité à travers le traitement des situations problématiques dans l'accès aux droits, à la prévention, aux soins et à l'accompagnement, dans le système de droit commun ou en envisageant autant que possible un retour vers ce droit commun.

Deux catégories de recommandations ont été émises. Les premières portent sur le renforcement du pilotage de cette politique qui implique une coordination accrue entre les institutions concernées, un meilleur partage des connaissances et une prise en compte plus attentive des attentes et besoins des personnes en grande vulnérabilité. Les secondes portent sur l'amélioration de la prise en charge des personnes en grande vulnérabilité par la construction de parcours de vie fluides à partir de situations problématiques associant l'ensemble des acteurs, travaillant en synergie et allant si besoin au plus près des lieux de vie des personnes.

La mobilisation des commissions de coordination des politiques publiques et des conférences de territoire est à la fois peu explicite et peu nourrie sur la santé des populations en grande vulnérabilité. La politique contractuelle de l'ARS avec les autres institutions, sauf avec la DRJSCS, intègre insuffisamment la santé des populations en grande vulnérabilité. Le PRAPS semble avoir peu influencé les plans et programmes des partenaires dans lesquels la santé des personnes en grande vulnérabilité est peu évoquée.

Dans ces conditions, le retour au droit commun doit-il toujours demeurer un objectif aujourd'hui ? Il a pu être dit que certains acteurs faisaient pression pour garder leurs périmètres d'actions, pour ne pas s'adapter à cet objectif. Par ailleurs, l'objectif peut être ressenti comme trop ambitieux pour d'autres acteurs.

Ainsi, nombreux et mal connus, les dispositifs spécifiques aux personnes en grande vulnérabilité (appartements de coordination thérapeutique, lits halte soins santé...) peinent à être mobilisés dans une approche parcours.

Ces dispositifs spécifiques ont été renforcés de 2012 à 2016 :

- appartements de coordination thérapeutique : de 3 (48 places) à 5 (64 places), étendant la couverture à la Vendée et au Maine-et-Loire (4 départements couverts)

- lits halte soins santé : de 4 (34 places) à 5 (49 places), permettant une extension en Loire-Atlantique (3 départements couverts)

Un projet de lits d'accueil médicalisé prévoit par ailleurs le déploiement de 15 places en 2017.

Mais une expérimentation d'appartements de coordination thérapeutique sans hébergement pour patients vivant avec un cancer a été arrêtée faute de financements spécifiques (Institut national du Cancer puis ARS).

135) La médecine de premier recours est peu structurée et peu organisée pour répondre aux besoins et aux demandes des personnes en grande vulnérabilité

Le système de santé de premier recours reste peu lisible pour les personnes en grande vulnérabilité ; Il évolue cependant vers le modèle d'exercice pluriprofessionnel, notamment dans les MSP/PSP, favorable à la prise en charge des personnes présentant des situations complexes.

La médecine de premier recours est aujourd'hui peu structurée pour répondre aux besoins et aux demandes des personnes en grande vulnérabilité, peu articulée avec le secteur social (permanences d'accès aux soins de santé et assistantes sociales). Les structures d'exercice coordonné (MSP/PSP) représentent un modèle pour une prise en charge globale des patients, qui est surtout développé en zone rurale mais très peu dans les zones urbaines et notamment dans les quartiers prioritaires. Cependant de nouveaux projets émergent actuellement dans les quartiers, alors qu'une maison de santé urbaine était jusque-là le seul exemple toujours cité.

Une information plus compréhensible sur l'offre de soins par les personnes en grande vulnérabilité est demandée par les publics concernés. Les permanences d'accès aux soins de santé, points de passage fréquents, peuvent améliorer la lisibilité de l'offre de soins de premier recours pour le patient. Une demande de nouvelle organisation du premier recours est même formulée par les membres du comité consultatif régional des personnes accueillies ou accompagnées (CCRPA). L'ARS s'est cependant à ce jour peu investie dans l'aide aux professionnels de santé du premier recours (médecine générale en particulier) pour accompagner les populations en grande vulnérabilité. Il n'a pas été rapporté d'aide financière facilitatrice spécifique importante (exemple : contrat FIR passé avec une maison de santé d'Angers).

Parmi les actions repérées au sein du PRAPS, une action de communication vers les médecins généralistes sur les PASS a été menée. Les relations de la médecine générale avec les PASS sont très variables selon les villes. A Nantes, ils se connaissent. Dans les autres villes, ils ne se connaissent généralement pas ou très peu. Pourtant les PASS doivent souvent adresser des patients aux médecins généralistes, en relais.

Le champ de la formation continue des acteurs du premier recours sur les questions de grande vulnérabilité et sur les liens santé-social reste à investir.

Des difficultés sont constatées pour accéder à un interprétariat médical dans tous les champs de la santé, malgré un soutien apporté à deux associations par l'ARS. Des réponses de l'ARS sont attendues en face des besoins d'interprétariat. Les médecins du premier recours ont besoin d'être soutenus, notamment dans certains territoires où les besoins sont importants.

Les réseaux de santé financés par l'ARS, dont beaucoup ont été restructurés, ont été peu investis sur la problématique des personnes en grande vulnérabilité, hormis les réseaux d'addictologie.

Dans 5 à 10 ans, du fait de problèmes à venir sur la disponibilité des assistants de service social polyvalents de secteur, des postes d'assistants de service social pourraient être créés dans les MSP/PSP, avec des mutualisations possibles entre ces structures d'exercice coordonné.

Dans le secteur des soins dentaires, il est assez difficile pour les professionnels de santé de prendre en charge beaucoup de patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle. De plus, certains départements (exemple : département de la Sarthe, avec seulement 40 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, se situant au 89ème rang des 96 départements métropolitains et avec des perspectives démographiques défavorables) souffrent d'un manque de chirurgiens-dentistes. Cette situation entraîne des difficultés particulières, de renoncement aux soins, d'accès aux soins dentaires pour l'ensemble de la population du département (délais de rendez-vous, nouveaux patients, urgences, continuité, permanence), et plus particulièrement d'accès et de prise en charge des patients en situation de handicap, de dépendance et de précarité qui nécessitent des prises en charge adaptées (troubles comportementaux, accès au cabinet,...).

136) L'ARS a souhaité impulser une politique « d'aller vers » les populations en grande vulnérabilité en soutenant ou en réorientant certains dispositifs vers cet objectif (équipes mobiles en psychiatrie, centres fédératifs de prévention et de dépistage, structures départementales de dépistage des cancers, éducation thérapeutique du patient...), avec des résultats variables

Une des questions que s'est posée l'ARS touche aux publics en grande vulnérabilité réellement atteints par les programmes de santé. Est-ce qu'on ne touche pas toujours les mêmes personnes ? Toujours le même public ? (par exemple, fait-on mieux en matière de dépistage dans les milieux défavorisés ?) Jusqu'où doit-on aller au plus près de la personne ? Aller vers ne signifie pas forcément aller sur tous les lieux. Il convient de trouver un équilibre entre intérêt collectif et intérêt individuel.

Un accent sur le FIR a été mis par exemple en 2013 sur l'accès au dépistage des cancers pour les populations précaires. Un écart important du taux de dépistage du cancer du sein entre population générale et population bénéficiaire de la CMU-C, indicateur PRS, justifiait la mise en œuvre d'actions volontaristes d'appui des associations départementales de dépistage. Une analyse régionale a permis d'identifier les territoires et publics prioritaires pour mener des actions de promotion du dépistage du cancer du sein et du côlon rectum vers les personnes éloignées du système de santé. Le taux de dépistage du cancer du sein chez les bénéficiaires de la CMU-C a pourtant diminué entre 2011-2012 (37,9%) et 2013-2014 (31,6%), alors que ce taux est resté stable en population générale. Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C a augmenté plus vite que les efforts des structures départementales pour les intégrer dans le dépistage organisé.

En matière de nutrition, un partenariat fort a été mis en place avec la DRJSCS et la DRAAF pour conduire des actions vers les populations précaires, au contact des distributions alimentaires.

Les actions de santé dites recentralisées ont fait l'objet d'une restructuration en 2012-2013. Désormais majoritairement gérées par des centres hospitaliers (4 départements sur 5), ces actions sont organisées au sein d'un pôle départemental (centre fédératif de prévention et de dépistage). Définissant leur politique au niveau départemental en lien avec l'ARS, ces centres développent, au-delà de leurs missions obligatoires, principalement des actions collectives vers les publics précaires et les professionnels de santé. Ils s'appuient sur des antennes localisées de prévention transversales aux différentes thématiques (infections sexuellement transmissibles, tuberculose, vaccination). Si les centres de dépistage et de vaccination, avec l'appui significatif de l'ARS, se sont mobilisés sur l'accès des populations en grande vulnérabilité, les résultats sont encore peu probants compte tenu d'une mise en œuvre récente. Les acteurs du dépistage et de la vaccination ont la volonté d'aller au plus près des lieux de vie des personnes en grande vulnérabilité, malgré des moyens parfois limités et des relais dans les structures sociales jugés insuffisants.

Les réponses des appels à projet en prévention retenues par l'ARS ciblent particulièrement bien les populations en grande vulnérabilité en tant que publics prioritaires, sans toutefois explicitement privilégier la dimension relative à l'« aller vers ». Les personnes en grande vulnérabilité sont une population cible des projets retenus par l'ARS dans les appels à projet prévention (plus de 30%), concernés essentiellement par des actions en santé mentale et en nutrition.

La possibilité pour les équipes mobiles en psychiatrie de faire des visites à domicile ou dans les structures d'accueil, d'aller vers des personnes non connues des secteurs, ou perdues de vue, ou à faible mobilité (les personnes âgées isolées, ou souffrant d'un handicap, ou en situation de précarité), ou difficilement « saisissables » (exemple : solitaire chez lui, personne SDF...) est une plus-value de ces équipes, identifiée lors de l'évaluation régionale de la valeur ajoutée des équipes mobiles en psychiatrie. Plus spécifiquement, les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) répondent globalement au cahier des charges national, que ce soit en matière d'actions auprès des patients, ou d'appui aux professionnels. Les cinq EMPP de la région proposent des permanences programmées, sur des jours fixes, dans différents lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté. Cette présence régulière leur permet de rencontrer ces personnes de manière informelle ou sur rendez-vous sur place et d'apporter un appui aux professionnels sociaux. Deux EMPP participent régulièrement à des maraudes. Deux autres EMPP n'interviennent qu'à la demande des équipes sociales de maraude, en fonction de situations qu'elles ont repérées. L'accueil, l'orientation et l'accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » sont au cœur de l'intervention des cinq EMPP, et cet accompagnement peut prendre un temps long avant l'adhésion de la personne aux soins. L'orientation vers le droit commun peut être différente selon les résultats de l'évaluation des besoins : vers le secteur de psychiatrie, vers une hospitalisation (en psychiatrie ou en médecine), vers un médecin généraliste, vers une prise en charge psychiatrique en libéral, vers un service social ou une association... Deux EMPP proposent des prises en charge collectives dans le cadre de groupes d'échanges ou de paroles et d'ateliers thérapeutiques, dans des lieux sociaux : café débat dans un lieu social, groupes de paroles dans un restaurant social, groupe thérapeutique dans une maison relais. Il existe une forte proximité entre les EMPP de la région (démarche encouragée par l'ARS) dans le cadre du réseau régional des EMPP des Pays de la Loire (association), ce qui leur permet notamment d'évoluer vers une amélioration de leurs pratiques.

Concernant l'éducation thérapeutique du patient (ETP), l'accès des personnes en difficultés socio-économiques et psycho-sociales est reconnu comme difficile, d'autant que les transports ne sont pas pris en charge financièrement. Pour remédier au problème, il peut se faire localement une combinaison consultation médicale/séance d'ETP. A côté de cela, l'ARS Pays de la Loire a été la première agence à avoir développé l'ETP dans des appartements de coordination thérapeutique. La fédération nationale

des appartements de coordination thérapeutique ayant incité à ce développement, l'ARS a accompagné ce projet. Ce dernier concerne des polyopathologies et non des pathologies spécifiques. En cas de besoin d'éducation thérapeutique technique spécifique, un relais est prévu avec des structures hospitalières. Par ailleurs, l'ARS a demandé aux réseaux diabète d'inclure plus de personnes en précarité dans leurs programmes d'éducation thérapeutique. Les centres d'examen de santé de l'assurance maladie, dont les programmes d'éducation thérapeutique sont suivis et autorisés par l'ARS depuis 2014, se sont recentrés sur la population des personnes en précarité.

6.2 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

137) L'adoption de certains principes, en particulier en prévention, mais aussi en termes de coordination des acteurs est reconnue pour concourir à la réduction des inégalités sociales de santé, mais son impact n'est quasiment pas étudié

Y a-t-il eu une réduction des inégalités sociales de santé dans la région par la mise en œuvre du PRS?

Les deux résultats attendus du PRS concernant d'une part, la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les schémas et programmes élaborés dans la région et d'autre part, la compatibilité de l'ensemble du système de santé à l'ensemble des publics, n'ont pas été atteints aux dires des acteurs rencontrés. Cela est jugé bouleverser trop les habitudes de fonctionnement. La question des inégalités sociales de santé n'est pas inscrite dans les outils de pilotage régional ou territorial.

L'ARS n'est en fait pas en mesure de quantifier les inégalités sociales de santé. Seuls quelques indicateurs sanitaires sont suivis alors qu'il faudrait disposer d'indicateurs composites, de développement humain...

D'une façon générale, on sait que les personnes des catégories sociales les moins favorisées se déclarent moins souvent en bonne santé, et sont plus fréquemment fortement limitées dans leurs activités à cause d'un problème de santé. La perception de la santé apparaît également liée au milieu social.

Les habitants des Pays de la Loire⁸⁷ les plus diplômés ont une perception plus souvent positive de leur santé : 88 % des diplômés de l'enseignement supérieur *versus* 85 % des titulaires d'un baccalauréat et 74 % des personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat ($p < 0,001$). Ce constat est retrouvé au niveau national, où l'on observe également un gradient en faveur des groupes les plus favorisés en termes de catégories socioprofessionnelles et de niveau de revenus. La prévalence de l'obésité dans la région est notamment deux fois plus importante chez les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat par rapport à celles ayant un niveau supérieur. Les habitudes de consommation d'alcool apparaissent liées au milieu social, avec globalement des épisodes ponctuels d'alcoolisation excessive plus fréquents dans les milieux favorisés, mais des usages quotidiens et à risque chronique qui semblent plus ancrés dans les groupes sociaux les moins favorisés.

⁸⁷ ORS Pays de la Loire. (2016). Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire. 101 p.

Il y a un besoin identifié d'évaluations régionales sur le non recours (renonciation) aux soins. Le système de santé peut s'avérer trop complexe et inadapté, des professionnels de santé peuvent refuser certains patients, des populations peuvent renoncer aux soins faute d'information. On sait que la dépense par habitant varie selon le lieu de résidence : habiter Nantes ou dans une zone rurale en Mayenne, c'est différent. L'approche se doit d'être à la fois territoriale et sociale

Les acteurs n'ont pas vu de dispositif construit et accompagné par l'ARS, pensé en termes de réduction des inégalités sociales de santé, à l'instar des mesures de réduction des inégalités territoriales (dans le cadre de rééquilibrages géographiques). Il n'a ainsi pas été relevé de mobilisation de moyens importants sur certains sujets (exemple : inciter certaines femmes au dépistage du cancer du sein), ni d'actions spécifiques coordonnées (exemple : changer l'approche nutritionnelle dans les établissements scolaires, plus spécifiquement dans certains quartiers).

C'est à la fois sur des grands principes généraux et sur des actions ciblées sur la grande précarité que l'ARS peut cependant justifier d'un effet de sa politique sur les inégalités sociales de santé.

L'ARS s'est ainsi engagée sur des principes en prévention pouvant concourir à la réduction des inégalités sociales de santé, comme l'intersectorialité et le ciblage géographique et populationnel.

Il a été demandé aux opérateurs de prévention, de cibler prioritairement leurs actions en direction des publics précaires, des personnes sous main de justice ou de populations ciblées dans le cadre des contrats locaux de santé. Ces contrats couvrant la plupart des quartiers prioritaires de la politique de la ville, de fait les populations et notamment les jeunes de ces quartiers sont destinataires de tout ou partie des actions inscrites au contrat. Des points de vue contrastés sur l'accès à la prévention des jeunes dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ont cependant été identifiés lors de l'évaluation intermédiaire du PRS portant la politique régionale en faveur du bien-être des jeunes.

L'enjeu principal pour les populations les plus défavorisées, c'est la capacité de coordination des acteurs sanitaires et sociaux, selon les préconisations du rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), à l'origine destinées aux personnes âgées. La complexité des situations et des réponses à apporter, commune à différentes populations, nécessite des réponses coordonnées. L'impact sur le gradient social des actions coordonnées est reconnu. Le décroisement des acteurs promu par l'ARS va dans ce sens. Les acteurs pensent qu'il faut sortir d'une approche par publics spécifiques et avoir une approche globale. Tout se joue dans les territoires de proximité où les acteurs non spécialisés doivent se coordonner sans tomber dans l'écueil des réseaux. C'est la méthode d'intégration des acteurs qui doit être privilégiée.

La coordination des politiques publiques a un impact sur le gradient social. Ce concept commence à être partagé. Mais les interventions directes sont parfois difficiles, notamment en prévention. Les populations précaires peuvent avoir des difficultés à se saisir de certains outils. Les évaluations d'impact en santé sont basées sur cette démarche intégrée et visent à réduire les inégalités sociales de santé. La mise en place du groupe-projet transversal ARS sur la précarité associant des partenaires extérieurs est décrite comme une plus-value, même si ses effets sont difficilement mesurables.

Il y a aussi une prise en compte des inégalités sociales par le biais de la volonté de réduire les inégalités territoriales, en zones urbaines ou rurales, car il existe une corrélation forte entre les deux. Les contrats locaux de santé favorisent une approche globale de la santé et impliquent la coordination des acteurs. Mais quel est l'impact de ces contrats sur les inégalités sociales de santé ? Est-ce tangible ? Est-ce mesurable ?

Le PRS identifie clairement les enjeux des actions pendant l'enfance – y compris en périnatalité – pour prévenir les inégalités de santé. Bien que la détermination de l'âge à cibler ne fasse pas consensus, les partenaires de l'ARS partagent ce point de vue. L'examen des leviers mobilisés par l'ARS dans ce cadre met en exergue l'enjeu de protection du capital santé. La question d'un ciblage plus accentué sur les jeunes vivant dans les quartiers prioritaires la politique de la ville et les zones rurales se pose, en particulier dans le cadre des contrats locaux de santé. Le ciblage des enfants vivant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ou en zone rurale n'est cependant pas explicitement porté par l'ARS dans les contrats locaux de santé, même si les enfants de ces quartiers sont de fait concernés par les actions des CLS (*cf. supra*) L'intérêt d'une intervention au plus tôt auprès des enfants pour réduire les inégalités de santé est donc partagé par l'ARS et ses partenaires. Travailler plus particulièrement sur la petite enfance et sur la parentalité, où se situent d'importants enjeux par rapport aux inégalités sociales de santé (y compris liées aux conséquences pour l'enfant de la situation des parents) pourrait représenter un objectif prioritaire pour l'ARS.

Le développement des compétences psycho-sociales est un levier significativement promu par l'ARS. Le caractère relativement égalitaire du cadre scolaire permet aux actions de prévention et promotion de la santé d'y toucher l'ensemble des catégories sociales, d'autant qu'une couverture plutôt favorable de ces actions est relevée dans les collèges relevant de l'éducation prioritaire et l'enseignement professionnel, même si ce constat reste à confirmer et à affiner. L'adaptation des actions de prévention et de promotion de la santé auprès des jeunes est cependant moins pensée en termes de réduction des inégalités sociales de santé qu'en regard des spécificités de la jeunesse. C'est dans cette optique que des modes d'intervention sont promus par l'ARS et portés par les acteurs.

Deux axes ont été identifiés comme insuffisamment creusés par l'ARS dans sa politique de prévention : la santé communautaire et la discrimination positive, allant à l'encontre du principe administratif d'égalité. Il est établi que les actions basées sur l'universalisme proportionné⁸⁸ ont un impact sur la réduction des inégalités sociales de santé. Il faut savoir combiner des priorités spécifiques sur des populations et l'action en population générale. Il faut ainsi appliquer des principes épidémiologiques aux actions de prévention (exemple : vaccinations). L'ARS a commencé à s'engager sur cette voie.

Deux écueils ont par ailleurs été évoqués par les acteurs pour les années à venir :

- Le risque de concentration et de métropolisation de certains soins, avec une trop grande centralisation des compétences (exemple : 50% de la chirurgie est pratiquée en Loire-Atlantique) est identifié. Seule une partie de la population éduquée sait où aller.
- Le développement des nouvelles technologies en santé et de la e-santé en particulier devra prendre en compte l'aspect social. Quelle sera l'accessibilité du plus grand nombre à ces technologies ? Un risque de fracture numérique est pointé du doigt du fait aussi de difficultés d'accès à l'écrit pour certains publics (allophones ou non).

⁸⁸ Concept défini par Sir Michael Marmot dans son rapport établi à la demande du Ministère de la santé britannique en 2010 : "Une société juste, des vies en santé : rapport critique et stratégique sur les inégalités de santé" ["Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010"]

138) L'ARS a pris en compte la question des inégalités sociales de santé au travers notamment des dispositifs de santé de droit commun 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 de ces inégalités sociales de santé essentiellement basée sur l'accès au système de santé des populations les plus vulnérables

Si les experts mobilisés par l'enquête Delphi estiment que l'ARS au travers de sa politique de santé prend en compte la réduction des inégalités sociales de santé, cependant l'impact de la réorganisation du système de santé sur ces inégalités est jugée difficile à qualifier par la majorité des experts. Les principaux leviers utilisés par l'ARS selon les experts sont : la promotion d'une animation territoriale, la volonté de couvrir tout le territoire par une offre de santé diversifiée, le soutien et l'accompagnement de l'offre ambulatoire, le soutien à des prises en charge spécifiques pour les plus vulnérables au sein des dispositifs de droit commun, le soutien à la prise en charge de soins non remboursés.

Les experts estiment que des marges de progression existent dans la couverture territoriale de la région en offre de prévention et dans la couverture de certains territoires ruraux par toute offre de santé. Le soutien à l'offre ambulatoire (structurée en MSP/PSP ou en centres de santé ou en toute autre organisation) ou le développement de programmes d'éducation thérapeutique en ville ont été les exemples les plus mentionnés de leviers d'action à renforcer.

Le recours sans rendez-vous à une réponse de soins, les équipes mobiles (notamment dans le champ de la santé mentale) ou encore les programmes d'éducation thérapeutique pour les populations les plus vulnérables sont insuffisamment développés. La question de la prise en charge de soins non remboursés a été analysée comme insuffisamment traitée par l'agence. Les difficultés de recours aux soins de diététique, pédicurie, psychologie ou encore d'ergothérapie pour des populations vulnérables dans le cadre de certaines pathologies a été identifié comme aggravant les inégalités sociales de santé.

En synthèse de cette enquête Delphi, on peut relever par rapport au rôle de l'ARS :

- des points forts à renforcer : la promotion d'une animation territoriale, l'ambition de couverture de l'ensemble du territoire régional par une offre de santé globale et diversifiée ;
- des marges de progression : l'accompagnement de la structuration de l'offre ambulatoire, le soutien de prises en charge spécifiques pour les plus vulnérables, l'aide à la prise en charge des soins non remboursés utiles.

Les experts de l'enquête Delphi interrogés estiment que les acteurs de santé, au travers de leur participation au système de santé, prennent en compte les inégalités sociales de santé. Les acteurs de santé les prennent cependant en moindre proportion que l'ARS ne le fait. Ils estiment qu'ils ont un rôle autour des leviers suivants : organisation d'une offre de santé en proximité et accessible, organisation d'une offre de santé personnalisée et souple, décloisonnement entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, freins culturels et informationnels à l'accès au système de santé.

Selon ces experts, l'organisation actuelle ne permet pas aux acteurs de santé de jouer un rôle de «relais» suffisant dans le système : au contraire, les freins culturels et informationnels vis-à-vis de l'accès à l'ensemble de l'offre de santé semblent être largement partagés entre usagers et acteurs.

En synthèse de cette enquête Delphi, on peut relever par rapport au rôle des acteurs :

- des points forts à renforcer : l'organisation d'une offre de santé en proximité et accessible, l'organisation d'une offre de santé personnalisée et souple ;
- des marges de progression : le décloisonnement entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, la lutte contre les freins culturels et informationnels à l'accès au système de santé.

CONCLUSION

A l'issue de cet exercice d'évaluation finale du PRS, les évaluateurs souhaitent émettre trois réflexions qui pourraient inspirer l'ARS dans l'élaboration et la conduite des projets régionaux de santé à venir.

Tout d'abord, c'est l'intérêt pour l'ARS de renforcer le suivi des résultats de son action. Dans le cadre des différents exercices d'évaluation du PRS menés depuis 2013, le constat a régulièrement été fait d'informations non disponibles sur les effets de l'action de l'ARS, ayant conduit bien souvent les évaluateurs à se référer aux perceptions des acteurs sur les changements observés faute de pouvoir se référer à des données plus objectives, ou encore à devoir reconstituer des données sur les résultats dans des conditions difficiles. Or, si la perception des acteurs de terrain qui, au quotidien, font advenir les résultats attendus du PRS, est d'un intérêt majeur, elle devrait pouvoir être complétée de données plus factuelles et accessibles.

Ensuite, et ce point rejoint en partie le premier, il s'agit de la capitalisation des données disponibles à fins d'observation stratégique. L'ARS a mobilisé nombre de leviers contractuels pour déployer sa politique. Toutefois, alors même que des dialogues annuels se tiennent avec les opérateurs co-contractant pour faire le point sur l'avancée des dossiers, l'ARS n'a pas réalisé de synthèses transversales de ces exercices, qui 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. A noter que ce type de synthèses existe en matière d'inspection de prévention de la maltraitance, donnant une visibilité aux problématiques récurrentes dans les établissements médico-sociaux.

Enfin, à l'heure où cette conclusion est rédigée, des axes stratégiques à 10 ans pour la politique régionale de santé ont été définis de manière concertée entre l'ARS et la CRSA, et des travaux sont engagés pour définir les objectifs opérationnels du PRS 2018-2022. La présente évaluation a révélé, dans la plupart des domaines abordés, que les résultats observables étaient souvent décevants au regard des efforts déployés, même si les dynamiques sont effectivement lancées, et les objectifs du premier PRS le plus souvent partiellement atteints. Ce constat doit sans doute beaucoup à l'ampleur des ambitions affichées dans le premier 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. Autrement dit, il y aurait un intérêt réel, en termes stratégiques, à penser concomitamment les deux séquences de PRS, de penser d'ores et déjà les deux projets 2018-2022 et 2023-2027 de manière articulée et organisée, leviers pour mettre en œuvre la stratégie définie par le cadre d'orientation stratégique à 10 ans. La stratégie de l'ARS y gagnerait en lisibilité, et ce séquençage lui permettrait d'assumer des priorités – dont le défaut a pu être reproché au PRS 2012-2016.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

LISTE DES PARTENAIRES DE L'ARS PAYS DE LA LOIRE RENCONTRES :

(49 personnes)

Madame BATE Carole – Pilote MAIA sud 49,
Madame BERTHELOT Manon – Coordinatrice CLS Baugé-en-Anjou,
Monsieur BONNELL Bernard – Directeur adjoint autonomie – Conseil Départemental de la Mayenne,
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,
Monsieur BUBIEN Yann – Directeur général CHU Angers – Délégué régional FHF Pays de la Loire,
Docteur CAILLARD Jean-Baptiste – Président URPS Médecins Libéraux des Pays de la Loire,
Monsieur CHALOPIN Philippe – Maire de Baugé en Anjou,
Madame CHARLE Delphine – Permanente FHF Pays de la Loire,
Monsieur CHAUVEAU Guy-Michel – Président FHF Pays de la Loire,
Madame CHERON Lucie – Pilote MAIA Est 49 coordination autonomie,
Monsieur CORBIN François-Xavier – Secrétaire général FHF Pays de la Loire,
Madame COULON Anne-Marie – Présidente Association des Maires et des Présidents de Communautés de la Vendée,
Madame COULON Corinne, USSIAD 49,
Madame CREUZET Catherine – Directeur CH Nord Mayenne,
Madame DAVID Elise – Chargée de mission santé – Direction des solidarités – Conseil Régional des Pays de la Loire,
Monsieur FOLTZER Alain – Président FHP Pays de la Loire,
Madame FOURRAGE Anne-Cécile – Conseillère technique URIOPSS,
Docteur GENDRY Pascal – Président APMSL,
Monsieur GOULLIART Arnaud – Directeur IREPS Pays de la Loire,
Madame GRALL Marie-Madeleine – Conseillère municipale, adjointe Mairie de Baugé-en-Anjou,
Docteur GUILLEMINOT Alain – Président URPS Pharmaciens des Pays de la Loire,
Monsieur GUILLET David - Président URPS Infirmiers Libéraux des Pays de la Loire,
Docteur HERAULT Thomas – Directeur URPS Médecins Libéraux des Pays de la Loire,
Monsieur JASPARD Hubert - Directeur-adjoint CHU Nantes,
Monsieur LAMBERT Philippe – URPS Pharmaciens des Pays de la Loire,
Madame LAWANI Marie-Hellen – CESER Pays de la Loire,
Monsieur LEBLANC Rémy – Directeur général GEIST Mayenne,
Monsieur LEMERLE Jean-Yves – Président URPS Masseurs Kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire,
Monsieur LERAY Jean-Michel – Président Commission Spécialisée Prévention CRSA Pays de la Loire – Représentant Mutualité Française,
Monsieur MAHEUX Philippe – Délégué Régional FEHAP – Directeur Centre Les Capucins Angers,
Monsieur MARHADOUR Marc – CESER Pays de la Loire,
Madame MERIAIS Charlotte – Chargée de mission URPS Infirmiers libéraux des Pays de la Loire,
Madame MOREAU Alexandra – Directrice HAD Vendée,
Madame OGER Anne-Claire – Chargée de projet URPS Pharmaciens des Pays de la Loire,
Monsieur PAVAGEAU René – CESER Pays de la Loire,
Madame PICHOT Agnès – Directrice HAD Nantes – Représentante FNEHAD,

Madame POSTIC Anne – Directrice URIOPSS Pays de la Loire,
Madame POZZA Véronique – Présidente CISS Pays de la Loire,
Monsieur RICHIR Yvon – Président Commission Spécialisée Organisation des Soins CRSA Pays de la Loire – Directeur CHD La Roche-sur-Yon,
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 – Directrice ORS Pays de la Loire,
Monsieur THOMAS Alexis – Directeur de cabinet CHU Angers,
Madame TOUBA Agnès – Ancienne présidente URPS Infirmiers Libéraux Pays de la Loire,
Monsieur TRAINEAU Olivier - Responsable pôle qualité de vie - Direction des solidarités – Conseil Régional des Pays de la Loire,
Monsieur TREGUENARD – Directeur-adjoint CHU Angers,
Monsieur VIOLLET Raphaël – Représentant FEHAP Pays de la Loire - Directeur général Les Apsyades

LISTE DES PERSONNES DE L'ARS PAYS DE LA LOIRE RENCONTREES :

(28 personnes)

Monsieur BEAUCHAMPS François - Délégation territoriale du Maine et Loire – Responsable département 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 télémedecine,
Madame BURIN Stéphanie - Direction Efficience de l'Offre – Chargée de projet Département Offre hospitalière,
Monsieur CHAUVET Patrick – Responsable Direction financière et comptable,
Monsieur COMPAIN Alain – Délégation territoriale de Loire-Atlantique – Responsable département Animation des politiques de territoire,
Madame DANIEL Juliette - Direction Efficience de l'Offre – Responsable du groupe projet « Prévention et qualité de vie des personnes vivant avec un cancer »,
Madame DOUCET Odile - Délégation territoriale de la Sarthe – Responsable département Animation des politiques de territoire,
Madame DUMOULIN Clotilde – Fondée de pouvoir - Direction financière et comptable,
Madame GLOAGUEN Chantal - Direction Prévention et protection de la santé – Adjointe au responsable du Département Veille et sécurité sanitaire,
Madame HIVERT Gwenaëlle - Direction Prévention et protection de la santé – Responsable du groupe projet « PRSE »,
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 MONNIER Isabelle - Direction Accompagnement et soins – Département Ressources humaines du système de santé – Cheffe de projet santé mentale et psychiatrie,
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 département 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,
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,
Docteur TANDY Laurence - Direction Efficience de l'Offre – Responsable du Département Offre hospitalière

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES

AAP : Appel A Projet
ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique
ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins
ALD : Affection Longue Durée
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
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
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CATS : Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de 1er recours
CBUM : Contrat de Bon Usage du Médicament
CCPP : Commission de Coordination des Politiques Publiques
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDOS : Comité Départemental Olympique et Sportif
CEGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CES : Centre d'Examen de Santé
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
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
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire
CLS : Contrat Local de Santé
CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CORECS : Comité Régional de Concertation des Soins de premiers recours
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
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CVM : Chlorures Vinyl Monomères
DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DCC : Dossier Communiquant en Cancérologie
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DMP : Dossier Médical Personnel
DMS : Durée Moyenne de Séjour
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
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
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
 EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
 ENMR : Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération
 ENRS : Espaces Numériques Régionaux de Santé
 EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
 EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
 ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
 ESMS : Etablissements et Services Médico Sociaux
 ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Interêt Collectif
 ETP : Education Thérapeutique du Patient
 FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
 FIR : Fonds d'Intervention Régional
 GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
 GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico Sociale
 GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
 GRSE : Groupe Régional Santé Environnement
 HAD : Hospitalisation A Domicile
 HAS : Haute Autorité de Santé
 HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
 HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
 IME : Institut Médico Educatif
 IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
 IRC : Insuffisance Rénale Chronique
 IRCT : Insuffisance Rénale Chronique Terminale
 IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
 ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
 LENA : Logement Evolutif pour une Nouvelle Autonomie
 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 de l'Autonomie
 MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
 MISE : Missions inter-Services de l'Eau
 MMG : Maison Médicale de Garde
 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
 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
 PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé
 PAPRAPS : Plan d'Action Pluriannuel d'Amélioration de la Pertinence des Soins
 PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
 PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
 PGSSE : Plan de Gestion de Sécurité Sanitaire des Eaux
 PLASE : PLANs Santé Environnement
 PMI : Protection Maternelle et Infantile
 PNNS : Plan National Nutrition et Santé
 PPC : Périmètre de Protection des Captages
 PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile
 PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie
PRS : Projet Régional de Santé
PRSE : Programme Régional Santé Environnement
PSP : Pôle de Santé Pluri-professionnel
PSSBE : Plan Sport Santé Bien-Etre
PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico Social pour Adulte Handicapé
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SEP : Sclérose En Plaques
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
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'Aide et de Soins à Domicile
SRAE : Structure Régionale d'Appui et d'Expertise
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
UPAO : Unité Psychologique d'Accueil et d'Orientation
URADEL : Union Régionale de l'Association des Directeurs de l'Enseignement Libre
URRAA : Union Régionale de Réseaux et d'Associations en Addictologie
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

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