

**Evaluation
de politique de santé**

EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES VIVANT AVEC UNE MALADIE CHRONIQUE, DONT LE CANCER

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

Annexes au rapport

Version finale

Catherine OGE

Dr Jean-Paul BOULE

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

IUIN 2015

SOMMAIRE

- Cahier des charges de l'évaluation	Annexe 1
- Note de cadrage de l'évaluation	Annexe 2
- Analyse des études réalisées :	
- auprès des patients	Annexe 3
- auprès des médecins généralistes.....	Annexe 3
- auprès des médecins spécialistes	Annexe 3
- auprès des coordonnateurs des programmes d'ETP	Annexe 3
- sur 5 territoires et 5 pathologies	Annexe 3
- Cartographie des MSP des Pays de la Loire	Annexe 4
- Bibliographie	Annexe 5

Equipe d'évaluation (DEO/DEPS) :
C. OGE
Dr J.P. BOULE
Téléphone : 02 49 10 42 65
02 41 25 76 84
Courriel : ars-pdl-deo-eval@ars.sante.fr

**Evaluation populationnelle intermédiaire
du Projet Régional de Santé
«Qualité de vie des personnes vivant avec une maladie
chronique, dont le cancer»**

**Cahier des charges
Janvier 2014**

Version finale après COPIL du 21 01 2014

Sommaire

- 1 - Exposé des motifs
- 2 - Finalités et enjeux de l'évaluation
- 3 - Champ de l'évaluation
- 4 - Objectifs de l'évaluation
- 5 - Questions évaluatives
- 6 - Eléments méthodologiques
- 7 - Documents existants et bilan informationnel
- 8 - Gouvernance et suivi de l'évaluation
- 9 - Structure de l'étude, phasage et calendrier
- 10 - Travaux d'évaluation
- 11- Dispositions diverses

1. EXPOSE DES MOTIFS

Les politiques nationale et régionales de santé ont, parmi leurs nouveaux objectifs, celui de fédérer les différents acteurs concernés autour de la personne pour l'aider dans sa démarche de prévention de maladies chroniques, d'accompagnement dans sa prise en charge et de développement de son autonomie pour un parcours de santé de qualité et efficient.

Le système de santé actuel a été conçu pour traiter les maladies aiguës. Il doit répondre maintenant au défi des maladies chroniques qui sont en développement croissant. La maladie chronique par définition correspond à « un problème de santé qui nécessite une prise en charge de plusieurs années ou plusieurs décennies » (OMS). Les maladies chroniques recouvrent de nombreuses affections relevant de spécialités médicales différentes et concernent un grand nombre de personnes. Elles ont un impact sur la morbi-mortalité. Elles engendrent le besoin d'intervention coordonnée d'acteurs de différents secteurs (ambulatoire, hospitalier, médico-social).

Le contexte est celui d'un développement rapide des nouvelles technologies qui améliorent les performances de soins et allonge l'espérance de vie. La personne vit désormais avec sa maladie chronique, mais les besoins sont importants. La population vieillissante est en constante augmentation. C'est pour cela que la qualité de vie avec la maladie devient une préoccupation. Se préoccuper de la qualité de vie, cela signifie se préoccuper du parcours de santé, qui peut être évalué sur la capacité de la personne à vivre avec et malgré la maladie chronique.

La France, même si globalement les indicateurs de santé y sont plutôt favorables, présente toutefois une mortalité prématurée évitable et des inégalités sociales de santé élevées en comparaison de ses voisins européens. La région des Pays de la Loire n'échappe pas à ce constat, même si sa position est plutôt favorable au plan national. Aussi, la politique régionale de santé au travers du Projet Régional de Santé (PRS), définit un cadre d'intervention pour promouvoir une nouvelle organisation autour et pour le patient visant à l'autonomie des personnes. L'effort d'adaptation du système de santé, au travers de la politique et des programmes à mettre en œuvre, doit répondre à cet enjeu. C'est pourquoi il apparaît opportun dès à présent de réaliser une évaluation sur la thématique des maladies chroniques, en vue de faire émerger les besoins et les conséquences de la mise en œuvre du 1^{er} PRS entré en application le 09 mars 2012.

En 2014, l'ARS a choisi d'évaluer la politique portée par le PRS sur la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique, dont le cancer. Il s'agit d'une évaluation intermédiaire sur l'une des six thématiques populationnelles, dont l'évaluation est programmée en cours de déploiement du PRS. Elle sera réalisée après deux ans, c'est-à-dire à mi-parcours de mise en œuvre, et en conséquence tous les objectifs n'auront pas été intégralement déployés sur cette thématique. Elle permettra à la fois un apport de connaissance sur les travaux réalisés et un réajustement si besoin du 1^{er} PRS en cours de sa mise en œuvre.

Par ailleurs, ce choix d'évaluation pour 2014 est conforté par le fait que la stratégie nationale de santé, exposée par la ministre des affaires sociales et de la santé le 23 septembre 2013, vient renforcer les actions conduites sur la région pour la prise en charge globale de la personne, au regard de trois axes, respectivement la dynamique de prévention, le parcours ancré sur le 1^{er} recours et la lutte contre les inégalités.

2. FINALITES ET ENJEUX DE L'EVALUATION

Les constats et jugements sur la politique évaluée permettront de dégager des recommandations stratégiques et opérationnelles pour réorienter si besoin, en tant qu'aide à la décision, les objectifs et les actions du PRS relatifs aux maladies chroniques. Les résultats de l'évaluation permettront ainsi d'ajuster et d'améliorer le déploiement de la politique régionale de santé.

Par ailleurs, cette évaluation intermédiaire vise à alimenter l'évaluation finale du PRS prévue en 2016 et dont les questions évaluatives déjà posées dans le document sont les suivantes :

- le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?
- les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?
- le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs ?
- le PRS a-t-il produit les résultats attendus en termes de changement de l'organisation du système de santé et des modalités d'action sur les déterminants de santé en Pays de la Loire, au regard des moyens déployés et des actions mises en œuvre ?
- quel a été l'impact du PRS sur l'état de santé de la population ligérienne, sur la qualité des réponses en santé et sur la perception du fonctionnement du système de santé par la population ?

Ces questions trouveront donc des débuts de réponse au travers de cette évaluation intermédiaire.

3. CHAMP DE L'EVALUATION

A travers ses différentes modalités, l'évaluation doit porter sur les résultats voire l'impact de politiques publiques portées par le PRS, au regard de ses trois orientations stratégiques : la personne au cœur des préoccupations du système de santé, la proximité organisée et la maîtrise des risques concernant la santé des populations, au cours des cinq années.

La politique régionale en matière de maladies chroniques sera explorée sur ses orientations stratégiques déclinées en objectifs généraux dans les schémas respectivement des secteurs, soins, médico-social et de prévention, puis en programmes d'actions. Les neuf programmes concernés sont les cinq programmes territoriaux de santé et les quatre programmes régionaux (systèmes d'informations partagés et télémédecine, gestion du risque, accès à la prévention et aux soins et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie).

Dans le cadre de cette évaluation, le dispositif d'annonce sera évalué à part entière, car il constitue un volet important dans la mise en œuvre de la politique sur les maladies chroniques.

L'évaluation s'intéressera plus particulièrement aux pathologies suivantes : cancer, Insuffisance Rénale Chronique (IRC), maladies neuro-dégénératives (Sclérose En Plaques et maladie de Parkinson), diabète, insuffisance respiratoire chronique et maladies cardio-vasculaires.

Ne sont pas inclus dans cette évaluation populationnelle, les personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique. Une évaluation spécifique est programmée sur la politique de la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique.

La qualité de vie selon la définition de l'OMS correspond à « une façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et préoccupations ». L'état de santé en constitue l'un des déterminants essentiels et en influence très fortement toutes les dimensions, qu'elles soient physiques, psychologiques et sociales.

4. OBJECTIFS DE L'EVALUATION

L'évaluation devra permettre d'apporter des éléments de réponse eu égard à l'amélioration de la qualité de vie de cette population ciblée sur les personnes vivant avec une maladie chronique.

Pour apprécier la qualité de vie des personnes concernées, l'évaluateur étudiera non seulement leur état de santé proprement dit, à la condition que des données soient disponibles et comparables dans la région des Pays de la Loire, mais surtout analysera les « goulots d'étranglement » des parcours de santé dans la perspective centrée sur le vécu des personnes. Il s'agira de faire ressortir les évolutions

dans l'organisation de l'accompagnement social, médicosocial ou des soins qui facilitent le parcours de la personne, améliorent sa qualité de vie, en améliorant l'efficacité du système de santé dans son ensemble.

Dans la logique de prévention des risques de rupture du parcours, l'évaluation s'intéressera aux éléments de repérage, d'annonce, d'évaluation de la personne pour la construction de son Projet Personnalisé de Santé (PPS), ainsi qu'au suivi et à l'accompagnement dans son parcours de santé et de vie.

Pour juger de la qualité de vie des personnes concernées, il conviendra d'étudier le contexte environnemental d'offres de santé, de soins et d'accompagnement proprement dit à l'échelle de quelques territoires de proximité. L'évaluation s'intéressera au contexte d'accès à l'information, permettant une réelle implication des patients, pour améliorer la gestion de leur propre parcours de santé.

5. QUESTIONS DE L'ÉVALUATION

Il conviendra d'abord de montrer en quoi les actions menées s'inscrivent dans les changements espérés du PRS, qui visent notamment à obtenir une diminution de la mortalité prématurée, à éviter les ruptures de parcours de santé et à rendre plus autonomes les personnes vivant avec une maladie chronique. Puis l'évaluation devra mettre en évidence les éléments qui contribuent à réduire les inégalités de santé territoriale pour cette population.

Comme la mise en œuvre du PRS est à mi-parcours, l'évaluateur devra s'attacher d'abord à montrer en quoi les orientations stratégiques peuvent modifier les politiques précédentes en la matière et si les premières actions vont bien dans le sens attendu. L'évaluateur devra apporter des réponses sur les premiers résultats obtenus par la politique de l'ARS au travers des questions évaluatives suivantes déclinées en sous questions opérationnelles :

Q1 - La politique régionale de santé sur l'organisation des parcours apporte-t-elle un accompagnement adapté à la personne vivant avec une Maladie Chronique (MC) (efficacité) ?

1.1 En quoi les apports des outils d'information à destination des professionnels sont-ils adaptés dans une logique de parcours (prévention, repérage, orientation, prise en charge d'un épisode aigu, prise en charge inter-épisodes, accompagnement) pour les personnes vivant avec une maladie chronique ?

1.2 Quelle est la plus value apportée par les dispositifs d'annonce dans la construction du parcours de santé de la personne, pour les pathologies suivantes : Sclérose En Plaques (SEP), cancer, Insuffisance Rénale Chronique (IRC) ?

Q2 - Dans quelle mesure la politique régionale de santé apporte-t-elle les réponses pour améliorer la qualité de vie à domicile des personnes vivant avec une MC (utilité) ?

2.1 Dans quelle mesure les coordinateurs des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) prennent-ils en compte l'impact de leurs programmes sur la qualité de vie de la personne vivant avec une MC ?

2.2 En quoi les mesures préconisées dans le Projet Régional de Santé (PRS) sont-elles de nature à favoriser la contribution des aidants à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique ?

2.3 Dans quelle mesure l'exercice pluri professionnel tel qu'il se met en place avec les MSP permet-il à la médecine de 1^{er} recours de développer un rôle de synthèse centrée à la fois sur la personne et sur le plan technique ?

Q3 - Dans quelle mesure les actions menées en matière d'accompagnement des MC sont-elles de nature à réduire les inégalités de santé (cohérence, pertinence) ?

3.1 En quoi les modalités de diffusion de l'information à destination des personnes sont-elles de nature à réduire les inégalités d'accès à cette information ?

3.2 Dans quelle mesure la politique régionale de santé réussit-elle à réduire les inégalités d'accès des personnes dans sa politique de régulation des soins spécialisés ?

Q4 - Dans quelle mesure la politique régionale de santé renforce-t-elle la prévention des MC (efficacité) ?

4.1 Quels sont les facteurs d'échec et de succès des actions de prévention ciblées sur l'accès au sport et sur les conditions d'alimentation ?

4.2 Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de déployer, dans des populations à risques identifiés, des actions de dépistage précoce, en particulier au sein du premier recours ?

Les questions évaluatives seront rattachées aux principaux critères d'évaluation suivants :

- pertinence des changements attendus (en s'appuyant sur les objectifs de la politique au regard des enjeux de santé publique que représentent les maladies chroniques) ;
- cohérence de la politique de l'ARS avec les politiques de ses partenaires institutionnels
- cohérence des objectifs avec les publics ciblés et les moyens mobilisés
- relation entre les objectifs et les premiers effets constatés (efficacité)
- utilité au regard des premiers résultats obtenus.

6. ELEMENTS METHODOLOGIQUES

La démarche doit présenter une dimension participative importante, impliquant la participation à toutes les étapes de l'évaluation, des associations et des publics concernés par le sujet.

L'évaluation a nécessairement une dimension interinstitutionnelle. Sont principalement concernés des services de l'Etat, les organismes d'assurance maladie et des associations de patients.

L'équipe d'évaluation réalisera une analyse documentaire pour mettre en évidence les éléments à partir desquels les résultats seront appréciés afin de porter des jugements évaluatifs. Suivant une préoccupation de croisement des points de vue, ces investigations documentaires seront complétées d'entretiens et d'enquêtes réalisés auprès d'acteurs concernés par la mise en œuvre de la politique, au moyen de techniques telles entretiens individuels et collectifs (au maximum 40), enquêtes auto-administrées par Internet et téléphoniques auprès d'échantillons sélectionnés sur les territoires. Des études de cas sur au moins cinq territoires pourraient être menées.

Les travaux d'évaluation s'inscrivent dans le cadre des principes de la charte de l'évaluation adoptée par la Société Française d'Evaluation (SFE). L'équipe d'évaluation s'engage notamment à respecter les règles de discrétion professionnelle en vigueur, notamment en ce qui concerne le secret des entretiens réalisés.

7. DOCUMENTS EXISTANTS ET BILAN INFORMATIONNEL

Le principal document de planification sur lequel s'appuyer est le PRS 2012-2016 et notamment les cinq Programmes Territoriaux de Santé (PTS), les feuilles de route 2012, 2013 et 2014, y compris la feuille de route 2013 sur l'insuffisance rénale chronique de l'ARS.

Pour une approche de la qualité qui soit globale, à la fois soignante et sociale, il sera utile de se reporter aux préconisations des rapports du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), aux guides nationaux de la HAS, ainsi qu'aux documents préconisés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) relatifs notamment aux outils d'aide à la construction des parcours de santé.

Ces éléments ne sont toutefois pas exhaustifs. L'équipe d'évaluation mènera toutes les investigations qu'elle jugera utiles pour obtenir les informations complémentaires et répondre aux questions posées.

8. GOUVERNANCE ET SUIVI DE L'ÉVALUATION

Le dispositif d'évaluation comprend le commanditaire, le Comité de Pilotage (COPIL) et l'évaluateur.

Le commanditaire est la directrice générale de l'ARS, madame Marie Sophie DESAULLE.

Le COPIL est présidé par un directeur de l'ARS, pilote de l'évaluation, mandaté par la directrice générale, en l'occurrence le docteur Pierre Blaise, directeur du PRS.

Le COPIL est composé de 12 membres, associant les collaborateurs de l'ARS, les représentants de la population, des acteurs institutionnels et professionnels de cette politique ainsi que des personnes qualifiées. Ce comité de pilotage est spécifiquement constitué pour la durée de l'évaluation. Dans une logique de croisements des points de vue, l'évaluation interrogera l'ensemble le plus large possible :

- au sein de l'ARS, des chargés de projet sur la thématique évaluée et 1 membre du « groupe Eval» (groupe transversal ARS sur les pratiques d'évaluation) ;
- un représentant de la DIRECCTE ;
- un représentant de l'assurance maladie, pour représenter les financeurs ;
- un représentant de la médecine de ville ;
- un représentant du secteur hospitalier ;
- un représentant du secteur de la prévention ;
- deux représentants des associations de patients ou/et des aidants ;
- une personne qualifiée pour représenter les opérateurs et les bénéficiaires.

La Commission Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) est associée à la démarche en proposant des représentants des opérateurs, des usagers et d'experts au sein du COPIL.

Le COPIL est consulté sur le cadrage en amont de l'évaluation, il en exprime les jugements conclusifs et formule des éléments de recommandation. Il a plus précisément comme missions de :

- amender et valider le référentiel de l'évaluation ;
- débattre du réajustement du référentiel à mi-parcours des investigations, s'il s'avère nécessaire ;
- émettre les jugements par critère d'évaluation et formuler la conclusion qui en découle au niveau de chaque question évaluative ;
- formuler des éléments de recommandation, sur la base d'un récapitulatif des jugements produits par l'évaluateur ;
- valider le rapport d'évaluation incluant les recommandations finales.

L'évaluateur désigné par l'ARS est le département d'évaluation des politiques de santé et des dispositifs (DEPS), nommé ci-après « l'évaluateur ». Le DEPS est un département de la Direction de l'Efficiencia de l'Offre de l'ARS. Deux cadres du DEPS sont affectés à cette évaluation.

9. STRUCTURE DE L'ETUDE PHASAGE ET CALENDRIER

Le président du comité de pilotage mis en place pour cette évaluation rendra régulièrement compte à la directrice générale de l'ARS du calendrier de travail et de l'avancement des travaux. Les étapes clés concernées sont : la composition du comité de pilotage, le cahier des charges, le référentiel d'évaluation, le programme d'investigations, les constats et jugements, ainsi que le rapport comportant les recommandations.

Le rapport sera présenté pour avis à la CRSA (commission permanente). Cet avis sera annexé au document.

Il est souhaitable que le rapport final soit rendu pour décembre 2014. Ce rapport sera soumis au comité de direction de l'ARS.

Les travaux de cette évaluation seront régulièrement présentés au COPIL :

- T0 : 1^{ère} réunion du COPIL, pour présentation de l'évaluation et du cahier des charges ;
- 2^{ème} réunion, dans les suites rapprochées de la première réunion pour la construction du référentiel ;
- 3^{ème} réunion, pour la présentation des constats et la formulation des jugements ;

- 4^{ème} réunion, dans les suites rapprochées de la troisième réunion pour l'élaboration d'éléments de recommandations.

10. TRAVAUX D'ÉVALUATION

Documents attendus en cours d'évaluation :

Chaque réunion de COPIL fera l'objet d'un compte rendu comportant les éléments d'avancement des travaux utiles à la bonne compréhension des membres. Ces éléments relatifs à l'avancement des travaux seront à la demande communiqués au commanditaire par le président du COPIL. Un rapport intermédiaire peut être transmis au COPIL en cours d'investigations.

Présentation des travaux d'évaluation (rapport final)

La présentation comporte une partie orale et une partie écrite.

Le rapport final intègre une synthèse d'évaluation de quatre pages maximum.

La présentation des travaux comporte un exposé bref sur les limites de l'évaluation, en termes de portée, de méthodes et de conclusions.

Une présentation du rapport final qui repose sur les conclusions et recommandations est assurée auprès du commanditaire et du comité de direction de l'ARS.

Une restitution des résultats de l'évaluation est ensuite organisée auprès des acteurs de la mise en œuvre de la politique dans le cadre des journées Qualité Efficience organisée par la Direction de L'Efficience de l'Offre de l'ARS.

Présentation des perspectives tirées des résultats d'évaluation

Au terme de l'évaluation, et après positionnement du commanditaire sur les recommandations, l'équipe d'évaluation rédige une note de portée stratégique sur les perspectives tirées des résultats de l'évaluation. Il s'agit d'une note destinée aux agents de l'ARS en charge des projets sur la thématique de l'évaluation, ainsi qu'aux acteurs chargés de la mise en œuvre de la politique sur chacun des territoires de la région. Cette note, de quatre pages maximum, a pour but de faciliter l'appropriation des orientations retenues au terme de l'évaluation, et leur déclinaison en actions dans les feuilles de route annuelles de l'ARS.

Livrable attendu

Le rapport d'évaluation devra comporter *a minima* les volets suivants :

- Synthèse ;
- présentation succincte de la méthodologie de l'évaluation ;
- constats et jugements sur la politique évaluée en réponse aux questions évaluatives (état des lieux, réussites et marges de progrès...) ;
- recommandations stratégiques et opérationnelles permettant de réorienter si besoin les objectifs et les actions du PRS ;

Des annexes pourront approfondir certains points de méthode ou d'analyse en tant que de besoin.

Le rapport ne devra pas excéder 50 pages (hors annexes).

11. DISPOSITIONS DIVERSES

Budget

L'évaluateur pourra compter sur la collaboration des agents de l'ARS ayant connaissance du thème évalué et les moyens logistiques de l'ARS en tant que de besoin pour contribuer aux investigations nécessaires.

Si besoin, des investigations pourront être déléguées à des opérateurs extérieurs.

Politique de communication

La direction générale arrêtera les modalités de diffusion du rapport, sur proposition conjointe du pilote de l'évaluation et de la Direction des Relations avec les Usagers et les Partenaires (DRUP).

Tout contributeur à l'évaluation sera destinataire d'un retour des résultats de cette évaluation.

**Evaluation
en santé**

EVALUATION INTERMEDIAIRE PRS 2014

«La qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique, dont le cancer»

NOTE DE CADRAGE

DOCUMENT DE TRAVAIL

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

- JANVIER 2014 -

ORGANISATION

Pour mener à bien la mission d'évaluation portant sur la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique, dont le cancer, un comité de pilotage (COFIL) a été constitué et composé de représentants institutionnels et d'acteurs opérationnels, en partie désignés par la CRSA. Ce comité de pilotage est présidé par le Docteur Pierre Blaise, directeur du Projet régional de santé (PRS) à l'ARS. Une équipe d'évaluation composée de Madame Catherine Ogé et du Docteur Jean-Paul Boulé, tous deux du département « évaluation des politiques » à l'ARS, a été missionnée pour réaliser cette évaluation. Des investigations (entretiens, enquêtes, études...) seront ainsi réalisées afin de pouvoir apporter des réponses aux questions évaluatives, d'une part auprès des publics concernés par cette thématique et d'autre part auprès des différents opérateurs œuvrant en faveur de ces publics cibles (professionnels de santé, associations, institutions...). Certaines de ces investigations seront assurées par des prestataires externes.

Le COFIL est composé de 12 membres :

- quatre représentants de l'ARS : le président, deux chefs-projet de groupes transversaux (maladies chroniques, cancer) et un membre du « groupe Eval » (groupe transversal ARS sur les pratiques d'évaluation) ;
- un représentant de la DIRECCTE ;
- un représentant de l'assurance maladie (MSA) ;
- un représentant de la médecine de ville ;
- un représentant du secteur hospitalier ;
- un représentant du secteur de la prévention ;
- deux représentants des associations de patients ou/et des aidants ;
- une personne qualifiée pour représenter les opérateurs et les bénéficiaires.

OBJECTIFS DE L'EVALUATION

Evaluer la politique régionale relative à la prise en charge des maladies chroniques

- Pertinence : les actions menées s'inscrivent dans les changements espérés du PRS
- Cohérence : entre objectifs et population ciblée, ressources mobilisées et cohérence de la politique avec les politiques des partenaires
- Efficacité : entre les objectifs et les premiers effets constatés
- Utilité : au regard des premiers résultats obtenus

Mettre en évidence les éléments qui contribuent à réduire les inégalités de santé

- Sur les 5 territoires de proximité
- Dans l'accompagnement du parcours de santé et de vie
- Dans l'adéquation objectifs/publics ciblés

Dégager des recommandations stratégiques et opérationnelles pour la mise en œuvre du PRS

- Sur l'organisation des parcours des personnes vivant avec une maladie chronique
- Sur les mesures d'amélioration de la qualité de vie de la personne malade chronique
- Sur l'amélioration de l'accès au système de santé des patients chroniques
- Sur le développement des actions de prévention secondaire et tertiaire



Les constats et jugements sur la politique évaluée permettront de dégager des recommandations stratégiques et opérationnelles pour réorienter si besoin, en tant qu'aide à la décision, les objectifs et les actions du PRS relatifs aux maladies chroniques

LES QUESTIONS EVALUATIVES

La 1^{ère} réunion du COPIL a permis d'affiner chaque question évaluative du cahier des charges, en vue de définir les critères de jugements

Les questions évaluatives suivantes permettront de mesurer les premiers résultats obtenus par la politique de l'ARS sur cette population :

Q1 - La politique régionale de santé sur l'organisation des parcours apporte-t-elle un accompagnement adapté à la personne vivant avec une Maladie Chronique (MC) (efficacité) ?

1.1 En quoi les apports des outils d'information à destination des professionnels sont-ils adaptés dans une logique de parcours (prévention, repérage, orientation, prise en charge d'un épisode aigu, prise en charge inter-épisodes, accompagnement) pour les personnes vivant avec une maladie chronique ?

1.2 Quelle est la plus value apportée par les dispositifs d'annonce dans la construction du parcours de santé de la personne, pour les pathologies suivantes : Sclérose En Plaque (SEP), cancer, Insuffisance Rénale Chronique (IRC) ?

Q2 - Dans quelle mesure la politique régionale de santé apporte-t-elle les réponses pour améliorer la qualité de vie à domicile des personnes vivant avec une MC (utilité) ?

2.1 Dans quelle mesure les coordinateurs des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) prennent-ils en compte l'impact de leurs programmes sur la qualité de vie de la personne vivant avec une MC ?

2.2 En quoi les mesures préconisées dans le Projet Régional de Santé (PRS) sont-elles de nature à favoriser la contribution des aidants à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique ?

2.3 Dans quelle mesure l'exercice pluri professionnel tel qu'il se met en place avec les MSP permet-il à la médecine de 1^{er} recours de développer un rôle de synthèse centrée à la fois sur la personne et sur le plan technique ?

Q3 - Dans quelle mesure les actions menées en matière d'accompagnement des MC sont-elles de nature à réduire les inégalités de santé (cohérence, pertinence) ?

3.1 En quoi les modalités de diffusion de l'information à destination des personnes sont-elles de nature à réduire les inégalités d'accès à cette information ?

3.2 Dans quelle mesure la politique régionale de santé réussit-elle à réduire les inégalités d'accès des personnes dans sa politique de régulation des soins spécialisés ?

Q4 - Dans quelle mesure la politique régionale de santé renforce-t-elle la prévention des MC (efficacité) ?

4.1 Quels sont les facteurs d'échec et de succès des actions de prévention ciblées sur l'accès au sport et sur les conditions d'alimentation ?

4.2 Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de déployer, dans des populations à risques identifiés, des actions de dépistage précoce, en particulier au sein du premier recours ?

LE REFENTIEL D'EVALUATION MALADIES CHRONIQUES, DONT LE CANCER (MC2) V3

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q1 La politique régionale de santé sur l'organisation des parcours apporte-t-elle un accompagnement adapté à la personne vivant avec une MC2 ?</p> <p><i>Efficacité</i></p>	<p>Q1.1 En quoi les apports des outils d'information à destination des professionnels sont-ils adaptés dans une logique de parcours (prévention, repérage, orientation, prise en charge d'un épisode aigu, prise en charge inter-épisodes, accompagnement) pour les personnes vivant avec une maladie chronique ?</p>	<p>Les outils d'information sont recensés et leur typologie établie par l'ARS et les PS ;</p> <p>Les outils de gestion de l'information, à usage multiple, apportent une plus value argumentée pour le parcours de santé de la personne ;</p> <p>Les outils de synthèse de l'information sont articulés avec les autres outils de gestion de l'information, ainsi qu'avec le Projet Personnalisé de santé (PPS) et le Projet Personnalisé Après Cancer (PPAC) ;</p> <p>Les acteurs de santé se sont appropriés les outils à leur disposition (diffusion-utilisation) ;</p> <p>Les SI sont structurés pour le partage des informations au sein de l'équipe pluri professionnelle en interne et externe établissements de santé.</p>	<p>Faire un choix d'un ou deux outils avec et sans plus value</p> <p>Montrer si l'usage en ordre dispersé est une richesse de diversité ou un obstacle pour le parcours de santé de la personne</p> <p>Préciser les outils éventuellement manquants</p> <p>Quels outils d'information ? lesquels investiguer ? Quelle articulation de ces outils avec les outils parcours ?</p> <p>Quid des recommandations de bonnes pratiques ?</p> <p>Quels outils parcours ? PPS, PPAC, DMP-DCC, DA...</p> <p>Indicateurs PRS : -Evolution du nombre de DMP créés sur la plateforme e-santé (accord du patient obtenu) (S13) -Nombre de PS et ES utilisant les services de l'ENR de santé (S23)</p>	<p>Etude : documentation ARS, Site de l'Espace Numérique Régional (ENR)</p> <p>Entretiens individuels : ARS, MG, spécialiste, CPAM, URPS médecins-IDE-pharmaciens</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Enquête auprès des médecins spécialistes (libéraux, ES)</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q1 La politique régionale de santé sur l'organisation des parcours apporte-t-elle un accompagnement adapté à la personne vivant avec une MC2 ?</p> <p><i>Efficacité</i></p>	<p>Q1.2 Quelle est la plus value apportée par les dispositifs d'annonce dans la construction du parcours de santé de la personne, pour les pathologies suivantes : SEP, cancer, IRC ?</p>	<p>Les Dispositifs d'Annonce (DA) permettent un meilleur suivi au long cours des patients tout le long du parcours ;</p> <p>L'articulation hôpital/ville avec le médecin traitant est assurée pour faciliter le suivi de ses malades au domicile ;</p> <p>Les DA sont articulés avec les programmes d'ETP ;</p> <p>Les malades (MC2) ont été satisfaits des modalités de l'annonce de leur diagnostic.</p>	<p>Se reporter aux résultats de l'évaluation menée parallèlement sur les dispositifs d'annonce SEP, IRC et cancer (rapport prévu pour décembre 2014)</p> <p>Indicateurs PRS : -Nombre d'expérimentations de consultations d'annonce, hors cancérologie et SIDA (et mention des pathologies concernées) (S3)</p>	<p>Se reporter à la méthodologie proposée par le prestataire</p> <p>Etude : cahier des charges appel à projet DA, évaluation ONCOPL</p> <p>Entretiens individuels : ARS, ONCOPL</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q2 Dans quelle mesure la politique régionale de santé apporte-t-elle les réponses pour améliorer la qualité de vie à domicile des personnes MC2 ?</p> <p><i>Utilité</i></p>	<p>Q2.1 Dans quelle mesure les coordonnateurs des programmes d'ETP, prennent-ils en compte l'impact de leurs programmes sur la Qualité de Vie (QV) de la personne vivant avec une MC2 ?</p>	<p>Les évaluations internes des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) comportent un questionnement sur la qualité de vie de la personne ;</p> <p>L'organisation de l'ETP en premier recours est centrée sur la qualité de vie et l'observance des traitements ;</p> <p>Les patients MC2 se sont appropriés leurs programmes ETP et ressentent un impact sur leur qualité de vie.</p>	<p>Compter le nombre d'actions des programmes portant sur la qualité de vie (QV)</p> <p>Observer si tous les programmes ETP suivent cette évolution des règles à observer vers la notion de QV</p> <p>Mesurer l'impact de l'ETP, aujourd'hui hospitalière, et en développement dans les MSP (potentiel pour intervenir précocement sur les MC2) sur la QV des personnes</p> <p>Indicateurs PRS : -Pourcentage de patients en ALD5-8-13 et 14 bénéficiant d'un programme d'ETP autorisé (P2)</p>	<p>Etude : documentation ARS, production UTET</p> <p>Entretiens individuels : ARS, UTET, MG, spécialiste, IREPS, CPAM, sociologue</p> <p>Enquête auprès des patients MC2</p> <p>Enquête auprès des coordonnateurs ETP</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q2 Dans quelle mesure la politique régionale de santé apporte-t-elle les réponses pour améliorer la qualité de vie à domicile des personnes MC2 ?</p> <p><i>Utilité</i></p>	<p>Q2.2 En quoi les mesures préconisées dans le Projet Régional de Santé (PRS) sont-elles de nature à favoriser la contribution des aidants à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique ?</p>	<p>Les aidants (familiaux, proches (voisins)) des MC2 sont accompagnés et formés ;</p> <p>Les aidants permettent le maintien à domicile des MC2 accompagnés ;</p> <p>Les aidants sont associés au projet de vie de la personne ;</p> <p>Les patients MC2 sont satisfaits de la place et du rôle des aidants ;</p> <p>Les PS sont satisfaits de la place et du rôle des aidants ;</p> <p>La Consultation Clinique de Proximité (CCP) intègre le positionnement des aidants.</p>	<p>Mesurer si le rôle et la place des aidants sont facilités par l'ARS</p> <p>S'intéresser à la perception des professionnels et des personnes elles-mêmes</p> <p>Recenser les mesures préconisées et mises en œuvre par le PRS</p> <p>S'appuyer sur les expériences positives, sur le cancer en PDL, de soutien d'aidants de patients ayant des jeunes enfants</p>	<p>Etude : littérature sur aidants, PRS et aidants</p> <p>Entretiens individuels : ARS, CISS, sociologue, CPAM, URPS médecins-infirmiers-pharmaciens, spécialistes</p> <p>Enquête auprès des patients MC2</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Enquête auprès des médecins spécialistes (libéraux, ES)</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q2 Dans quelle mesure la politique régionale de santé apporte-t-elle les réponses pour améliorer la qualité de vie à domicile des personnes MC2 ?</p> <p><i>Utilité</i></p>	<p>Q2.3 Dans quelle mesure l'exercice pluri professionnel permet-il à la médecine de 1^{er} recours de développer un rôle de synthèse centrée à la fois sur la personne et sur le plan technique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La stratégie de l'ARS se concrétise par le développement d'un exercice pluri professionnel de 1^{er} recours et une organisation de la prise en charge globale de la personne ; - L'exercice regroupé des PS du 1^{er} recours, au sein des MSP et des pôles de santé, a permis le développement d'une coordination des PS entre eux ; - Les échanges des PS du 1^{er} recours en exercice regroupé sont source d'une meilleure qualité de prise en charge de la personne MC2 par le développement précoce des programmes ETP (cf. Q2.1); - les outils d'information du « disease management » (caractéristiques de la patientèle, modalités de prise en charge) sont harmonisés pour échanger les informations avec les PS du 2^d recours et fluidifier l'accès aux avis spécialisés. 	<p>Reprendre le rapport HCAAM sur les éléments qui montrent que l'exercice pluri professionnel permet une meilleure prise en charge de la personne</p> <p>Prendre en compte le rôle des infirmières coordinatrices, des pédicures-podologues pour le diabète et les relations MG/pédicures-podologues</p> <p>Indicateurs PRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nombre de séances de formation continue pluri-professionnelle en matière de prise en charge globale de la personne ciblées (S7) -Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (S8) - Nombre de nouveaux programmes d'éducation thérapeutique autorisés coordonnés par des professionnels du premier recours (K1) -Nombre annuel de séances de formation continue pluri-professionnelle en prévention à destination des PS du premier recours (P6) 	<p>Etude : projets médicaux de MSP</p> <p>Entretiens individuels : ARS, URPS médecins-IDE-pharmaciens, MG</p> <p>Enquête auprès des personnes MC2</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Enquête auprès des médecins spécialistes (libéraux, ES)</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q3 Dans quelle mesure les actions menées en matière d'accompagnement des MC2 sont-elles de nature à réduire les inégalités de santé ?</p> <p><i>Cohérence, pertinence</i></p>	<p>Q3.1 En quoi les modalités de diffusion de l'information à destination des personnes est-elle de nature à réduire les inégalités d'accès à cette information ?</p>	<p>Les outils d'information sont recensés par l'ARS et les professionnels de santé ;</p> <p>Les informations sont accessibles/adaptées pour tous les publics ;</p> <p>Les patients MC2 sont satisfaits de leur information ;</p> <p>L'ARS accompagne le développement d'outils d'information à destination du public (plateforme d'information développée) ;</p> <p>Des mesures sélectives ont été prises pour des publics identifiés ;</p> <p>Une évaluation des résultats de la diffusion de l'information a été réalisée.</p>	<p>S'appuyer sur l'orientation stratégique du PRS : être acteur de sa santé</p> <p>S'intéresser au rôle en proximité du pharmacien pour la dispensation de l'information auprès du public</p> <p>Pour les plateformes d'information, la SNS préconise une démarche centralisée. L'ARS PDL est associée à l'ARS IDF</p> <p>Indicateurs PRS : -Nombre de connexions à la plateforme d'intégration des données de santé (S1)</p>	<p>Etude : Portail Internet ARS et autres</p> <p>Entretiens individuels : ARS, URPS médecins-IDE-pharmaciens, CPAM, MG, spécialiste</p> <p>Enquête auprès des patients MC2</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Enquête auprès des médecins spécialistes (libéraux, ES)</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q3 Dans quelle mesure les actions menées en matière d'accompagnement des MC2 sont-elles de nature à réduire les inégalités de santé ?</p> <p><i>Cohérence, pertinence</i></p>	<p>Q3.2 Dans quelle mesure la politique régionale de santé prend elle en compte les inégalités potentielles d'accès des personnes dans sa politique de développement des soins spécialisés ?</p>	<p>L'ARS développe une stratégie pour répondre au besoin d'accès des patients aux spécialistes : accessibilité géographique et accessibilité des secteurs 1 et 2 ;</p> <p>L'exercice pluri professionnel en 1^{er} recours associe des spécialités variées (podologue ...) et développe un modèle économique favorisant la consultation de spécialistes (locaux...).</p>	<p>S'appuyer sur l'orientation stratégique du PRS : la proximité organisée - accès aux soins spécialisés.</p> <p>Observer les 6 spécialités sous tension étudiées par l'ARS (pédiatrie, radiologie...) dans le cadre de l'accès aux spécialistes.</p> <p>Prendre en compte le reste à charge, en direct pour le patient, de dépassements d'honoraire en ALD.</p> <p>S'intéresser aux leviers stratégiques de l'ARS pour favoriser le travail en équipe des spécialistes : CHT pour le secteur public et équipes territoriales d'exercices libéraux</p> <p>Rechercher les protocoles de coopération existant avec des spécialistes en 1^{er} recours et les délégations de tâches.</p> <p>Observer le projet de coopération avec l'EHESP sur le cancer du sein en Vendée et l'accès à imagerie médicale</p>	<p>Etude : Examen des Feuilles de Route (FdR) ARS et des Programmes Territoriaux de Santé (PTS), CPOM des ES, bilan des CHT et des équipes territoriales de proximité...</p> <p>Entretiens individuels : ARS (dont DT), URPS médecins, spécialiste, CPAM, ORS</p> <p>Enquête auprès des patients MC2</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Enquête auprès des médecins spécialistes (libéraux, ES)</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
			<p>Indicateurs PRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nombre de protocoles de coopération sur exercice partagé, autorisés par l'ARS entre PS (S22) -Evolution du nombre de nouvelles installations de PS dans les zones fragiles (S9) - Nombre de conventions constitutives de GCS ou CHT (S25) -Nombre d'établissements assurant la permanence des soins en imagerie par télé-imagerie (A13) -Nombre de territoires de santé ayant formalisé (protocole ou charte de fonctionnement signé) une filière en matière de syndrome coronarien et d'AVC (S24) -Taux de prise en charge en dialyse hors centre (A10) -Ratio nombre de greffes/nombre de patients traités (A10) -Evolution du nombre de médecins spécialistes ayant une activité « multi-sites » (S16) -Proportion d'UNV avec accès permanent IRM (A13) -Pourcentage des PS en secteur 1 (tarifs opposables) – valeur régionale sur un échantillon de 15 activités (S28) 	

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q4 Dans quelle mesure la politique régionale de santé renforce-t-elle la prévention des MC2 ?</p> <p><i>Efficacité</i></p>	<p>Q4.1 Quels sont les facteurs d'échec et de succès des actions de prévention ciblées sur l'accès au sport (activité physique adaptée) et sur les conditions d'alimentation des MC2 ?</p>	<p>L'ARS est articulée avec les autres instances de politiques publiques sur ces objectifs de prévention par le sport et l'alimentation ;</p> <p>Les professionnels de santé sont mobilisés sur la prévention tertiaire ;</p> <p>Des facteurs de réussite et d'échec sont identifiés après la mise en œuvre d'expériences d'activités physiques adaptées identifiées en PDL ;</p> <p>Les patients MC2 sont sensibilisés à la prévention.</p>	<p>Rechercher dans les conventions les projets d'actions de prévention tertiaire (quelles en sont les conditions de réussite ?)</p> <p>S'intéresser à l'expérience de l'association « TRANSFORME » balade en attente des résultats d'analyses de biologie médicale (pourquoi un échec ?)</p> <p>A partir des feuilles de route ARS, se questionner sur la prescription d'activité physique adaptée : quels modèles, quels programmes, quels programmes existants soutenus par l'ARS ? (remboursement, prestation sur mesure par des professionnels du sport adapté, labellisation de clubs sportifs)</p> <p>Rechercher l'existence de formation en STAPS à l'activité physique adaptée.</p> <p>Rechercher les actions mises en œuvre après prescription</p>	<p>Etude : FdR prévention et programme sport-nutrition, projets médicaux des MSP</p> <p>Entretiens individuels : ARS, DRJSCS, CPAM, MG, IREPS, sociologue</p> <p>Enquête auprès des patients MC2</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Enquête auprès des médecins spécialistes (libéraux, ES)</p> <p>Enquête auprès des coordonnateurs ETP</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q4 Dans quelle mesure la politique régionale de santé renforce-t-elle la prévention des MC2 ?</p> <p><i>Efficacité</i></p>	<p>Q4.2 Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de déployer, dans des populations à risques identifiés, des actions de dépistage précoce (prévention secondaire) ?</p>	<p>Les populations à risque sont identifiées dans le PRS par les professionnels de santé ;</p> <p>Les projets médicaux des MSP comportent des objectifs de dépistage précoce (cancers, IRC, diabète) ;</p> <p>Les acteurs locaux sont ensemble mobilisés pour favoriser les actions de dépistage.</p>	<p>S'intéresser au dépistage précoce en IRC : identification, résultats attendus, mais aussi au dépistage des cancers et au dépistage du diabète</p> <p>Terrains d'étude possible : -cancer du sein dans le Saumurois, IRC/dialyse à Angers, activités extra départementales</p> <p>Rencontres de pédicure-podologues sur le terrain</p> <p>Nombre de nouveaux profils dépistés et statistiques de dépistage par l'AM</p> <p>Indicateurs PRS : -Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les personnes âgées de 50 à 74 ans (P7)</p>	<p>Etude : projets médicaux des MSP</p> <p>Entretiens individuels : ARS, MG, ORS, CPAM</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Etudes de terrain</p>

Examiner ces questions / la pertinence au regard des changements attendus en s'appuyant sur les objectifs de la politique/ enjeux de santé MC2 ?


LES MODALITES D'INVESTIGATIONS

Quatre catégories d'investigations :

- 1) Des entretiens individuels
 - a. de cadrage pour finaliser le référentiel et guider les investigations écrites, auprès de cadres de l'ARS et d'acteurs en santé (10 entretiens prévus).
 - b. auprès de représentants institutionnels pour mieux connaître les enjeux, la stratégie de la politique déployée, ainsi que l'organisation et la gouvernance mises en place relative à la thématique populationnelle évaluée (5 entretiens prévus).
- 2) Des enquêtes réalisées par questionnaires écrits à destination de groupes de professionnels de santé pour recueillir des données d'informations quantitatives sur les organisations et les activités (3 enquêtes prévues : spécialistes, MSP et coordonnateurs ETP).
- 3) Etudes de terrain : études de cas géographiques et par pathologie sur les 5 territoires de proximité (8 à 10 entretiens par territoire, soit 50 aine d'entretiens)
 - Des entretiens ciblés sur chacun des 5 territoires de proximité pour nourrir en retour l'accompagnement sur le parcours de soins (MSP), social, d'aide à domicile pour assurer une approche optimale :
 - Sur la notion de maillage territorial ;
 - Sur la notion de taille critique de prise en charge sur le territoire.
 - Des entretiens ciblés sur chacun des 5 territoires de proximité pour nourrir en retour l'approche sur les pathologies :
 - Sur l'aspect prévention au regard des déterminants de santé, par étude de cas sur une pathologie différente par territoire ;
 - Sur les outils d'évaluation et leur articulation entre eux.

= recueil sur les enjeux du SI, du DA, de l'ETP, de l'exercice pluri professionnel des MSP, des soins spécialisés, du rôle des aidants, de la prévention en santé...
- 4) - Investigation auprès des patients (externalisée) :
 - Enquête écrite via les coordonnateurs de programmes d'ETP et via des associations (panel de patients via les états généraux du rein...).

LE CALENDRIER ET LES LIVRABLES

Phases n°	semaines	Objet	Livrables
Travaux en 4 phases et 4 séances du COPIL d'évaluation			
1 Lancement	4	Installation du COPIL - Rappel du rôle et des missions - Présentation de la démarche d'évaluation : principes généraux, application au PRS, attendus des évaluations intermédiaires du PRS Présentation de la politique de l'ARS en matière de qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique, dont le cancer (arbre des objectifs) Présentation et questions des membres du COPIL sur cahier des charges Présentation de la notion de référentiel (notamment articulation questions / critères/ indicateurs)	Arbre des objectifs Cahier des charges
2 Réalisation	8	Présentation du projet de référentiel : questions, sous – questions (critères + indicateurs + source/ investigation) - Identification des critères pertinents, par sous – question évaluative - Identification d'indicateurs possibles, en précisant bien qu'ils ont vocation à documenter les critères - Identification d'investigations, compte tenu des indicateurs	Projet de référentiel d'évaluation complété des propositions du COPIL
Bilan à mi-parcours des investigations : DEPS + Président de COPIL			
Il s'agit de présenter les blocages éventuels dans les investigations amenant à re-questionner le référentiel (programme d'investigation, notamment) Le Président du COPIL décide, en opportunité, des suites à donner : ajustement du référentiel à son initiative, convocation du COPIL pour arbitrer entre plusieurs ajustements possibles du référentiel...			
	25	 Bilan à mi-parcours	
3 Jugements		Rapide bilan des investigations (informations non disponibles...) - Présentation des constats, classés par sous-question évaluative - Présentation des propositions de jugements, adossées explicitement sur les constats - Débat sur les jugements : questionnement, amendement, validation, éventuelle priorisation	Enoncé des jugements
4 Recommandations		Validation des jugements formalisés transmis par l'équipe d'évaluation - Élaboration collective d'éléments de recommandations sur la base des jugements - <i>rem</i> : la formulation définitive et la répartition entre niveaux stratégique et opérationnel seront réalisés par l'équipe d'évaluation.	Éléments de recommandations
Validation du rapport			Rapport final validé par le COPIL
Le Président saisit <u>par courrier</u> les membres du COPIL pour validation du rapport avant finalisation et transmission à la DGARS. Délai de réponse de 15 jours			
Projet de restitution sur les résultats d'évaluation			Présentations orales
Modalités de diffusion Définition des publics cible			

ORGANISATION

Pour mener à bien la mission d'évaluation portant sur la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique, dont le cancer, un comité de pilotage (COFIL) a été constitué et composé de représentants institutionnels et d'acteurs opérationnels, en partie désignés par la CRSA. Ce comité de pilotage est présidé par le Docteur Pierre Blaise, directeur du Projet régional de santé (PRS) à l'ARS. Une équipe d'évaluation composée de Madame Catherine Ogé et du Docteur Jean-Paul Boulé, tous deux du département « évaluation des politiques » à l'ARS, a été missionnée pour réaliser cette évaluation. Des investigations (entretiens, enquêtes, études...) seront ainsi réalisées afin de pouvoir apporter des réponses aux questions évaluatives, d'une part auprès des publics concernés par cette thématique et d'autre part auprès des différents opérateurs œuvrant en faveur de ces publics cibles (professionnels de santé, associations, institutions...). Certaines de ces investigations seront assurées par des prestataires externes.

Le COFIL est composé de 12 membres :

- quatre représentants de l'ARS : le président, deux chefs-projet de groupes transversaux (maladies chroniques, cancer) et un membre du « groupe Eval » (groupe transversal ARS sur les pratiques d'évaluation) ;
- un représentant de la DIRECCTE ;
- un représentant de l'assurance maladie (MSA) ;
- un représentant de la médecine de ville ;
- un représentant du secteur hospitalier ;
- un représentant du secteur de la prévention ;
- deux représentants des associations de patients ou/et des aidants ;
- une personne qualifiée pour représenter les opérateurs et les bénéficiaires.

OBJECTIFS DE L'EVALUATION

Evaluer la politique régionale relative à la prise en charge des maladies chroniques

- Pertinence : les actions menées s'inscrivent dans les changements espérés du PRS
- Cohérence : entre objectifs et population ciblée, ressources mobilisées et cohérence de la politique avec les politiques des partenaires
- Efficacité : entre les objectifs et les premiers effets constatés
- Utilité : au regard des premiers résultats obtenus

Mettre en évidence les éléments qui contribuent à réduire les inégalités de santé

- Sur les 5 territoires de proximité
- Dans l'accompagnement du parcours de santé et de vie
- Dans l'adéquation objectifs/publics ciblés

Dégager des recommandations stratégiques et opérationnelles pour la mise en œuvre du PRS

- Sur l'organisation des parcours des personnes vivant avec une maladie chronique
- Sur les mesures d'amélioration de la qualité de vie de la personne malade chronique
- Sur l'amélioration de l'accès au système de santé des patients chroniques
- Sur le développement des actions de prévention secondaire et tertiaire



Les constats et jugements sur la politique évaluée permettront de dégager des recommandations stratégiques et opérationnelles pour réorienter si besoin, en tant qu'aide à la décision, les objectifs et les actions du PRS relatifs aux maladies chroniques

LES QUESTIONS EVALUATIVES

La 1^{ère} réunion du COPIL a permis d'affiner chaque question évaluative du cahier des charges, en vue de définir les critères de jugements

Les questions évaluatives suivantes permettront de mesurer les premiers résultats obtenus par la politique de l'ARS sur cette population :

Q1 - La politique régionale de santé sur l'organisation des parcours apporte-t-elle un accompagnement adapté à la personne vivant avec une Maladie Chronique (MC) (efficacité) ?

1.1 En quoi les apports des outils d'information à destination des professionnels sont-ils adaptés dans une logique de parcours (prévention, repérage, orientation, prise en charge d'un épisode aigu, prise en charge inter-épisodes, accompagnement) pour les personnes vivant avec une maladie chronique ?

1.2 Quelle est la plus value apportée par les dispositifs d'annonce dans la construction du parcours de santé de la personne, pour les pathologies suivantes : Sclérose En Plaque (SEP), cancer, Insuffisance Rénale Chronique (IRC) ?

Q2 - Dans quelle mesure la politique régionale de santé apporte-t-elle les réponses pour améliorer la qualité de vie à domicile des personnes vivant avec une MC (utilité) ?

2.1 Dans quelle mesure les coordinateurs des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) prennent-ils en compte l'impact de leurs programmes sur la qualité de vie de la personne vivant avec une MC ?

2.2 En quoi les mesures préconisées dans le Projet Régional de Santé (PRS) sont-elles de nature à favoriser la contribution des aidants à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique ?

2.3 Dans quelle mesure l'exercice pluri professionnel tel qu'il se met en place avec les MSP permet-il à la médecine de 1^{er} recours de développer un rôle de synthèse centrée à la fois sur la personne et sur le plan technique ?

Q3 - Dans quelle mesure les actions menées en matière d'accompagnement des MC sont-elles de nature à réduire les inégalités de santé (cohérence, pertinence) ?

3.1 En quoi les modalités de diffusion de l'information à destination des personnes sont-elles de nature à réduire les inégalités d'accès à cette information ?

3.2 Dans quelle mesure la politique régionale de santé réussit-elle à réduire les inégalités d'accès des personnes dans sa politique de régulation des soins spécialisés ?

Q4 - Dans quelle mesure la politique régionale de santé renforce-t-elle la prévention des MC (efficacité) ?

4.1 Quels sont les facteurs d'échec et de succès des actions de prévention ciblées sur l'accès au sport et sur les conditions d'alimentation ?

4.2 Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de déployer, dans des populations à risques identifiés, des actions de dépistage précoce, en particulier au sein du premier recours ?

LE REFENTIEL D’EVALUATION MALADIES CHRONIQUES, DONT LE CANCER (MC2) V3

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q1 La politique régionale de santé sur l’organisation des parcours apporte-t-elle un accompagnement adapté à la personne vivant avec une MC2 ?</p> <p><i>Efficacité</i></p>	<p>Q1.1 En quoi les apports des outils d’information à destination des professionnels sont-ils adaptés dans une logique de parcours (prévention, repérage, orientation, prise en charge d’un épisode aigu, prise en charge inter-épisodes, accompagnement) pour les personnes vivant avec une maladie chronique ?</p>	<p>Les outils d’information sont recensés et leur typologie établie par l’ARS et les PS ;</p> <p>Les outils de gestion de l’information, à usage multiple, apportent une plus value argumentée pour le parcours de santé de la personne ;</p> <p>Les outils de synthèse de l’information sont articulés avec les autres outils de gestion de l’information, ainsi qu’avec le Projet Personnalisé de santé (PPS) et le Projet Personnalisé Après Cancer (PPAC) ;</p> <p>Les acteurs de santé se sont approprié les outils à leur disposition (diffusion-utilisation) ;</p> <p>Les SI sont structurés pour le partage des informations au sein de l’équipe pluri professionnelle en interne et externe établissements de santé.</p>	<p>Faire un choix d’un ou deux outils avec et sans plus value</p> <p>Montrer si l’usage en ordre dispersé est une richesse de diversité ou un obstacle pour le parcours de santé de la personne</p> <p>Préciser les outils éventuellement manquants</p> <p>Quels outils d’information ? lesquels investiguer ? Quelle articulation de ces outils avec les outils parcours ?</p> <p>Quid des recommandations de bonnes pratiques ?</p> <p>Quels outils parcours ? PPS, PPAC, DMP-DCC, DA...</p> <p>Indicateurs PRS : -Evolution du nombre de DMP créés sur la plateforme e-santé (accord du patient obtenu) (S13) -Nombre de PS et ES utilisant les services de l’ENR de santé (S23)</p>	<p>Etude : documentation ARS, Site de l’Espace Numérique Régional (ENR)</p> <p>Entretiens individuels : ARS, MG, spécialiste, CPAM, URPS médecins-IDE-pharmaciens</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Enquête auprès des médecins spécialistes (libéraux, ES)</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q1 La politique régionale de santé sur l'organisation des parcours apporte-t-elle un accompagnement adapté à la personne vivant avec une MC2 ?</p> <p><i>Efficacité</i></p>	<p>Q1.2 Quelle est la plus value apportée par les dispositifs d'annonce dans la construction du parcours de santé de la personne, pour les pathologies suivantes : SEP, cancer, IRC ?</p>	<p>Les Dispositifs d'Annonce (DA) permettent un meilleur suivi au long cours des patients tout le long du parcours ;</p> <p>L'articulation hôpital/ville avec le médecin traitant est assurée pour faciliter le suivi de ses malades au domicile ;</p> <p>Les DA sont articulés avec les programmes d'ETP ;</p> <p>Les malades (MC2) ont été satisfaits des modalités de l'annonce de leur diagnostic.</p>	<p>Se reporter aux résultats de l'évaluation menée parallèlement sur les dispositifs d'annonce SEP, IRC et cancer (rapport prévu pour décembre 2014)</p> <p>Indicateurs PRS : -Nombre d'expérimentations de consultations d'annonce, hors cancérologie et SIDA (et mention des pathologies concernées) (S3)</p>	<p>Se reporter à la méthodologie proposée par le prestataire</p> <p>Etude : cahier des charges appel à projet DA, évaluation ONCOPL</p> <p>Entretiens individuels : ARS, ONCOPL</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q2 Dans quelle mesure la politique régionale de santé apporte-t-elle les réponses pour améliorer la qualité de vie à domicile des personnes MC2 ?</p> <p><i>Utilité</i></p>	<p>Q2.1 Dans quelle mesure les coordonnateurs des programmes d'ETP, prennent-ils en compte l'impact de leurs programmes sur la Qualité de Vie (QV) de la personne vivant avec une MC2 ?</p>	<p>Les évaluations internes des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) comportent un questionnement sur la qualité de vie de la personne ;</p> <p>L'organisation de l'ETP en premier recours est centrée sur la qualité de vie et l'observance des traitements ;</p> <p>Les patients MC2 se sont appropriés leurs programmes ETP et ressentent un impact sur leur qualité de vie.</p>	<p>Compter le nombre d'actions des programmes portant sur la qualité de vie (QV)</p> <p>Observer si tous les programmes ETP suivent cette évolution des règles à observer vers la notion de QV</p> <p>Mesurer l'impact de l'ETP, aujourd'hui hospitalière, et en développement dans les MSP (potentiel pour intervenir précocement sur les MC2) sur la QV des personnes</p> <p>Indicateurs PRS : -Pourcentage de patients en ALD5-8-13 et 14 bénéficiant d'un programme d'ETP autorisé (P2)</p>	<p>Etude : documentation ARS, production UTET</p> <p>Entretiens individuels : ARS, UTET, MG, spécialiste, IREPS, CPAM, sociologue</p> <p>Enquête auprès des patients MC2</p> <p>Enquête auprès des coordonnateurs ETP</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q2 Dans quelle mesure la politique régionale de santé apporte-t-elle les réponses pour améliorer la qualité de vie à domicile des personnes MC2 ?</p> <p><i>Utilité</i></p>	<p>Q2.2 En quoi les mesures préconisées dans le Projet Régional de Santé (PRS) sont-elles de nature à favoriser la contribution des aidants à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique ?</p>	<p>Les aidants (familiaux, proches (voisins)) des MC2 sont accompagnés et formés ;</p> <p>Les aidants permettent le maintien à domicile des MC2 accompagnés ;</p> <p>Les aidants sont associés au projet de vie de la personne ;</p> <p>Les patients MC2 sont satisfaits de la place et du rôle des aidants ;</p> <p>Les PS sont satisfaits de la place et du rôle des aidants ;</p> <p>La Consultation Clinique de Proximité (CCP) intègre le positionnement des aidants.</p>	<p>Mesurer si le rôle et la place des aidants sont facilités par l'ARS</p> <p>S'intéresser à la perception des professionnels et des personnes elles-mêmes</p> <p>Recenser les mesures préconisées et mises en œuvre par le PRS</p> <p>S'appuyer sur les expériences positives, sur le cancer en PDL, de soutien d'aidants de patients ayant des jeunes enfants</p>	<p>Etude : littérature sur aidants, PRS et aidants</p> <p>Entretiens individuels : ARS, CISS, sociologue, CPAM, URPS médecins-infirmiers-pharmaciens, spécialistes</p> <p>Enquête auprès des patients MC2</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Enquête auprès des médecins spécialistes (libéraux, ES)</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q2 Dans quelle mesure la politique régionale de santé apporte-t-elle les réponses pour améliorer la qualité de vie à domicile des personnes MC2 ?</p> <p><i>Utilité</i></p>	<p>Q2.3 Dans quelle mesure l'exercice pluri professionnel permet-il à la médecine de 1^{er} recours de développer un rôle de synthèse centrée à la fois sur la personne et sur le plan technique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La stratégie de l'ARS se concrétise par le développement d'un exercice pluri professionnel de 1^{er} recours et une organisation de la prise en charge globale de la personne ; - L'exercice regroupé des PS du 1^{er} recours, au sein des MSP et des pôles de santé, a permis le développement d'une coordination des PS entre eux ; - Les échanges des PS du 1^{er} recours en exercice regroupé sont source d'une meilleure qualité de prise en charge de la personne MC2 par le développement précoce des programmes ETP (cf. Q2.1); - les outils d'information du « disease management » (caractéristiques de la patientèle, modalités de prise en charge) sont harmonisés pour échanger les informations avec les PS du 2^d recours et fluidifier l'accès aux avis spécialisés. 	<p>Reprendre le rapport HCAAM sur les éléments qui montrent que l'exercice pluri professionnel permet une meilleure prise en charge de la personne</p> <p>Prendre en compte le rôle des infirmières coordinatrices, des pédicures-podologues pour le diabète et les relations MG/pédicures-podologues</p> <p>Indicateurs PRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nombre de séances de formation continue pluri-professionnelle en matière de prise en charge globale de la personne ciblées (S7) -Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (S8) - Nombre de nouveaux programmes d'éducation thérapeutique autorisés coordonnés par des professionnels du premier recours (K1) -Nombre annuel de séances de formation continue pluri-professionnelle en prévention à destination des PS du premier recours (P6) 	<p>Etude : projets médicaux de MSP</p> <p>Entretiens individuels : ARS, URPS médecins-IDE-pharmaciens, MG</p> <p>Enquête auprès des personnes MC2</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Enquête auprès des médecins spécialistes (libéraux, ES)</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q3 Dans quelle mesure les actions menées en matière d'accompagnement des MC2 sont-elles de nature à réduire les inégalités de santé ?</p> <p><i>Cohérence, pertinence</i></p>	<p>Q3.1 En quoi les modalités de diffusion de l'information à destination des personnes est-elle de nature à réduire les inégalités d'accès à cette information ?</p>	<p>Les outils d'information sont recensés par l'ARS et les professionnels de santé ;</p> <p>Les informations sont accessibles/adaptées pour tous les publics ;</p> <p>Les patients MC2 sont satisfaits de leur information ;</p> <p>L'ARS accompagne le développement d'outils d'information à destination du public (plateforme d'information développée) ;</p> <p>Des mesures sélectives ont été prises pour des publics identifiés ;</p> <p>Une évaluation des résultats de la diffusion de l'information a été réalisée.</p>	<p>S'appuyer sur l'orientation stratégique du PRS : être acteur de sa santé</p> <p>S'intéresser au rôle en proximité du pharmacien pour la dispensation de l'information auprès du public</p> <p>Pour les plateformes d'information, la SNS préconise une démarche centralisée. L'ARS PDL est associée à l'ARS IDF</p> <p>Indicateurs PRS : -Nombre de connexions à la plateforme d'intégration des données de santé (S1)</p>	<p>Etude : Portail Internet ARS et autres</p> <p>Entretiens individuels : ARS, URPS médecins-IDE-pharmaciens, CPAM, MG, spécialiste</p> <p>Enquête auprès des patients MC2</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Enquête auprès des médecins spécialistes (libéraux, ES)</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q3 Dans quelle mesure les actions menées en matière d'accompagnement des MC2 sont-elles de nature à réduire les inégalités de santé ?</p> <p><i>Cohérence, pertinence</i></p>	<p>Q3.2 Dans quelle mesure la politique régionale de santé prend elle en compte les inégalités potentielles d'accès des personnes dans sa politique de développement des soins spécialisés ?</p>	<p>L'ARS développe une stratégie pour répondre au besoin d'accès des patients aux spécialistes : accessibilité géographique et accessibilité des secteurs 1 et 2 ;</p> <p>L'exercice pluri professionnel en 1^{er} recours associe des spécialités variées (podologue ...) et développe un modèle économique favorisant la consultation de spécialistes (locaux...).</p>	<p>S'appuyer sur l'orientation stratégique du PRS : la proximité organisée-access aux soins spécialisés.</p> <p>Observer les 6 spécialités sous tension étudiées par l'ARS (pédiatrie, radiologie...) dans le cadre de l'accès aux spécialistes.</p> <p>Prendre en compte le reste à charge, en direct pour le patient, de dépassements d'honoraire en ALD.</p> <p>S'intéresser aux leviers stratégiques de l'ARS pour favoriser le travail en équipe des spécialistes : CHT pour le secteur public et équipes territoriales d'exercices libéraux</p> <p>Rechercher les protocoles de coopération existant avec des spécialistes en 1^{er} recours et les délégations de tâches.</p> <p>Observer le projet de coopération avec l'EHESP sur le cancer du sein en Vendée et l'accès à imagerie médicale</p>	<p>Etude : Examen des Feuilles de Route (FdR) ARS et des Programmes Territoriaux de Santé (PTS), CPOM des ES, bilan des CHT et des équipes territoriales de proximité...</p> <p>Entretiens individuels : ARS (dont DT), URPS médecins, spécialiste, CPAM, ORS</p> <p>Enquête auprès des patients MC2</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Enquête auprès des médecins spécialistes (libéraux, ES)</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
			<p>Indicateurs PRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nombre de protocoles de coopération sur exercice partagé, autorisés par l'ARS entre PS (S22) -Evolution du nombre de nouvelles installations de PS dans les zones fragiles (S9) - Nombre de conventions constitutives de GCS ou CHT (S25) -Nombre d'établissements assurant la permanence des soins en imagerie par télé-imagerie (A13) -Nombre de territoires de santé ayant formalisé (protocole ou charte de fonctionnement signé) une filière en matière de syndrome coronarien et d'AVC (S24) -Taux de prise en charge en dialyse hors centre (A10) -Ratio nombre de greffes/nombre de patients traités (A10) -Evolution du nombre de médecins spécialistes ayant une activité « multi-sites » (S16) -Proportion d'UNV avec accès permanent IRM (A13) -Pourcentage des PS en secteur 1 (tarifs opposables) – valeur régionale sur un échantillon de 15 activités (S28) 	

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q4 Dans quelle mesure la politique régionale de santé renforce-t-elle la prévention des MC2 ?</p> <p><i>Efficacité</i></p>	<p>Q4.1 Quels sont les facteurs d'échec et de succès des actions de prévention ciblées sur l'accès au sport (activité physique adaptée) et sur les conditions d'alimentation des MC2 ?</p>	<p>L'ARS est articulée avec les autres instances de politiques publiques sur ces objectifs de prévention par le sport et l'alimentation ;</p> <p>Les professionnels de santé sont mobilisés sur la prévention tertiaire ;</p> <p>Des facteurs de réussite et d'échec sont identifiés après la mise en œuvre d'expériences d'activités physiques adaptées identifiées en PDL ;</p> <p>Les patients MC2 sont sensibilisés à la prévention.</p>	<p>Rechercher dans les conventions les projets d'actions de prévention tertiaire (quelles en sont les conditions de réussite ?)</p> <p>S'intéresser à l'expérience de l'association « TRANSFORME » balade en attente des résultats d'analyses de biologie médicale (pourquoi un échec ?)</p> <p>A partir des feuilles de route ARS, se questionner sur la prescription d'activité physique adaptée : quels modèles, quels programmes, quels programmes existants soutenus par l'ARS ? (remboursement, prestation sur mesure par des professionnels du sport adapté, labellisation de clubs sportifs)</p> <p>Rechercher l'existence de formation en STAPS à l'activité physique adaptée.</p> <p>Rechercher les actions mises en œuvre après prescription</p>	<p>Etude : FdR prévention et programme sport-nutrition, projets médicaux des MSP</p> <p>Entretiens individuels : ARS, DRJSCS, CPAM, MG, IREPS, sociologue</p> <p>Enquête auprès des patients MC2</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Enquête auprès des médecins spécialistes (libéraux, ES)</p> <p>Enquête auprès des coordonnateurs ETP</p> <p>Etudes de terrain</p>

Questions évaluatives	S/S Questions	Critères de jugement	Eléments de méthode	Investigations
<p>Q4 Dans quelle mesure la politique régionale de santé renforce-t-elle la prévention des MC2 ?</p> <p><i>Efficacité</i></p>	<p>Q4.2 Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de déployer, dans des populations à risques identifiés, des actions de dépistage précoce (prévention secondaire) ?</p>	<p>Les populations à risque sont identifiées dans le PRS par les professionnels de santé ;</p> <p>Les projets médicaux des MSP comportent des objectifs de dépistage précoce (cancers, IRC, diabète) ;</p> <p>Les acteurs locaux sont ensemble mobilisés pour favoriser les actions de dépistage.</p>	<p>S'intéresser au dépistage précoce en IRC : identification, résultats attendus, mais aussi au dépistage des cancers et au dépistage du diabète</p> <p>Terrains d'étude possible : -cancer du sein dans le Saumurois, IRC/dialyse à Angers, activités extra départementales</p> <p>Rencontres de pédicure-podologues sur le terrain</p> <p>Nombre de nouveaux profils dépistés et statistiques de dépistage par l'AM</p> <p>Indicateurs PRS : -Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les personnes âgées de 50 à 74 ans (P7)</p>	<p>Etude : projets médicaux des MSP</p> <p>Entretiens individuels : ARS, MG, ORS, CPAM</p> <p>Enquête auprès des MSP</p> <p>Etudes de terrain</p>

Examiner ces questions / la pertinence au regard des changements attendus en s'appuyant sur les objectifs de la politique/ enjeux de santé MC2 ?


LES MODALITES D'INVESTIGATIONS

Quatre catégories d'investigations :

- 1) Des entretiens individuels
 - a. de cadrage pour finaliser le référentiel et guider les investigations écrites, auprès de cadres de l'ARS et d'acteurs en santé (10 entretiens prévus).
 - b. auprès de représentants institutionnels pour mieux connaître les enjeux, la stratégie de la politique déployée, ainsi que l'organisation et la gouvernance mises en place relative à la thématique populationnelle évaluée (5 entretiens prévus).
- 2) Des enquêtes réalisées par questionnaires écrits à destination de groupes de professionnels de santé pour recueillir des données d'informations quantitatives sur les organisations et les activités (3 enquêtes prévues : spécialistes, MSP et coordonnateurs ETP).
- 3) Etudes de terrain : études de cas géographiques et par pathologie sur les 5 territoires de proximité (8 à 10 entretiens par territoire, soit 50 aine d'entretiens)
 - Des entretiens ciblés sur chacun des 5 territoires de proximité pour nourrir en retour l'accompagnement sur le parcours de soins (MSP), social, d'aide à domicile pour assurer une approche optimale :
 - Sur la notion de maillage territorial ;
 - Sur la notion de taille critique de prise en charge sur le territoire.
 - Des entretiens ciblés sur chacun des 5 territoires de proximité pour nourrir en retour l'approche sur les pathologies :
 - Sur l'aspect prévention au regard des déterminants de santé, par étude de cas sur une pathologie différente par territoire ;
 - Sur les outils d'évaluation et leur articulation entre eux.

= recueil sur les enjeux du SI, du DA, de l'ETP, de l'exercice pluri professionnel des MSP, des soins spécialisés, du rôle des aidants, de la prévention en santé...
- 4) - Investigation auprès des patients (externalisée) :
 - Enquête écrite via les coordonnateurs de programmes d'ETP et via des associations (panel de patients via les états généraux du rein...).

LE CALENDRIER ET LES LIVRABLES

Phases n°	semaines	Objet	Livrables
Travaux en 4 phases et 4 séances du COPIL d'évaluation			
1 Lancement	4	Installation du COPIL - Rappel du rôle et des missions - Présentation de la démarche d'évaluation : principes généraux, application au PRS, attendus des évaluations intermédiaires du PRS Présentation de la politique de l'ARS en matière de qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique, dont le cancer (arbre des objectifs) Présentation et questions des membres du COPIL sur cahier des charges Présentation de la notion de référentiel (notamment articulation questions / critères/ indicateurs)	Arbre des objectifs Cahier des charges
2 Réalisation	8	Présentation du projet de référentiel : questions, sous – questions (critères + indicateurs + source/ investigation) - Identification des critères pertinents, par sous – question évaluative - Identification d'indicateurs possibles, en précisant bien qu'ils ont vocation à documenter les critères - Identification d'investigations, compte tenu des indicateurs	Projet de référentiel d'évaluation complété des propositions du COPIL
Bilan à mi-parcours des investigations : DEPS + Président de COPIL			
Il s'agit de présenter les blocages éventuels dans les investigations amenant à re-questionner le référentiel (programme d'investigation, notamment) Le Président du COPIL décide, en opportunité, des suites à donner : ajustement du référentiel à son initiative, convocation du COPIL pour arbitrer entre plusieurs ajustements possibles du référentiel...			
	25	 Bilan à mi-parcours	
3 Jugements		Rapide bilan des investigations (informations non disponibles...) - Présentation des constats, classés par sous-question évaluative - Présentation des propositions de jugements, adossées explicitement sur les constats - Débat sur les jugements : questionnement, amendement, validation, éventuelle priorisation	Enoncé des jugements
4 Recommandations		Validation des jugements formalisés transmis par l'équipe d'évaluation - Élaboration collective d'éléments de recommandations sur la base des jugements - <i>rem</i> : la formulation définitive et la répartition entre niveaux stratégique et opérationnel seront réalisés par l'équipe d'évaluation.	Éléments de recommandations
Validation du rapport			Rapport final validé par le COPIL
Le Président saisit <u>par courrier</u> les membres du COPIL pour validation du rapport avant finalisation et transmission à la DGARS. Délai de réponse de 15 jours			
Projet de restitution sur les résultats d'évaluation			Présentations orales
Modalités de diffusion Définition des publics cible			

Présentation des constats Etude patients

COPIIL évaluation « qualité de vie des
personnes vivant avec une maladie
chronique, dont le cancer »

18 novembre 2014

Méthodologie

Etude externalisée auprès du cabinet ACSANTIS

2 outils de recueil des réponses :

- Questionnaire patients (internet ou papier) via associations de patients et coordonnateurs ETP
- 4 Focus groups patients via associations de patients

Précaution de lecture des résultats :

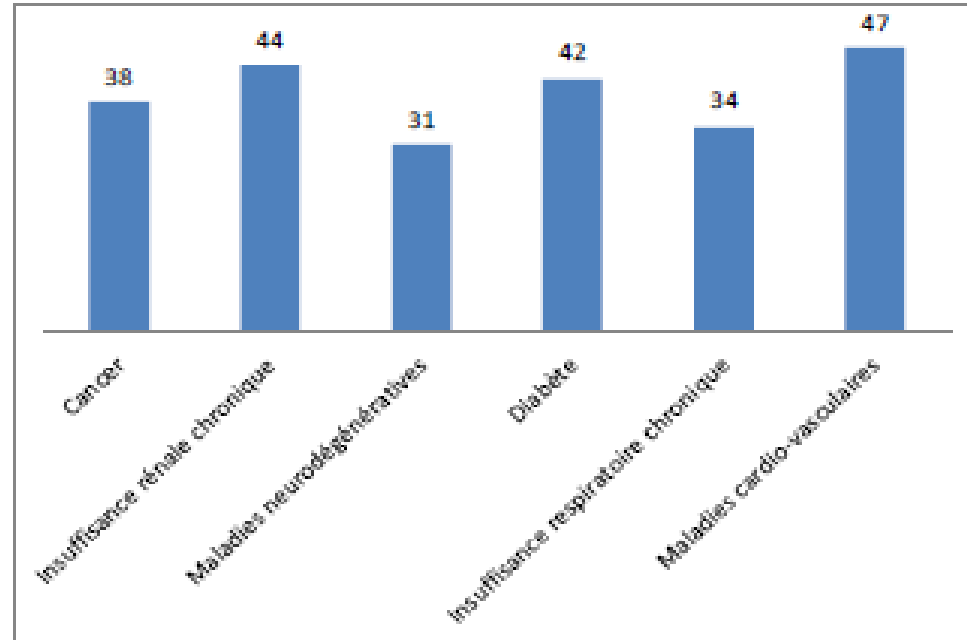
- Particularité de la population de patients
- Caractère homogène ou non de la représentation H/F pour toutes les pathologies

Réponses

Questionnaire : 215 patients répondants

Focus groups (MND, Cancer, Diabète et MCV) : 30 participants

Pathologies pour les répondants:



Caractéristiques échantillon

50.2% de femmes pour 49.8% d'hommes

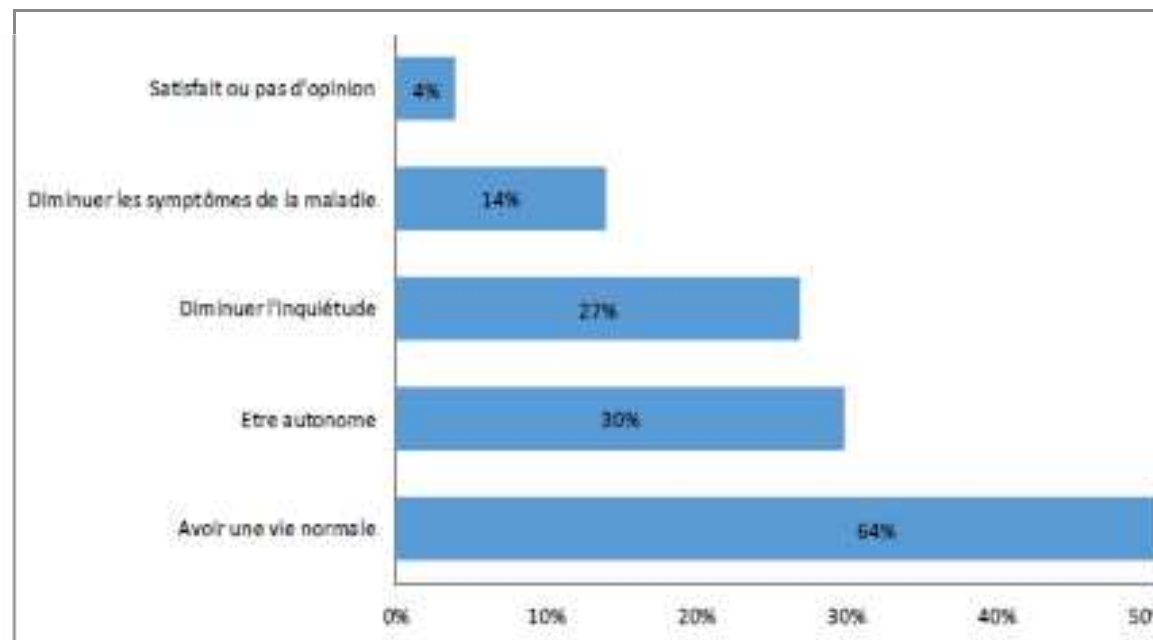
Age : tranche d'âge la plus représentée = 50-75 ans

La majorité des répondants vivent en couple (77%)
= *surreprésentation*



Qualité de vie vue par les patients

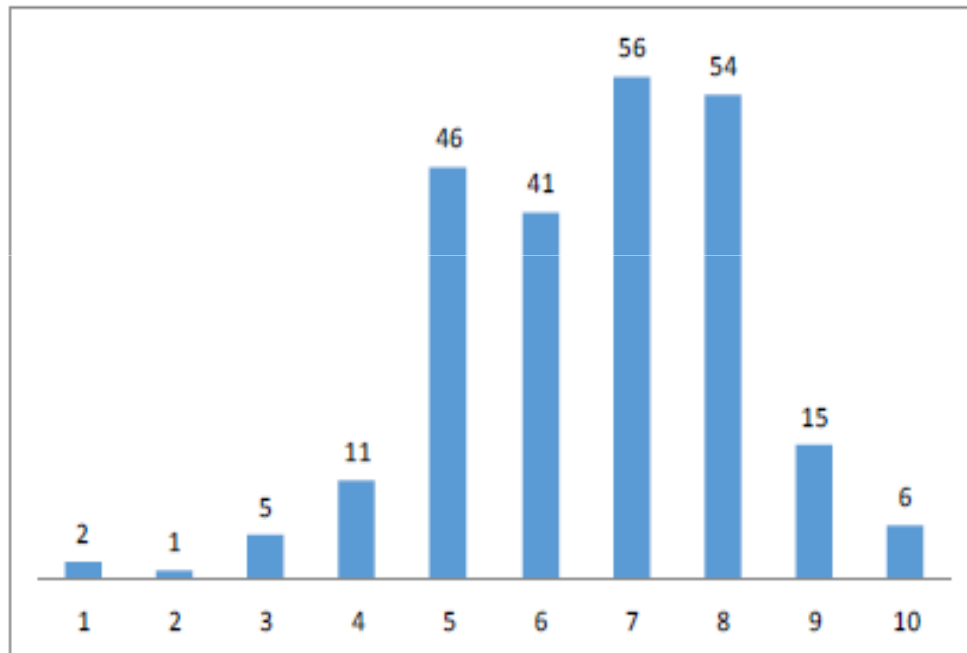
Conception de la QV: possibilité de mener une vie normale, sans être préoccupé par la maladie ni empêché dans les activités du quotidien, mais variabilité des réponses selon la maladie



Qualité de vie vue par les patients

Auto-évaluation des patients

Question : Pouvez-vous chiffrer votre la qualité de vie de 1 à 10 (1 étant le plus mauvais) ?

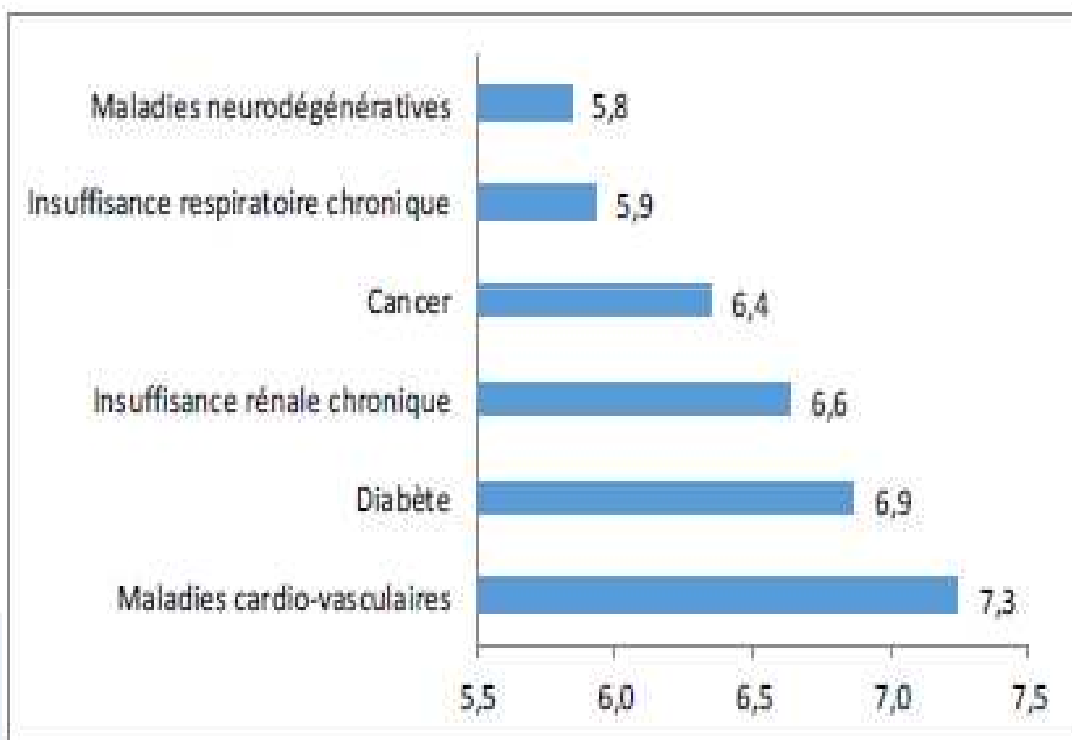


Peu évaluent leur QV en dessous de 5 ou au-dessus de 8

Nombre de patients ayant attribué chaque note, toutes maladies confondues (somme supérieur à 215 car les patients rencontrés en focus groupes se sont également prêtés à l'exercice).

Qualité de vie vue par les patients

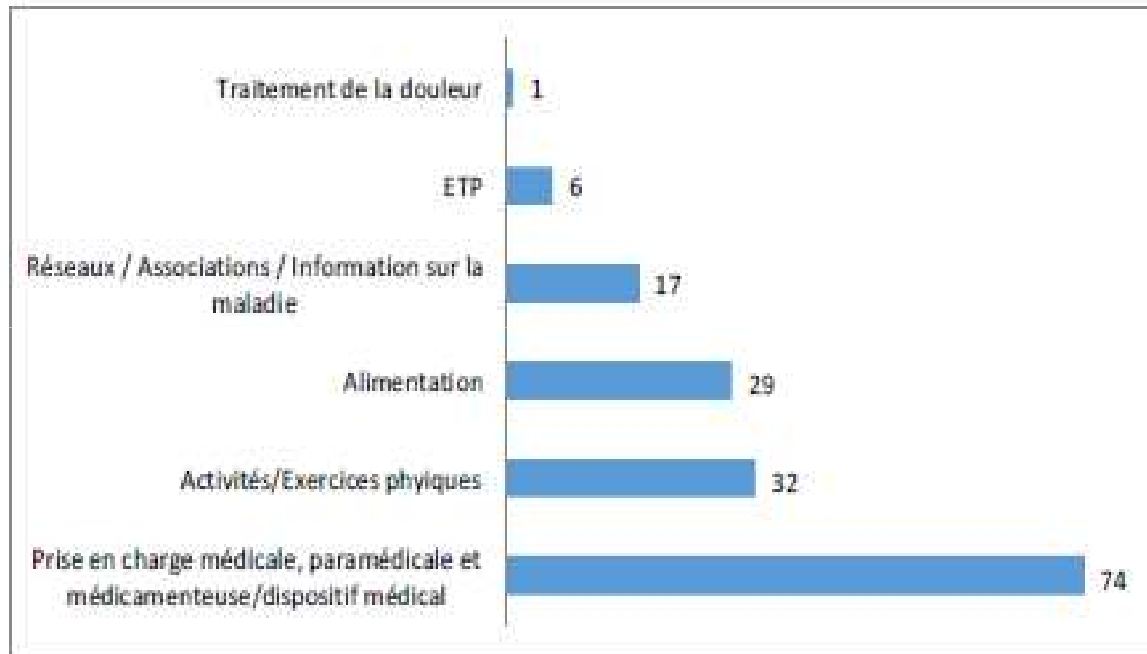
Auto-évaluation des patients (suite)



Les patients atteints de MND sont ceux jugeant leur QV de manière la plus négative

Qualité de vie vue par les patients

Mesures permettant l'amélioration de la QV



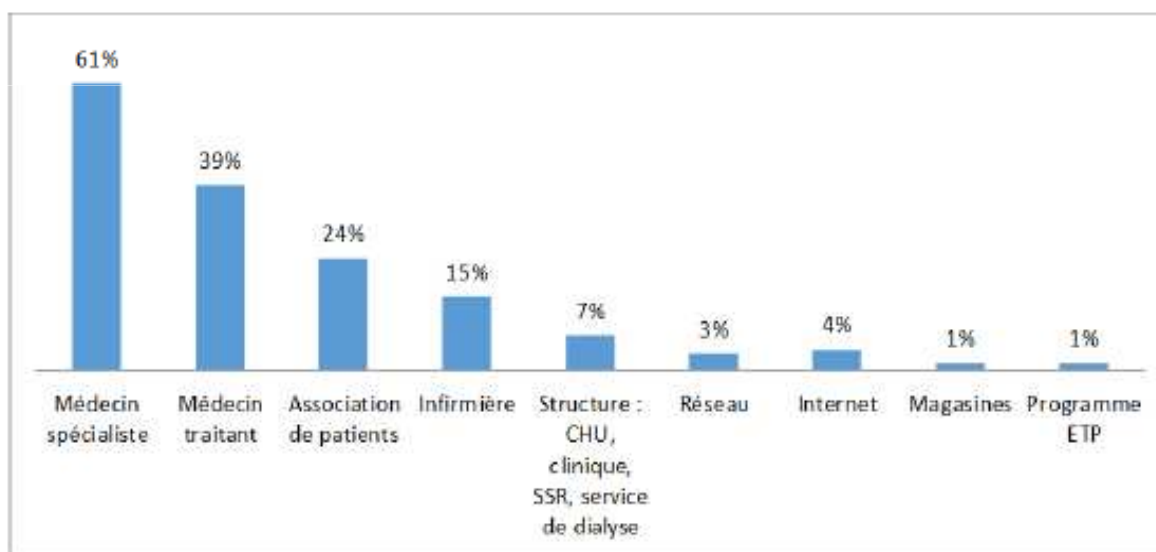
Mais variations
selon les maladies

L'amélioration de la QV passe avant tout par la qualité de la prise en charge, mais également par la qualité de l'hygiène de vie (activité physique et pratiques alimentaires) et le contact et soutien d'autres patients et de l'entourage. L'information joue également un rôle important.

Information sur la maladie

95% des patients s'estiment globalement assez informés sur leur état de santé; toutefois des efforts pourraient être faits pour améliorer leur compréhension de leur maladie, son évolution et ses traitements.

Question : Quelle est votre première source d'information ?



Les pharmaciens ne sont pas cités

Toutefois, la moitié des patients ont recours à une source d'information alternative aux soignants : Internet en premier lieu, suivi des associations d'usagers et de la presse

Accompagnement par une association de patients ou un programme d'ETP

Il semblerait que les personnes seules se tournent moins vers les associations et suivent davantage des programmes d'ETP

91% des patients en ETP se déclarent satisfaits de ces programmes, pour les raisons suivantes



Accompagnement par une association de patients ou un programme d'ETP

La majorité des patients sont satisfaits de l'accueil et de la disponibilité des associations et pensent qu'elles participent à l'amélioration de leur QV au quotidien grâce à (par ordre décroissant):

- participation à des activités organisées
- échanges entre patients (lutte contre isolement)
- informations personnalisées et spécifiques sur la maladie
- accompagnement dans les démarches administratives

Les associations peuvent jouer un rôle important en relais des ateliers d'ETP, à l'issue desquels les patients se retrouvent souvent seuls...

Rôle des soignants de premier recours et des spécialistes

Rôle des soignants de premier recours : MG

- 78% des patients se disent satisfaits de l'information donnée par leur médecin traitant (de 70% pour l'IRéC à 88% pour le diabète)
- 71% jugent la coordination entre MT et autres PS et paramédicaux bonne voire très bonne (de 53%-54% pour Iréc et cancer à 87% pour les MCV) ; toutefois 37% estiment que le lien entre MT et médecins spécialistes intervenant dans leur parcours est insuffisant

Rôle des soignants de premier recours et des spécialistes

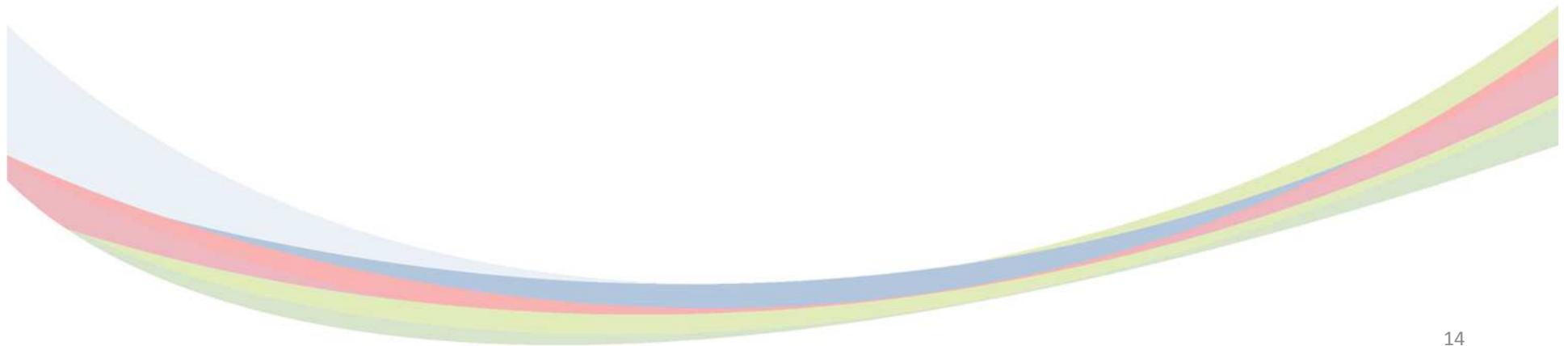
Rôle des soignants de premier recours : IDE et pharmaciens

- Information donnée : 94% de satisfaits pour les IDE / 89% de satisfaits pour les pharmaciens (78% pour les MG)
- Coordination : Jugée bonne voire très bonne à 77% pour les IDE / 66% pour les pharmaciens (71% pour les MG)

Rôle des soignants de premier recours et des spécialistes

Rôle des spécialistes

- l'accompagnement est jugé personnalisé par une importante majorité des répondants
- certaines difficultés d'accès aux spécialistes sont soulignées (mais connues) : oph en tête



Rôle du patient dans sa propre prise en charge

9 patients sur 10 estiment que leurs opinions sont prises en compte dans leur prise en charge par les différents intervenants

9 patients sur 10 s'estiment acteurs de leur prise en charge : ils suivent leur pathologie (compréhension de la maladie et participation à la gestion des traitements), adoptent un comportement spécifique (activités physiques, réorganisation de la vie au quotidien), témoignent auprès d'autres patients

Rôle des aidants

Les patients soulignent le rôle important joué par leurs aidants. Ils représentent un soutien moral important, sont pour certains capables de pratiques des gestes techniques et peuvent faciliter la coordination des différents intervenants de la prise en charge

28% des répondants estiment que leurs aidants rencontrent des difficultés : peur ou rejet de la maladie, sentiment d'être démuni devant les situations d'urgence, difficultés devant certains gestes techniques, vieillissement des aidants, impacts sur la vie privée...

Les aidants de patients atteints de MND sont parfois dans une situation particulièrement compliquée

Recours à des prises en charge alternatives

27% des patients ont recours à une offre de soins alternative pour se détendre, supporter la maladie au quotidien, atténuer les douleurs et les effets secondaires, être écouté, éviter de prendre des médicaments...

Nécessité d'un plus grand soutien psychologique

En tête viennent la sophrologie, le yoga, la méditation, la relaxation, l'acupuncture...



Synthèse

(articulation ville/hôpital)

Une réponse qui satisfait aux attentes des patients...

- ✚ Une prise en charge à domicile coordonnée par des professionnels médicaux et paramédicaux
- ✚ Une offre d'activité physique diversifiée (ETP, associations de patients, autres offre de prévention)
- ✚ Le soutien des associations de patients : diversité des activités, soutien moral, information
- ✚ L'accompagnement par des programmes d'ETP : amélioration de la compréhension, participation à la prise en charge, information
- ✚ Une disponibilité et une information globalement satisfaisante de la part des professionnels de santé du 1^{er} recours et des spécialistes

... mais comportant des limites et des manques

- ✚ Un certain manque de coordination entre les intervenants de la prise en charge
- ✚ Un déficit d'information et d'orientation (démarches administratives, aides et structures existantes...)
- ✚ Des démarches administratives lourdes
- ✚ Un manque de communication envers le grand public
- ✚ Un déficit de soutien psychologique
- ✚ Un manque d'encadrement des patients à la fin du programme d'ETP



Présentation des constats Etude Médecins Généralistes (MG)

COPIL évaluation « qualité de vie des
personnes vivant avec une maladie
chronique, dont le cancer »

22 janvier 2015

Méthodologie

Enquête par questionnaire écrit adressé par mail aux MG maîtres de stage de la région par le Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté d'ANGERS, sans relance

Objectif : apports d'informations à intégrer dans les réponses aux questions évaluatives, à comparer aux réponses des Médecins Spécialistes (MS)

2 héli-régions concernées : Nantes-Vendée (309) et Mayenne-Maine et Loire- Sarthe (276)

Fichier source d'enquête :DMG Nantes et Angers

Analyse sous EXCEL

Réponses et caractéristiques de l'échantillon (1/3)

Questionnaire : 117 MG répondants / 585 MG enquêtés



taux de réponse global de 20%

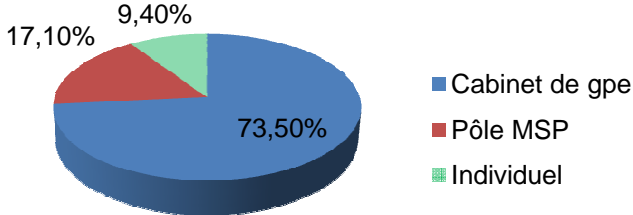


taux de MG maîtres de stage/ MG de la région : 17%

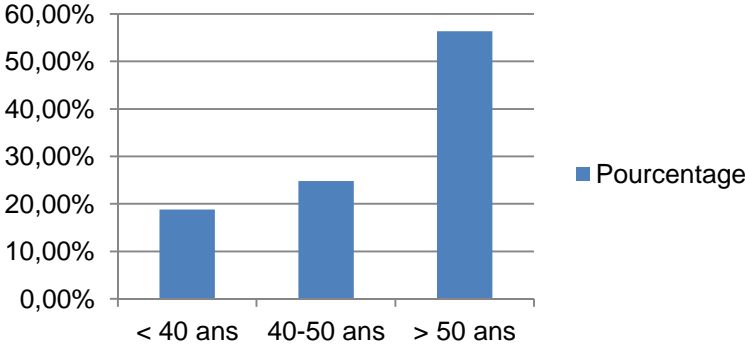
La parité H/F (65.8% vs 34.2%) est bien représentée par rapport à l'ensemble des MG maîtres de stage (60% versus 38%) et des MG de la région d'environ (60% versus 40%).

Réponses et caractéristiques de l'échantillon (2/3)

Mode d'exercice



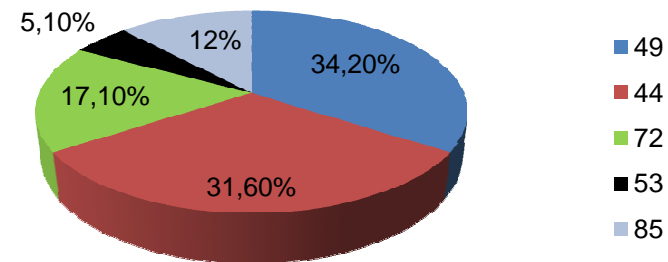
Répartition par âge



Moyenne âge
MG de la
région : 50 -
54ans

Réponses et caractéristiques de l'échantillon (3/3)

Taux répondants par département

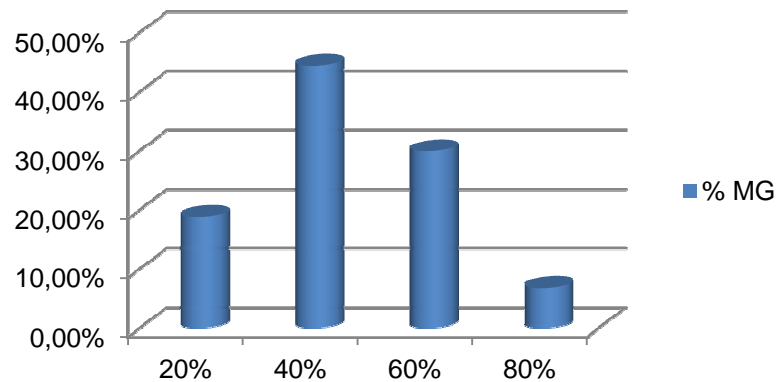


Au total, échantillon de MG maîtres de stage, avec une légère sur représentation des MG du Maine et Loire (31,60%) qui ont plus répondu que sur les autres départements

Réponses et caractéristiques de l'échantillon (2/2)



Part de maladies chroniques dans la patientèle



Evolution en hausse du taux de maladies chroniques ces dernières années



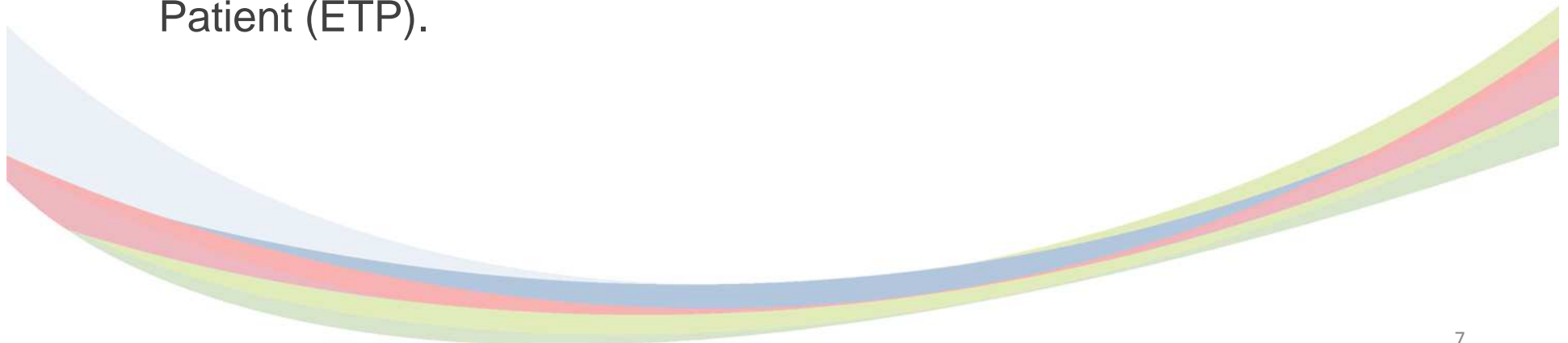
Globalement $\frac{3}{4}$ des MG tendent à avoir plus de 50% de malades chroniques dans leur patientèle. On constate une évolution en hausse ces dernières années.

Connaissance de réalisations régionales concrètes

Plus des 2/3 des MG (70.1%) ne connaissent pas de réalisations régionales découlant de la politique régionale de santé

68.4% chez les MS

Les principales réalisations citées sont les réseaux diabètes (dont le programme SOPHIA de l'AM) et l'Education Thérapeutique du Patient (ETP).



Outils de communication (1/2)

38.5% des MG ont perçu des changements positifs concernant leurs outils de communication avec les MS depuis 2 ans.

15% chez les MS

La très grande majorité des MG citent le courrier (88.9%) et le téléphone (80.3%) comme leurs principaux outils de communication. Le fax est encore beaucoup cité (35%).

37.20% chez les MS

La messagerie sécurisée (43.60%) ou non (17.1%) est également beaucoup citée.

Outils de communication (2/2)

Pour la communication vis-à-vis des MS et réciproquement (MS vers MG) :

- Les changements positifs concernent la messagerie sécurisée, notamment APICRYPT
- Les principales difficultés persistantes concernent les délais d'envoi des courriers, l'absence de messagerie sécurisée et le manque de disponibilité de part et d'autre pour communiquer

Pour la communication vis-à-vis des MS, voire autres professionnels :

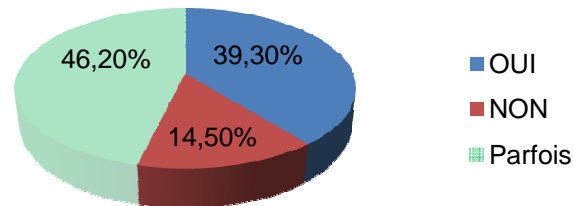
- D'autres changements positifs concernent les lignes directes avec des n° dédiés à l'hôpital, aux urgences pour faciliter l'accès et pour avis des MS
- D'autres difficultés persistantes concernent le travail juxtaposé sans coordination

Recommandations HAS

85.4% chez les MS

85,5% des MG déclarent que les recommandations de pratique clinique sur les maladies chroniques de la HAS leur sont utiles, même parfois seulement. Pour près de 14.5% des MG, elles ne sont pas utiles.

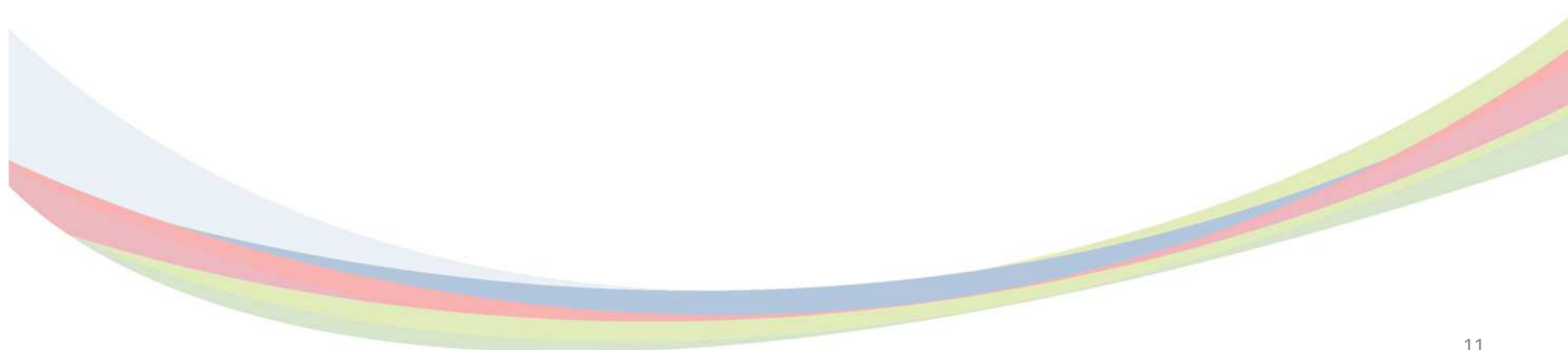
**Recommandations
HAS**



Projets de télémédecine (1/2)

Peu de MG (8.5%) ont connaissance de projets de télémédecine dans la région.
44.7% chez les MS

Les projets de télémédecine connus concernent les avis en dermatologie, insuffisance rénale chronique et la télémédecine en Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD)



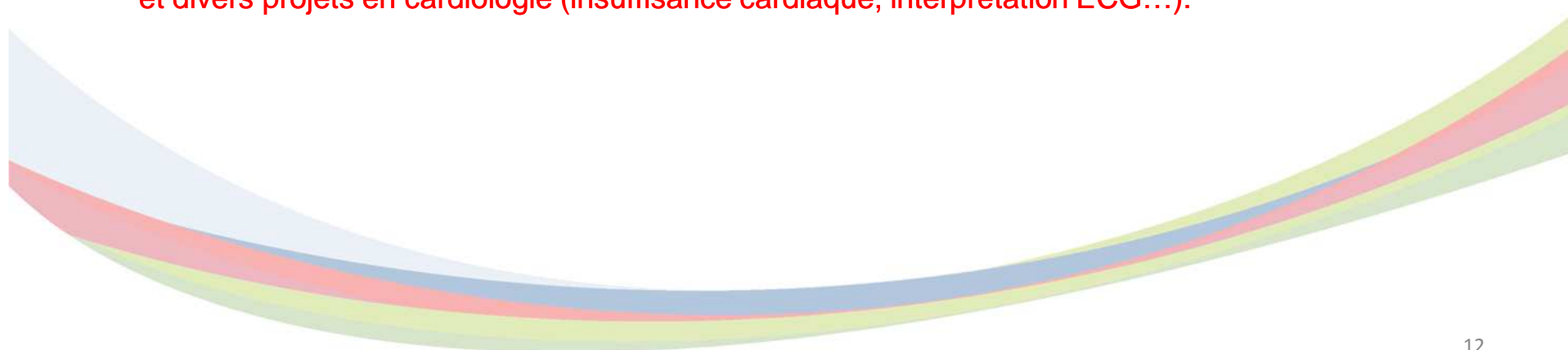
Projets de télémédecine (2/2)

50.5% chez les MS

Le tiers des MG (35.9%) se disent prêts à participer à des expérimentations de télémédecine (une partie d'entre eux y participent déjà), mais un tiers (34.2%) ne souhaitent pas y participer.

Les expérimentations les plus plébiscitées concernent la dermatologie et la cardiologie (ECG) majoritairement.

Pour les MS, les expérimentations les plus plébiscitées concernent la télé AVC, le diabète, la dialyse et divers projets en cardiologie (insuffisance cardiaque, interprétation ECG...).



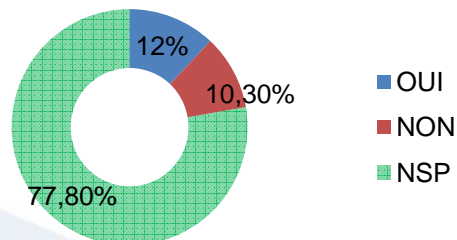
Plan personnalisé de santé ou PPS (1/2)

30.2% chez les MS

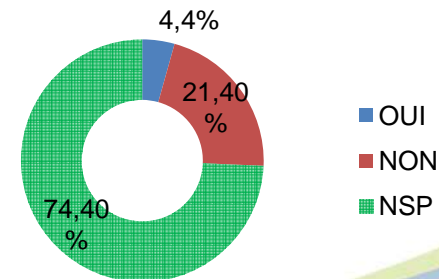
Une très faible part des MG (12%) pense que le PPS est un outil pertinent de coordination des professionnels de santé et moins de 4.3% pensent qu'il est aisément déployable. **20% chez les MS**

Le très fort pourcentage de réponses NSP (respectivement 77.8% et 74.4%) laisse à penser que beaucoup de MG ne savent pas ce que c'est un PPS.

Outil pertinent



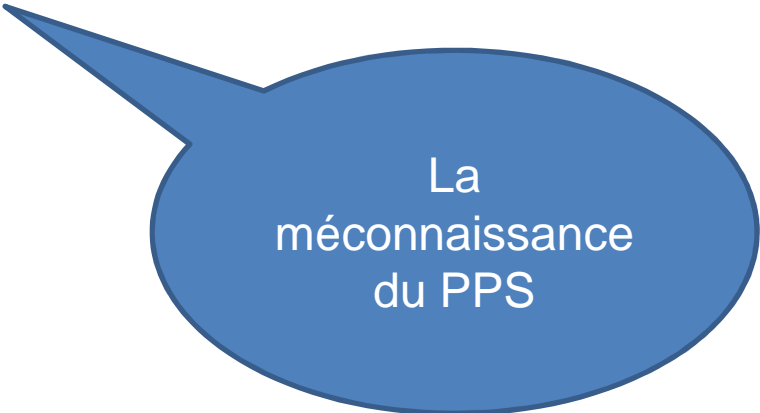
Outil déployable



Plan personnalisé de santé ou PPS (2/2)


Les principales difficultés rapportées concernant le PPS sont :

- son caractère chronophage et contraignant (absence de moyens financiers, de système d'information) ;



La
méconnaissance
du PPS

et



une idée de
multiplication
d'outils qui
compliquent
les choses

Connaissance de programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

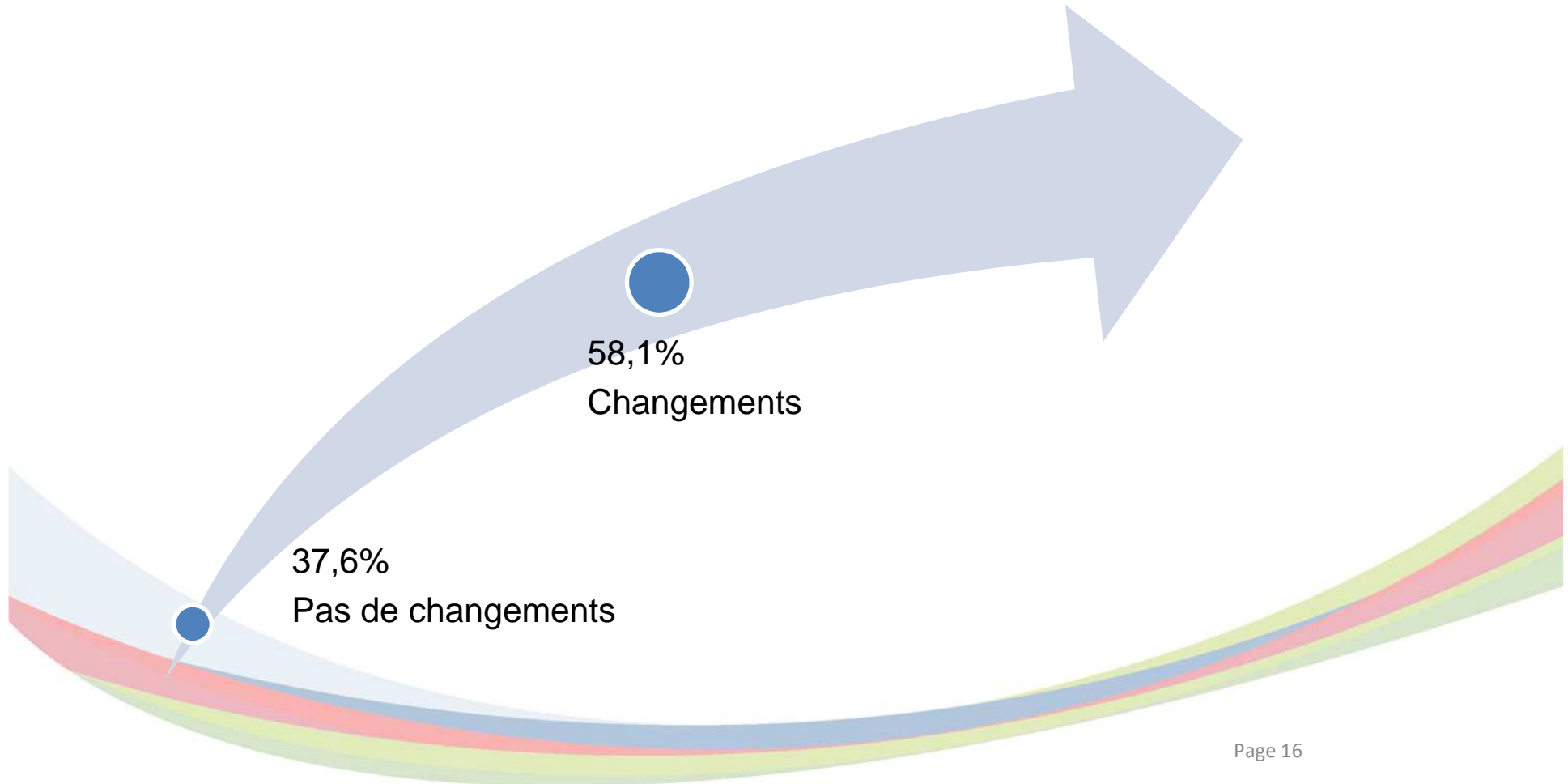
87% chez les MS

La très grande majorité des MG (85,5%) connaissent des programmes d'ETP sur leur territoire.

Les programmes d'ETP connus concernent en très grande majorité le diabète, puis concernent Respecticoeur, l'insuffisance cardiaque, l'asthme et le programme SOPHIA de l'AM qui est souvent cité.

Place des aidants

La place accordée aux aidants naturels des patients par le MG évolue depuis quelques années



Relations avec les MS (1/3)

Peu de MG (21.4%) déclarent que leurs relations avec les MS se sont modifiées depuis 2 ans.

8.1 % chez les MS



des difficultés à joindre le MS, des problèmes de coordination de soins



des échanges plus fluides, plutôt pour la jeune génération, et davantage de prise en compte de la médecine générale

57% chez les MS

La moitié des MG (49.6%) ont connaissance d'une réponse téléphonique organisée en journée par des MS sur leur secteur.

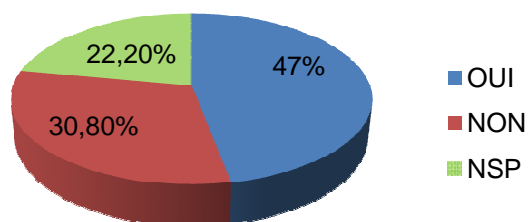
Cela concerne les spécialistes, les plus souvent cités, par autre décroissant, en hématologie, cardiologie, neurologie, rhumatologie, maladies infectieuses, pneumologie...

Relations avec les MS (2/3)

26.6% chez les MS

Presque la moitié des MG (47%) serait favorable à l'organisation de consultations de MS délocalisées au sein de leur cabinet de MG.

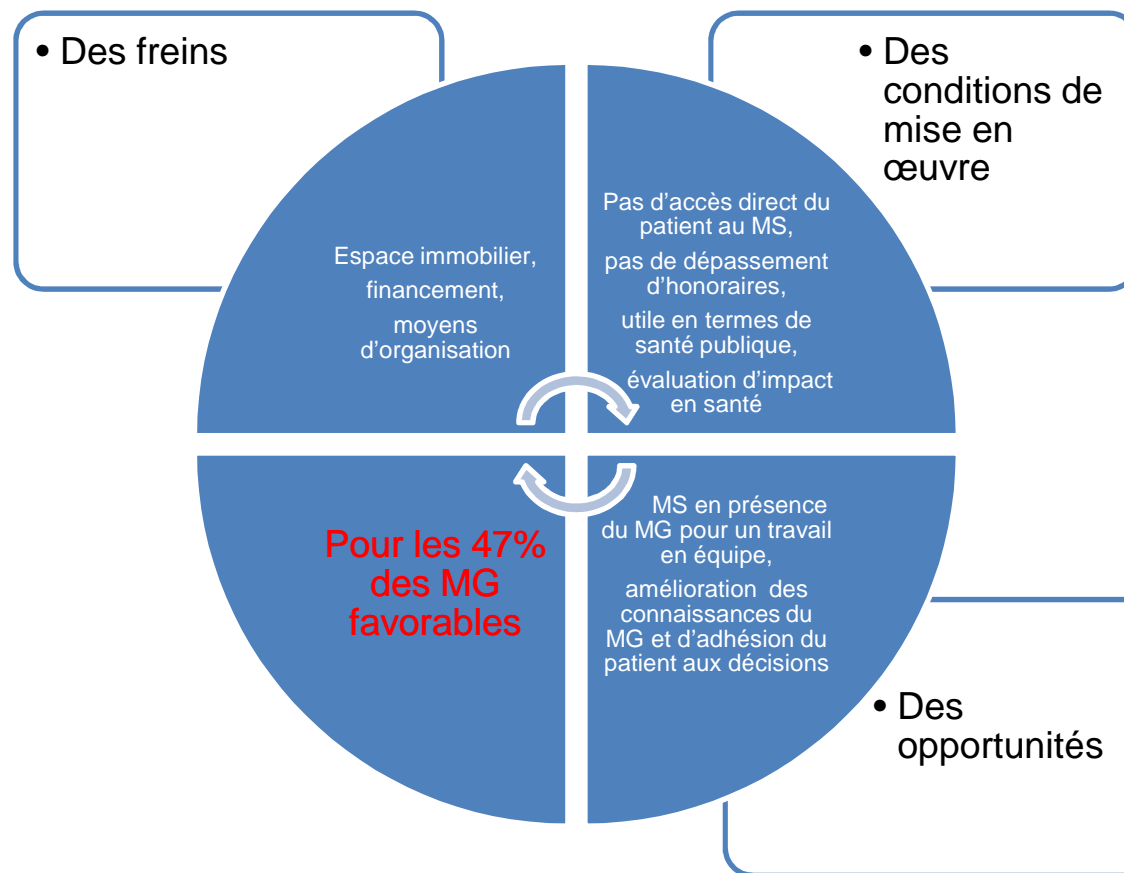
Consultation MS au sein cabinet MG



Les MS les plus jeunes sont prêts, à presque la moitié (45.5%), à organiser une consultation en MSP.

Relations avec les MS (3/3)

Consultations avancées au cabinet de MG



Protocoles de coopération

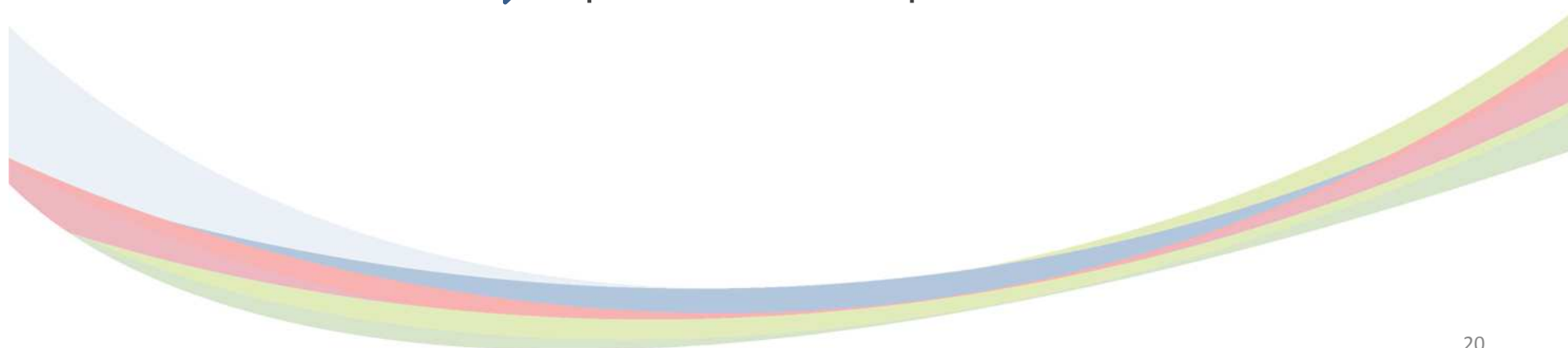
6.8% chez les MS

Peu de MG (26.5%) connaissent la possibilité de participer à des protocoles de coopération modèle HAS.

Mais près de la moitié (44.8%) de ceux qui connaissent cette possibilité serait favorable à y participer.



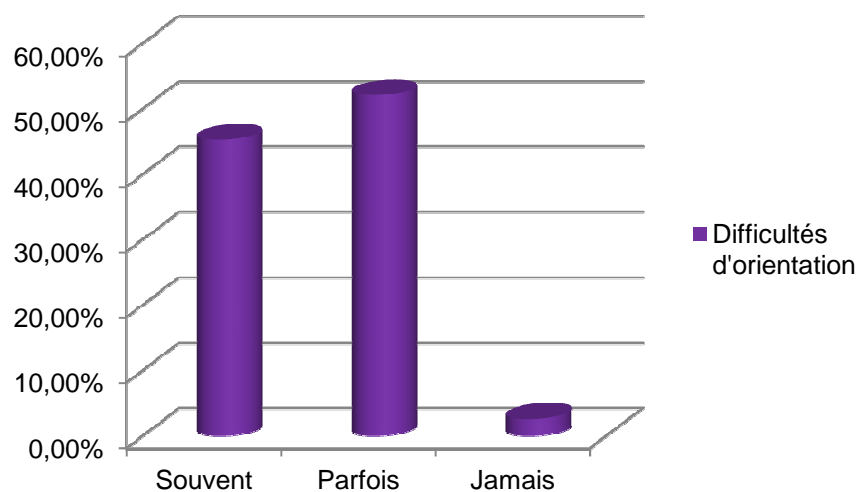
protocole de coopération à faire connaître



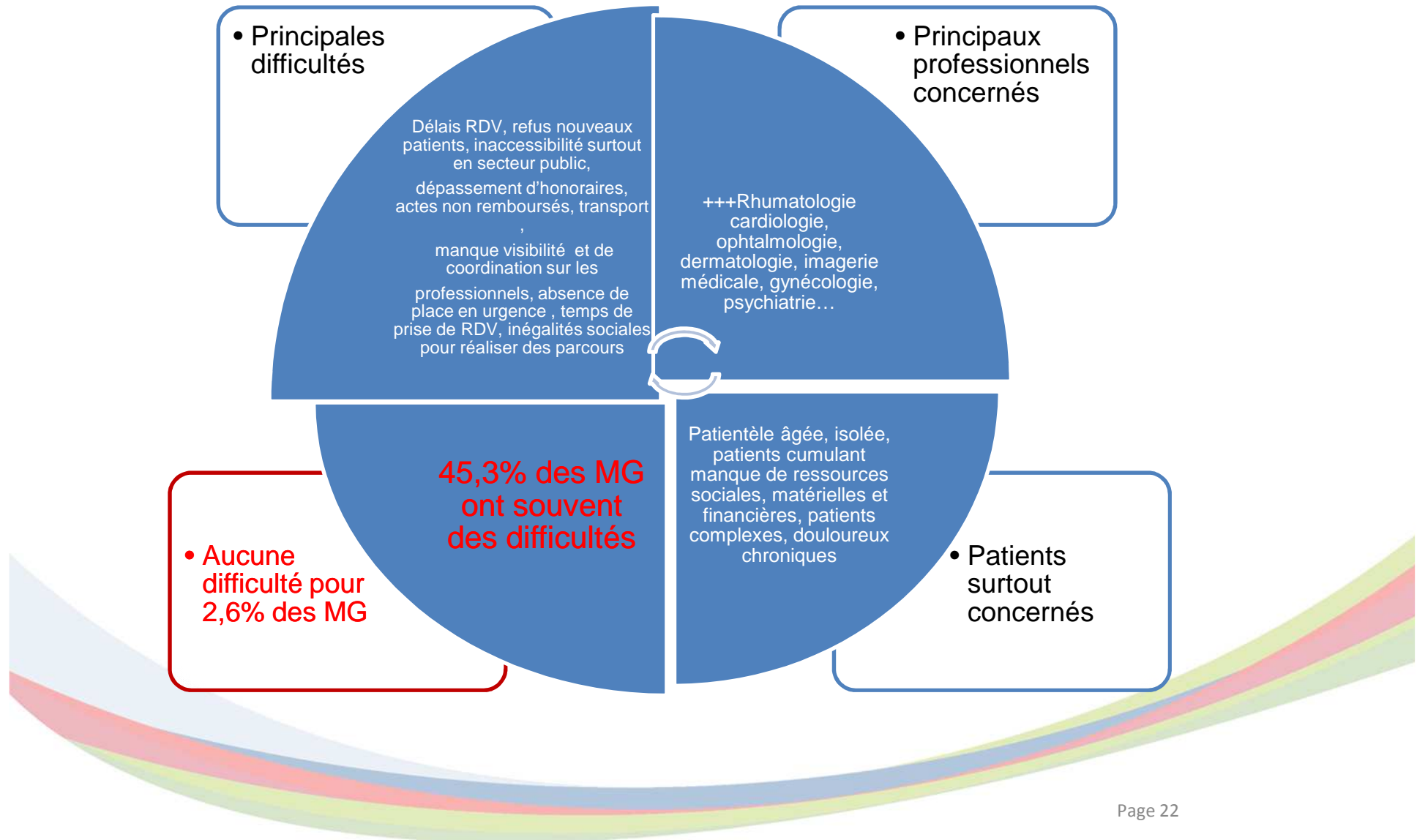
Orientation des patients (1/2)

Des difficultés pour orienter des patients vers d'autres professionnels de santé
(médicaux, paramédicaux)

Difficultés d'orientation



Orientation des patients (2/2)



Activités physiques et sportives

94.7% chez les MS

Presque tous les MG (95.7%) déclarent inciter souvent leurs patients à pratiquer des activités physiques et sportives.

Des freins à l'activité physique et sportive pour le patient :



Le temps, la motivation, les difficultés à se déplacer, les structures sportives mal adaptées, le coût ... sont le plus souvent cités.

Commentaires libres (1/2)

Constats

- Les possibilités d'investissement sont limitées par les contraintes (budgétaires, temps, institutionnelles) ;
- La qualité de vie des patients qui ont une maladie chronique nécessite du soin coordonné et le maintien dans la société – des problèmes sociaux plutôt que purement médicaux ;
- Les difficultés à gérer les douleurs dans les maladies chroniques qui impactent la qualité de vie des patients ;
- Un manque de coordination entre MS, MG, paramédicaux et associations ;
- Des inégalités sociales d'accès aux parcours de soins proposés ;
- Un manque de relais adapté avec les paramédicaux ;
- Un poids grandissant des tâches administratives.

Commentaires libres (2/2)

Propositions

- Améliorer l'accès aux soins et revaloriser les soins primaires ;
- Réaliser des études pour détecter les atteintes à la santé (politique de santé transversale) ;
- Valoriser des temps d'éducation thérapeutique ;
- Essayer de se connaître entre médecins ;
- Avoir une indemnité forfaitaire de prise en charge des patients avec maladie chronique ;
- Sortir d'un hospitalo-centrisme au détriment du secteur libéral ;
- Harmoniser les discours entre CPAM, ARS, politiques locaux ;
- Donner davantage d'informations et d'accompagnement aux patients plus en difficultés et valoriser ce travail en médecine générale ;
- Proposer des programmes sportifs adaptés et accessibles aux patients ;
- Promouvoir dans les formations initiales des soignants les enseignements pluri professionnels et la formation à l'éducation thérapeutique, ainsi que la formation à une meilleure prise en compte des effets des traitements sur la qualité de vie ;
- Avoir un interlocuteur unique pour organiser la prise en charge.

Synthèse

Un taux de réponse faible (20%)
avec un échantillon sur la
population des MG maîtres de
stage

- Une évolution croissante de la part de maladies chroniques dans la patientèle des MG
- Une faible connaissance des actions de l'ARS en faveur des maladies chroniques, sont surtout cités les réseaux (pourquoi?), l'ETP et les actions sur le diabète ;
- Des outils de communication entre professionnels de santé encore traditionnels, toutefois un développement de la messagerie « sécurisée » et des changements positifs concernant les outils de communication des MG avec les MS ;
- Des recommandations HAS de bonnes pratiques assez bien diffusées ;
- Des projets de télémédecine très peu connus ;
- Les PPS, outils très mal connus ;
- Des programmes d'ETP bien connus sur les territoires, notamment via les réseaux
- Un changement dans la place accordée aux aidants naturels par les MG ;
- Des modifications apparaissent, mais encore peu perceptibles, dans les relations entre MG/MS ;
- Des MG plutôt favorables à l'organisation de consultations avancées dans leur cabinet sous certaines conditions ;
- Des possibilités de coopération (délégation de tâches) encore peu connues, mais qui suscitent l'adhésion chez les MG qui en ont connaissance ;
- Des MG confrontés à la situation économique et sociale de patients ayant une maladie chronique. Ils la relèvent eu égard aux conséquences sur les inégalités d'accès aux soins et autres activités bénéfiques pour la santé et impactant l'amélioration de la qualité de vie du patient.

Quelques différences entre MG et
MS : Connaissance télémédecine et
protocoles de coopération, relations
MG/MS notamment

Présentation des constats Etude médecins spécialistes

COPIL évaluation « qualité de vie des
personnes vivant avec une maladie
chronique, dont le cancer »

18 novembre 2014

Méthodologie

Enquête par questionnaire écrit aux MS de la région (courrier avec enveloppe pour réponse), sans relance

Objectif : apports d'informations à intégrer dans les réponses aux questions évaluatives, à comparer aux réponses des MG

5 spécialités concernées : cardiologie, endocrinologie, néphrologie, neurologie, pneumologie

Fichier source d'enquête : ADELI

Analyse sous EXCEL, avec étude des 4 paramètres suivants : âge (3 classes), spécialité, statut (public/privé/autre), département

Réponses et caractéristiques de l'échantillon (1/2)

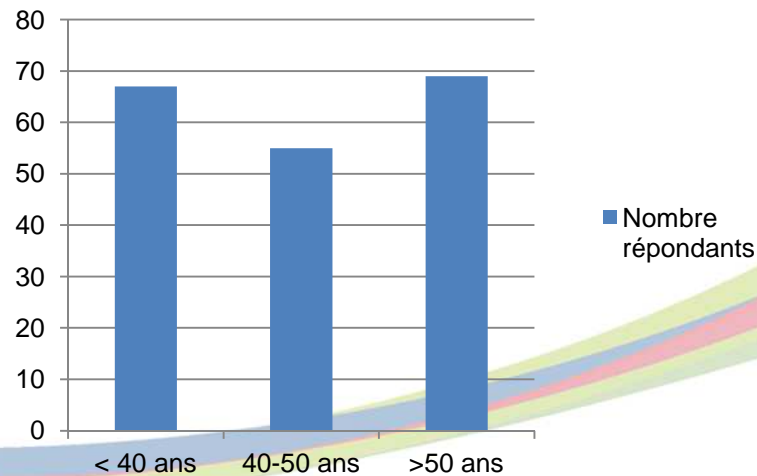
Questionnaire : 191 MS répondants / 609 MS enquêtés



Taux de réponse global de 31.4%

Les femmes ont mieux répondu que les hommes (35.6% vs 28.4%)
(46.6% des répondants sont des femmes)

Répartition par âge équilibrée



Réponses et caractéristiques de l'échantillon (2/2)

Des taux de réponse variant de 25.2% chez les pneumologues à 45.5% chez les endocrinologues

Plus de la moitié des répondants (53.3%) ont leur activité principale en secteur public

Peu de variabilité des réponses selon les départements



Au total, échantillon assez semblable à la population d'origine, avec une légère sur représentation des femmes, des endocrinologues et des MS de la Loire-Atlantique

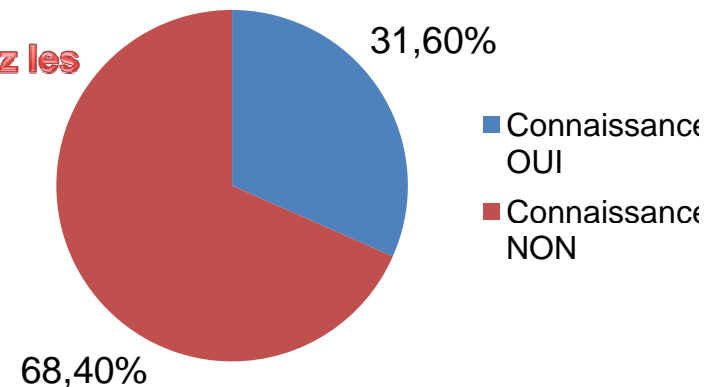
Connaissance de réalisations régionales concrètes

Plus des 2/3 des MS (68.4%) ne connaissent pas de réalisations régionales, surtout s'ils sont :

- jeunes
- cardiologues ou pneumologues

Pas de différence selon le département ou le statut

70.1% chez les MG



Les principales réalisations citées sont les réseaux (Respecticoeur en tête), les actions contre le diabète, l'ETP et les consultations/dispositifs d'annonce.

Outils de communication (1/2)

Seuls 15% des MS ont perçu des changements positifs concernant leurs outils de communication avec les MG depuis 2 ans.

Un peu plus, près de 20%, ont perçu des changements positifs concernant leurs outils de communication avec les autres MS depuis 2 ans.

38.5% chez les MG

Dans les deux cas,

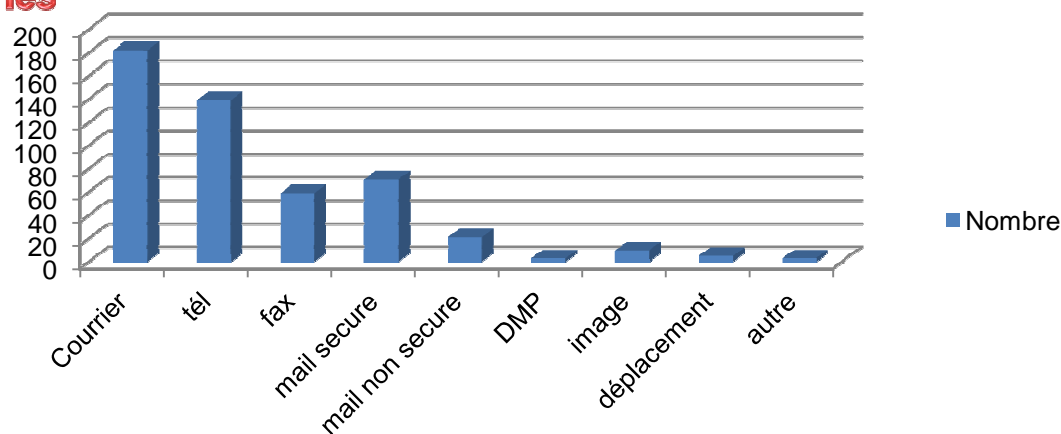
- Ce sont les médecins les plus jeunes et les néphrologues qui ont vu le plus de changements positifs
- Ce sont les médecins les plus âgés et les neurologues qui ont vu le moins de changements positifs

Outils de communication (2/2)

La très grande majorité des MS citent le courrier (95.3%) et le téléphone (72.8%) comme leurs principaux outils de communication. Le fax est encore beaucoup cité (30.9%).

La messagerie sécurisée (37.20%) ou non (11%) est également beaucoup citée.

43.6% chez les MG



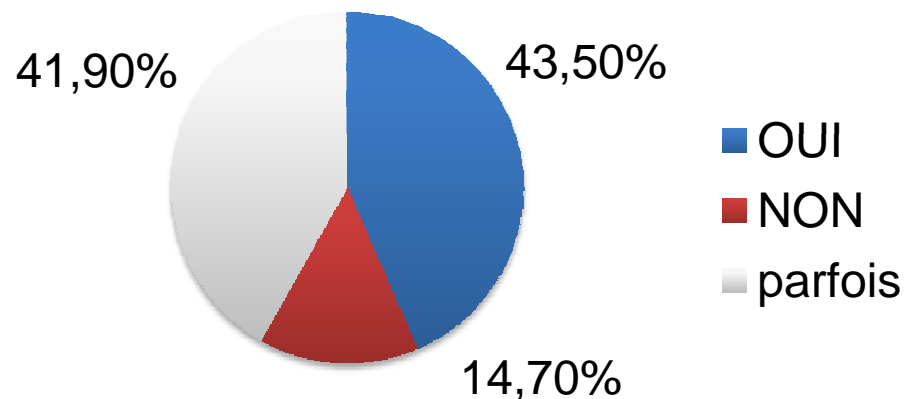
Pour la communication vis-à-vis des MG comme des MS,

- Les changements positifs concernent la messagerie sécurisée, notamment APICRYPT
- Les principales difficultés persistantes concernent les délais d'envoi des courriers, l'absence de messagerie sécurisée et le manque de disponibilité de part et d'autre pour communiquer

Recommandations HAS

85.5% chez les MG

85,4% des MS déclarent que les recommandations de pratique clinique sur les maladies chroniques de la HAS leur sont utiles, même parfois seulement. Pour près de 15% des MS, elles ne sont pas utiles.



Les recommandations HAS sont moins plébiscitées chez les MS :

- Jeunes
- Pneumologues
- De statut public
- De Loire Atlantique ou de la Sarthe

Elles le sont plus chez les néphrologues.

Projets de télémédecine (1/2)

Près de la moitié des MS (44.7%) ont connaissance de projets de télémédecine dans la région. **8.5% chez les MG**

Les MS en ont d'autant plus connaissance qu'ils sont:

- Jeunes
- Néphrologues voire neurologues
- De statut public
- En Loire Atlantique

Les MS en ont d'autant moins connaissance qu'ils sont endocrinologues ou pneumologues, en Mayenne ou en Sarthe.

Les projets de télémédecine connus concernent la cardiologie (suivi PM et défibrillateurs, télé AVC) et la néphrologie (télé dialyse et télégraft).

Projets de télémédecine (2/2)

35.9% chez les MG

La moitié des MS (50.5%) se disent prêts à participer à des expérimentations de télémédecine (une partie d'entre eux y participent déjà), mais plus d'un quart (27.1%) ne souhaitent pas y participer.

Les MS y sont d'autant plus prêts qu'ils sont :

- Jeunes
- Néphrologues voire neurologues
- De statut public
- En Mayenne

Les expérimentations les plus plébiscitées concernent la télé AVC, le diabète, la dialyse et divers projets en cardiologie (insuffisance cardiaque, interprétation ECG...).

Plan personnalisé de santé ou PPS (1/2)

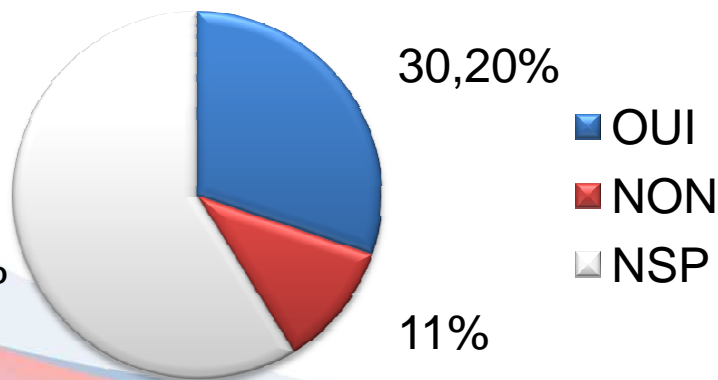
12% chez les MG

Moins d'un tiers des MS (30.2%) pense que le PPS est un outil pertinent de coordination des PS et moins de 20% pensent qu'il est aisément déployable.

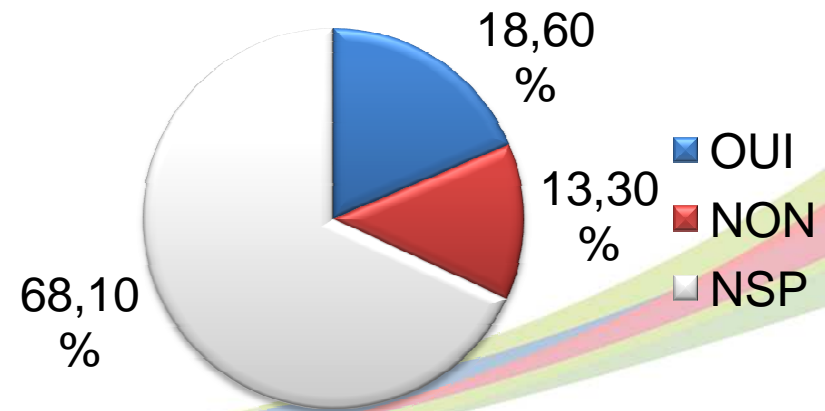
4.3% chez les MG

Le très fort pourcentage de réponses NSP (respectivement 58.8% et 68.1%) laisse à penser que beaucoup de MS ne savent pas ce que c'est un PPS.

Outil pertinent



Outil déployable

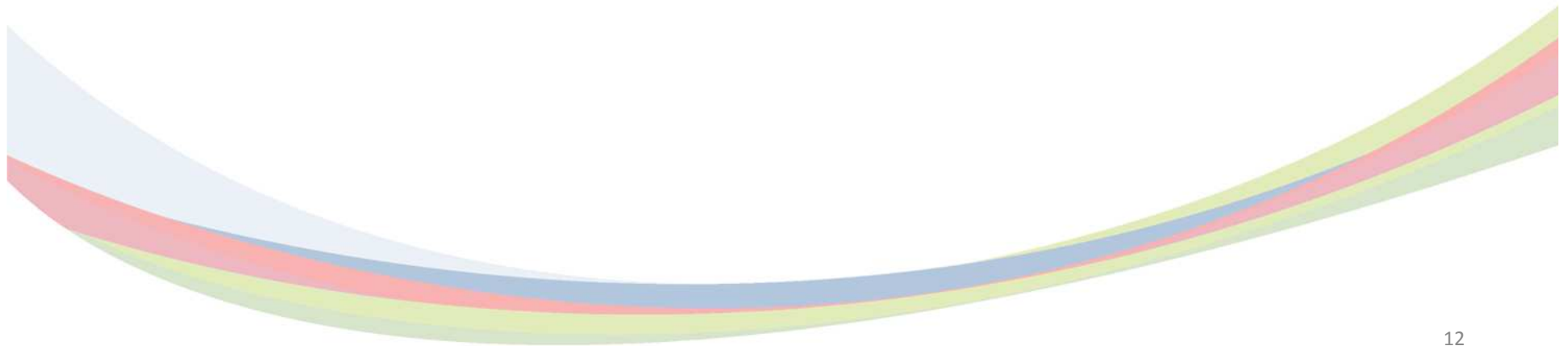


Plan personnalisé de santé ou PPS (2/2)

Les réponses sont d'autant plus positives que le MS est:

- Jeune
- Néphrologue et pas cardiologue
- De statut public
- En Maine-et-Loire

Les principales difficultés rapportées concernant le PPS sont son caractère chronophage et contraignant.



Connaissance de programmes d'ETP

La très grande majorité des MS (87%) connaissent des programmes d'ETP sur leur territoire. **85.5% chez les MG**

Tous les endocrinologues connaissent des programmes d'ETP. Les neurologues sont les MS qui connaissent le moins de programmes d'ETP.

Ce sont les MS de Loire Atlantique qui connaissent le plus les programmes d'ETP, à l'inverse des MS de la Mayenne.

Pas d'effet âge ou d'effet statut.

Les programmes d'ETP connus concernent en très grande majorité le diabète, puis concernent Respecticoeur, l'insuffisance cardiaque, l'asthme, les coronaropathies et la maladie de Parkinson.

Relations avec les MG (1/2)

Très peu de MS (8.1%) déclarent que leurs relations avec les MG se sont modifiées depuis 2 ans. **21.4% chez les MG**

Ce sont surtout les néphrologues.

Les MS du 44 sont moins nombreux à avoir constaté des changements.

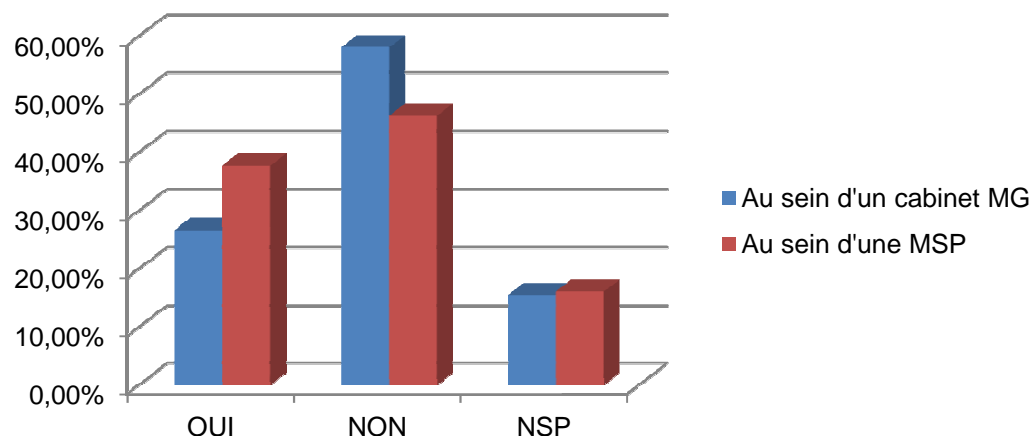
Les modifications relationnelles sont peu explicitées par les répondants. Peuvent être cités une meilleure connaissance mutuelle avec des contacts plus fréquents.

49.6% chez les MG

Plus de la moitié des MS (57%) ont organisé une réponse téléphonique en journée au profit des MG de leur secteur. C'est le cas surtout des néphrologues, des MS en secteur public et des MS de la Sarthe. Les cardiologues et les MS de Loire Atlantique sont les moins organisés.

Relations avec les MG (2/2)

Un peu plus d'un quart des MS (26.6%) seraient prêts à participer à une consultation délocalisée au sein d'un cabinet de MG mais ils sont plus nombreux (37.7%) si c'est au sein d'une MSP.



Les MS les plus jeunes sont prêts, à presque la moitié (45.5%), à organiser une consultation en MSP.

Les néphrologues sont les MS les plus nombreux à se déclarer prêts, quelle que soit la formule. Les cardiologues sont les MS les moins favorables, mais avec une préférence pour les MSP.

Les MS du secteur public sont plus favorables que les MS du secteur privé, quelle que soit la formule.

Les MS de la Mayenne sont les plus favorables, quelle que soit la formule.

Les principales conditions de participation sont les mêmes, quelle que soit la formule : temps, argent, proximité, équipement essentiellement.

Protocoles de coopération

26.5% chez les MG

Très peu de MS (6.8%) connaissent la possibilité de participer à des protocoles de coopération modèle HAS.

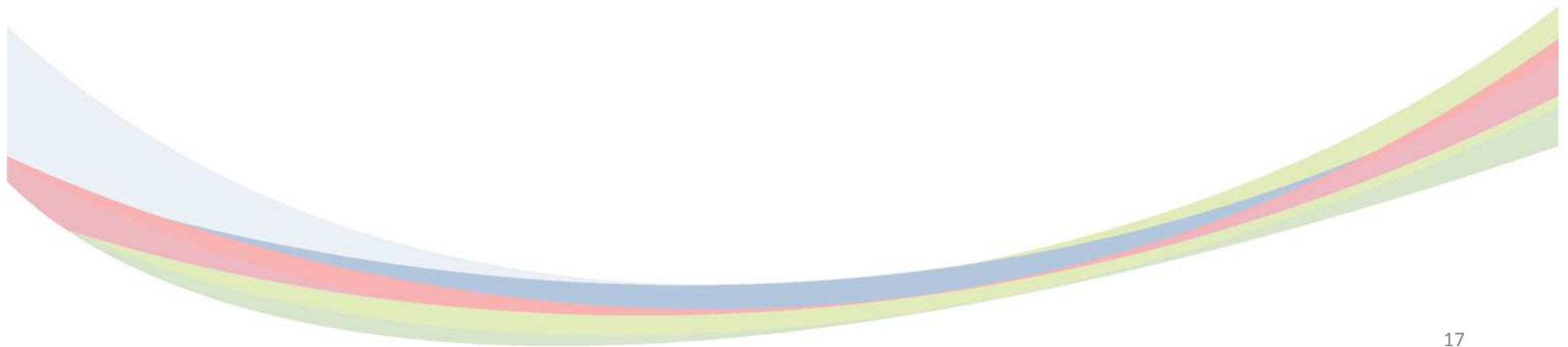
Les MS sont d'autant plus favorables à participer à de tels protocoles qu'ils sont:

- Jeunes
- Néphrologues ou endocrinologues
- En secteur public



Activités physiques et sportives

Presque tous les MS (94.7%) déclarent inciter souvent leur patients à pratiquer des activités physiques et sportives.



Commentaires libres (1/2)

Constats:

- Pas d'utilisation suffisante des référentiels de bonne pratique
- Surconsommation de consultations au bon vouloir des patients sans transmission des comptes-rendus précédents
- de grandes difficultés pour trouver des réponses en activité physique
- Importance des relations humaines et des entretiens motivationnels pour changer les comportements
- Insuffisance d'orientation vers les SSR cardiologie

Commentaires libres (2/2)

Propositions :

- Harmoniser les programmes d'ETP et impliquer plus les médecins (formations, conditions d'exercice adéquates)
- Favoriser les prises en charges pluri professionnelles (IDE, kiné, psychologues)
- Avoir plus de moyens pour la diététique et l'activité physique des malades chroniques
- Faciliter les exercices mixtes CH/activité libérale
- Simplification de la prescription des transports médicalisés et amélioration de ces transports notamment pour DA/ETP
- Rendre le patient acteur de sa santé (ETP, double courrier de sortie remis au patient...)
- Réseaux de prise en charge de MND

Synthèse

Un taux de réponse satisfaisant avec un échantillon proche de la population d'origine

Une faible connaissance des actions de l'ARS en faveur des maladies chroniques.

Sont surtout cités les réseaux (pourquoi?), l'ETP, les DA et les actions sur le diabète

Des outils de communication entre PS encore traditionnels mais un développement de la messagerie « sécurisée »

Des recommandations HAS de bonnes pratiques assez bien diffusées

Des projets de télémédecine nombreux, assez bien connus et suscitant l'adhésion

Les PPS, outils mal connus

Des programmes d'ETP bien connus sur les territoires, notamment via les réseaux

Peu de modifications récentes des relations entre MG/MS

Des MS plus enclins à travailler en MSP qu'en cabinet classique de MG

Des possibilités de coopération (délégation de tâches) très mal connues

Des différences observées selon l'âge, le statut, le département et la spécialité

Quelques différences entre MG et MS : Connaissance télémédecine et protocoles de coopération, relations MG/MS notamment

Présentation des constats

Etude Coordonnateurs des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

COPIL évaluation « qualité de vie des
personnes vivant avec une maladie
chronique, dont le cancer »

22 janvier 2015

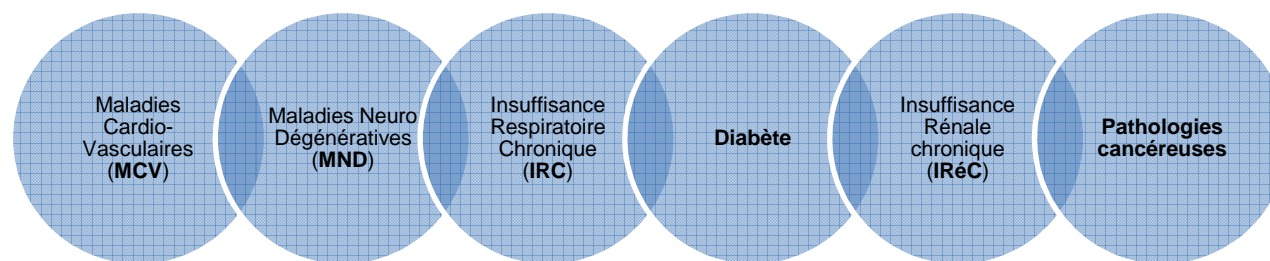


Méthodologie

Enquête web auto-administrée (SOLEN) adressée aux coordonnateurs de programmes ETP de la région, avec une relance

Objectif : apports d'informations à intégrer dans les réponses aux questions évaluatives de l'évaluation sur les maladies chroniques

Enquête sur les 6 pathologies concernées dans cette évaluation :



Fichier source d'enquête : ARS Pays de la Loire
Analyse sous EXCEL

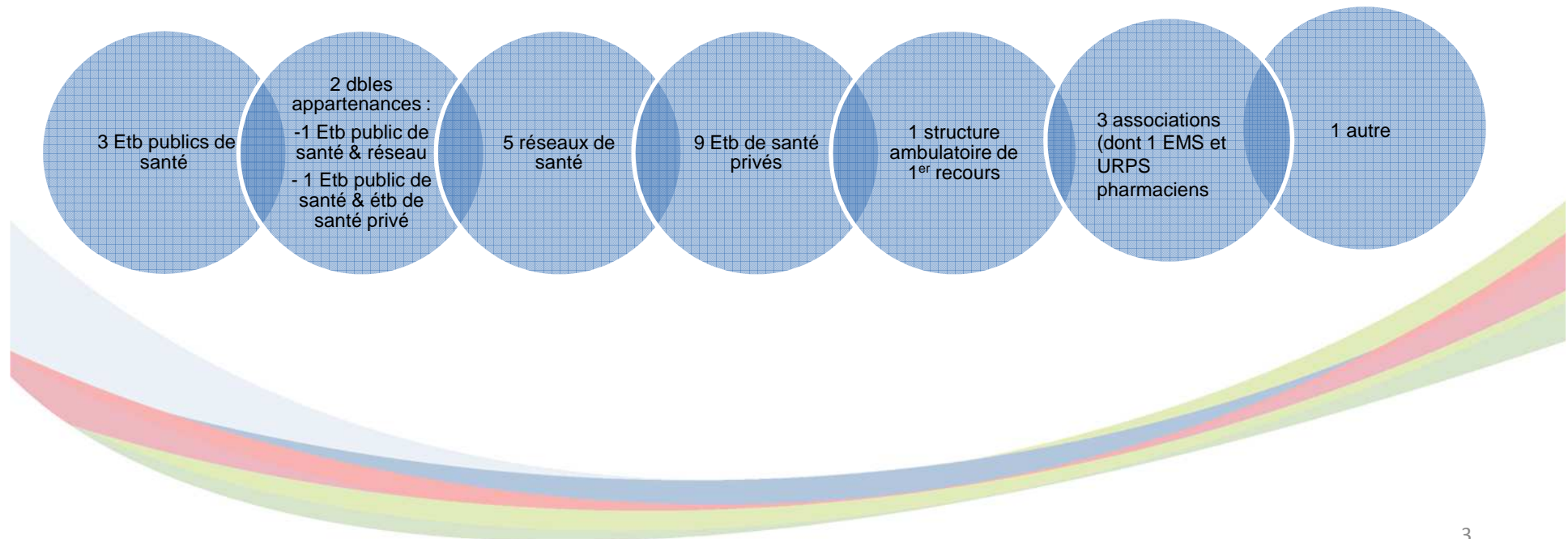
Réponses et caractéristiques de l'échantillon (1/3)

Questionnaire : 24 répondants / 41 enquêtés



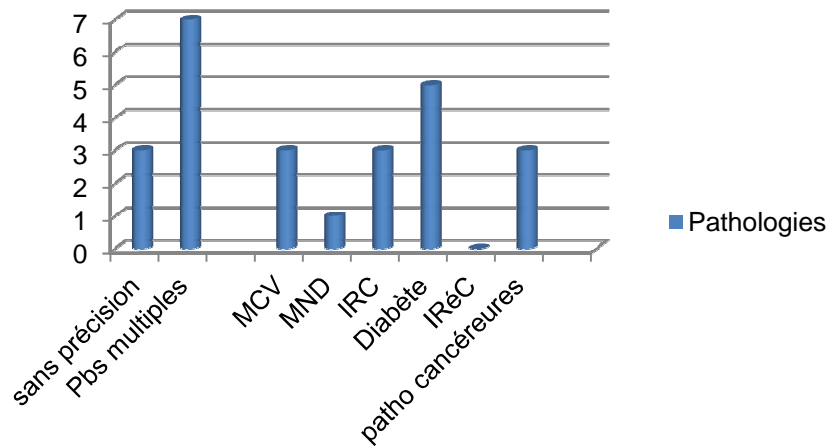
Taux de réponse global de 58%

Secteurs d'activités des répondants :

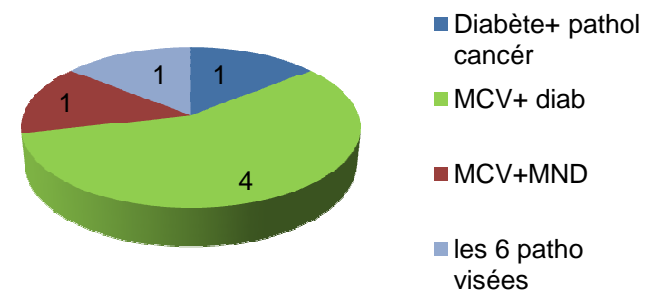


Réponses et caractéristiques de l'échantillon (2/3)

Pathologies



Problèmes multiples



Réponses et caractéristiques de l'échantillon (3/3)

Départements d'exercice

1 dble territoire (44 & 49)

11 en Loire Atlantique (44)

7 en Maine & Loire (49)

1 en Mayenne

3 en Sarthe

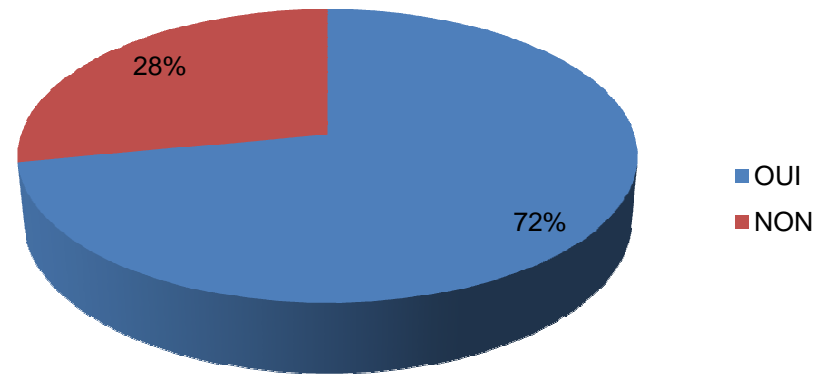
1 en Vendée



Au total, échantillon de coordonnateurs de programmes d'ETP exerçant dans différents secteurs d'activités, présentant les 6 pathologies ciblées, avec une représentation sur les 5 départements de la région.

Les programmes ETP

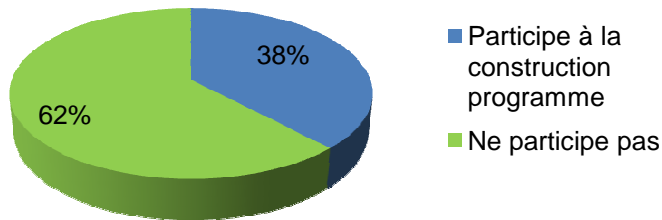
Prise en cpte d'autres Pb de santé



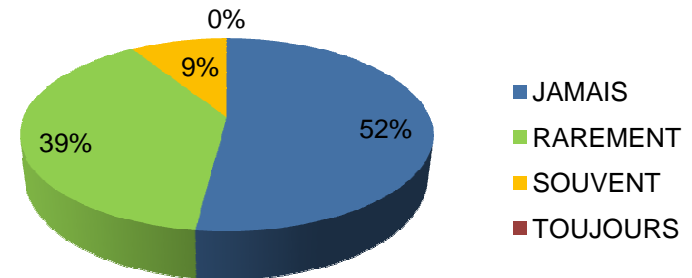
Plus des 2/3 des coordonnateurs (72%) prennent en compte dans leur programme les problèmes de santé des patients autres que ceux pour lesquels ils les suivent .

Les programmes ETP

Patient expert dans la construction du programme



Patient expert intervient dans l'animation du programme

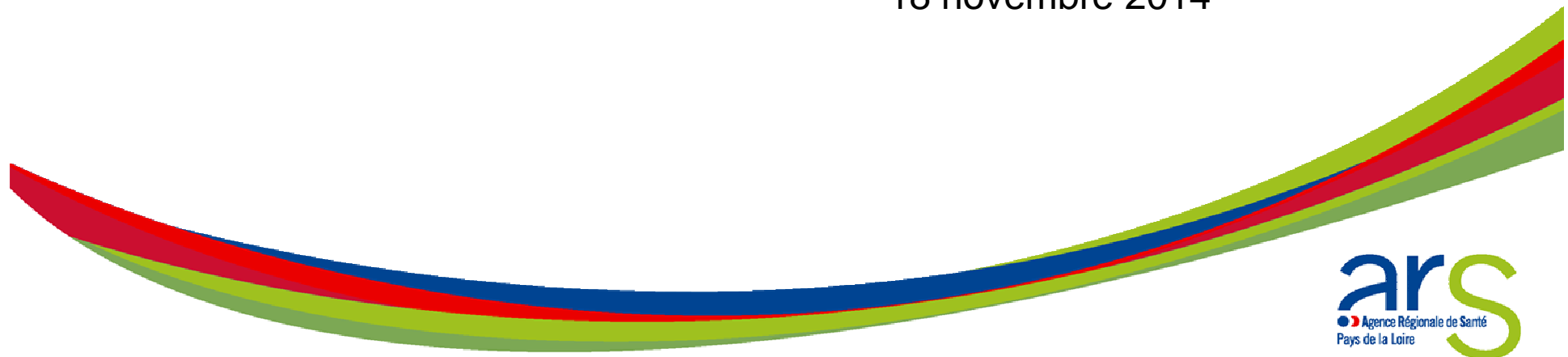


Plus d'un tiers des patients ont un rôle actif dans leur programme ETP : construction, réajustement, voire animation

Présentation des constats Etudes terrain

COPIIL évaluation « qualité de vie des personnes vivant
avec une maladie chronique, dont le cancer »

18 novembre 2014



MÉTHODOLOGIE

**57
entretiens**

Etudes de cas

géographiques

par pathologie

sur les 5 territoires
de proximité

Enjeux

Systemes d'Information (SI),
Dispositifs d'Annonce (DA),
Education Thérapeutique
Patient (ETP), Maisons Santé
Pluri professionnelles (MSP),
soins spécialisés, aidants,
prévention en santé

Accompagnement des parcours de soins (MSP), social, d'aide à domicile
approche sur les notions de maillage et de taille critique de prise en charge sur le territoire,
approche sur les pathologies sur l'aspect prévention, outils d'évaluation

MÉTHODOLOGIE

Loire-Atlantique :
Nantes,
Insuffisance
Respiratoire
Chronique (IRC)

Maine et Loire :
Saumur,
Insuffisance Rénale
Chronique (IRéC)

Sarthe :
Le Mans,
Maladies Neuro-
Dégénératives (MND)
(Parkinson, SEP)

Mayenne :
Mayenne,
Maladies Cardio-
Vasculaires (MCV)

Vendée :
Pays de Riez,
Diabète

I - ENTREE DANS LA MALADIE ET ORGANISATION DES PARCOURS



Pas de consensus entre les professionnels de santé et les patients sur qui doit coordonner la prise en charge au début d'un diabète

Q1.1 Les outils d'information à disposition des professionnels

C1 - Les attentes fortes portent sur les Systèmes d'Information Partagés (SIP) et les nouvelles technologies (messagerie sécurisée, DMP, PPS). Apicrypt commence à se développer sur la région. Les travaux de l'ARS sur les SIP ne sont pas connus des professionnels libéraux. Les délais de communication sont variables et peuvent être longs.

Q1.1 Les outils d'information à disposition des professionnels (suite)

C2 - Les différents services d'aide à domicile (SSIAD, aides à domicile) ont des difficultés pour communiquer entre eux et avec les professionnels de santé. Les SSIAD disposent d'une somme d'informations non mobilisées par les partenaires pour le retour à domicile du patient. Les acteurs de terrain revendiquent le livret avec toutes les coordonnées des intervenants.

C3 - Il est difficile de construire des projets de télémédecine entre hôpitaux (directions) et médecins généralistes.

C3 bis - La préparation de la sortie d'hospitalisation doit se faire à la fois par l'hôpital et par le secteur libéral (IDE dédiées).

Q1.2 Les Dispositifs d'Annonce (DA)

C4 - Le périmètre du DA n'est pas toujours clairement distinct de la démarche ETP, en ce sens la part de choix du patient éclairé sur son mode de prise en charge est liée aussi au choix d'orientation des Médecins Généralistes (MG) et Médecins Spécialistes (MS) suivant leurs réseaux et leurs pratiques.



Q2.1 L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

C5 - Il n'y a pas de relais opérationnel sur l'ETP développée en milieu hospitalier, pour le maintien des acquis au domicile du patient.

C6 - Pourtant, L'ETP est un outil de partage entre acteurs, qui souhaitent le développement de l'ETP en polypathologies (diabète, IRéC, obésité), et un levier pour faire les liens ville-hôpital, à exploiter pour le gain d'autonomie du patient à son domicile.



II - QUALITE DE VIE A DOMICILE DES MALADES CHRONIQUES

Q2.2 La contribution des aidants

C7 - Les aidants familiaux sont directement impactés par une prise en charge lourde du patient. Ils ont besoin d'être soutenus sur le plan matériel, psychologiquement et physiquement. Il y a peu de solutions de répit des aidants pour les maladies chroniques en dehors des dispositifs pour la maladie d'Alzheimer.

C8 - Le positionnement des aidants est très variable selon les patients. Tous les acteurs reconnaissent leur rôle mais ne savent pas toujours comment les aider ou leur faire accepter la maladie de leur proche.

Q2.3 Le premier recours

- C9 - Une plus value très attendue des MSP avec le projet de santé partagé, la coordination et l'organisation de la prise en charge globale de la personne (kiné, orthophoniste ...), mais une mise en œuvre très lente et des hésitations face à l'ampleur de la tâche.
- C10 - L'organisation en MSP « multisites » est de nature à favoriser l'accès aux soins et à une meilleure connaissance collective des patients (notamment sur le plan épidémiologique).
- C11 - L'articulation entre MSP et directions d'hôpital est difficile.
- C11 bis - Une MSP peut s'équiper de plateaux techniques comme un écho-doppler vasculaire, évitant des déplacements aux patients diabétiques...

III - ACCES AUX SOINS ET INEGALITES DE SANTE

Q3.1 L'information des patients

C12 - Les MG et les usagers eux-mêmes manquent de visibilité et de connaissance des ressources disponibles pour la prise en charge globale de la personne. Les documents des laboratoires pharmaceutiques sont souvent plébiscités.

C13 – Le rôle des associations de patients et leur impact sont variables suivant les pathologies.

C14 – Des acteurs ont un rôle prépondérant peu mis en avant dans l'accompagnement et la prise en charge des patients : psychologue, assistante sociale, ambulancier, SSIAD, MDPH, cellule de maintien dans l'emploi...

C15 - La complémentarité entre le sanitaire et le social (aide à domicile) nécessite la création d'un système d'information partagé. Une association d'aide à domicile a du créer un poste d'IDE pour les situations les plus complexes.

C16 - Des attentes de patients IRéC ne sont pas satisfaites dans la prise en charge des transports, pour des modifications de logements en termes de financement des aides à domicile.

Q3.2 Les inégalités d'accès aux soins spécialisés

C17 - Un manque de formation des professionnels dans les services de soins non spécialisés pour la prise en charge de certaines pathologies chroniques (exemple diabète, MND). La région (la France) est en retard de 10 ans sur la réhabilitation respiratoire. Le programme nécessite des compétences médicales, paramédicales et de prise en charge par des professionnels de l'ETP.

C18 - Bien que des initiatives locales se développent, l'articulation ville-hôpital n'associe pas suffisamment les professionnels libéraux pour la mise en place de l'accompagnement nécessaire du patient. Le degré de maturité sur la co-construction du parcours est variable suivant les pathologies et la visibilité des professionnels de santé sur l'offre de services.

Q3.2 Les inégalités d'accès aux soins spécialisés (suite)

C19 - Les difficultés à prendre directement les RDV avec les médecins spécialistes, les délais de RDV et le coût pour l'intervention de certains professionnels conditionnent l'accès aux soins spécialisés pour certains patients .

C20 - L'anticipation, même si elle ne suffit pas dans l'organisation de la coordination des acteurs, contribue à éviter les ruptures de parcours.

C21 - Les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) répondent à une attente pour réguler l'orientation des flux de patients dans un contexte de démographie médicale préoccupante.

IV - PREVENTION DES MALADES CHRONIQUES



Les Contrats Locaux de Santé (CLS) sont une opportunité pour réfléchir sur les risques de santé d'une population ,et par la même, envisager des actions de prévention

Q4.1 La prévention tertiaire

C22 - L'activité physique est reconnue bénéfique, mais n'a pas l'adhésion de toutes les populations concernées (motivation et moyens matériels). L'offre n'est pas très large et sous-utilisée par le patient, notamment après hospitalisation.

C23 - Une meilleure information est à faire sur le suivi des produits diététiques et sur la nourriture en général pour l'IRéC, sans faire uniquement de l'interdit.

Q4.1 La prévention tertiaire (suite)

C24 - Les fils rouges de la prévention tertiaire pour les maladies neuro-dégénératives sont la nutrition, les chutes et la iatrogénie, à anticiper par la prise en charge dès le diagnostic par le kiné, l'ETP.

C25 – L'infirmière libérale est le professionnel de santé qui connaît le mieux les habitudes de vie du patient à son domicile et peut ainsi donner des conseils à partir de ce qu'elle observe.

C26 - La durée (transports, séances) consacrée à la dialyse est un frein pour lancer d'autres activités ou rencontres.

Q4.2 Le dépistage et le repérage

C27 - La Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) est souvent diagnostiquée avec retard (temps de médecin, pas de plainte du patient, pas assez de sensibilisation à la BPCO) ; le patient à risque IRC n'est pas systématiquement diagnostiqué ; Le dépistage du diabète n'est pas systématique, notamment lors de périodes de rupture de vie (ex : mise à la retraite).

C28 - Le dépistage des maladies cardio-vasculaires n'est pas spontané et la médecine du travail joue un rôle essentiel en ce domaine.

C29 - Le dépistage précoce des maladies neuro-dégénératives est difficile et pas forcément souhaité.

CONCLUSION

Spécificités suivant les pathologies et dynamique d'acteurs sur les territoires.

Entrée dans la maladie et l'organisation du parcours : attentes fortes sur les outils de communication pour les professionnels. Beaucoup d'informations disponibles, mais mal coordonnées entre partenaires et liens ville-hôpital difficiles. Attentes vis-à-vis des DA pour un choix éclairé du patient.

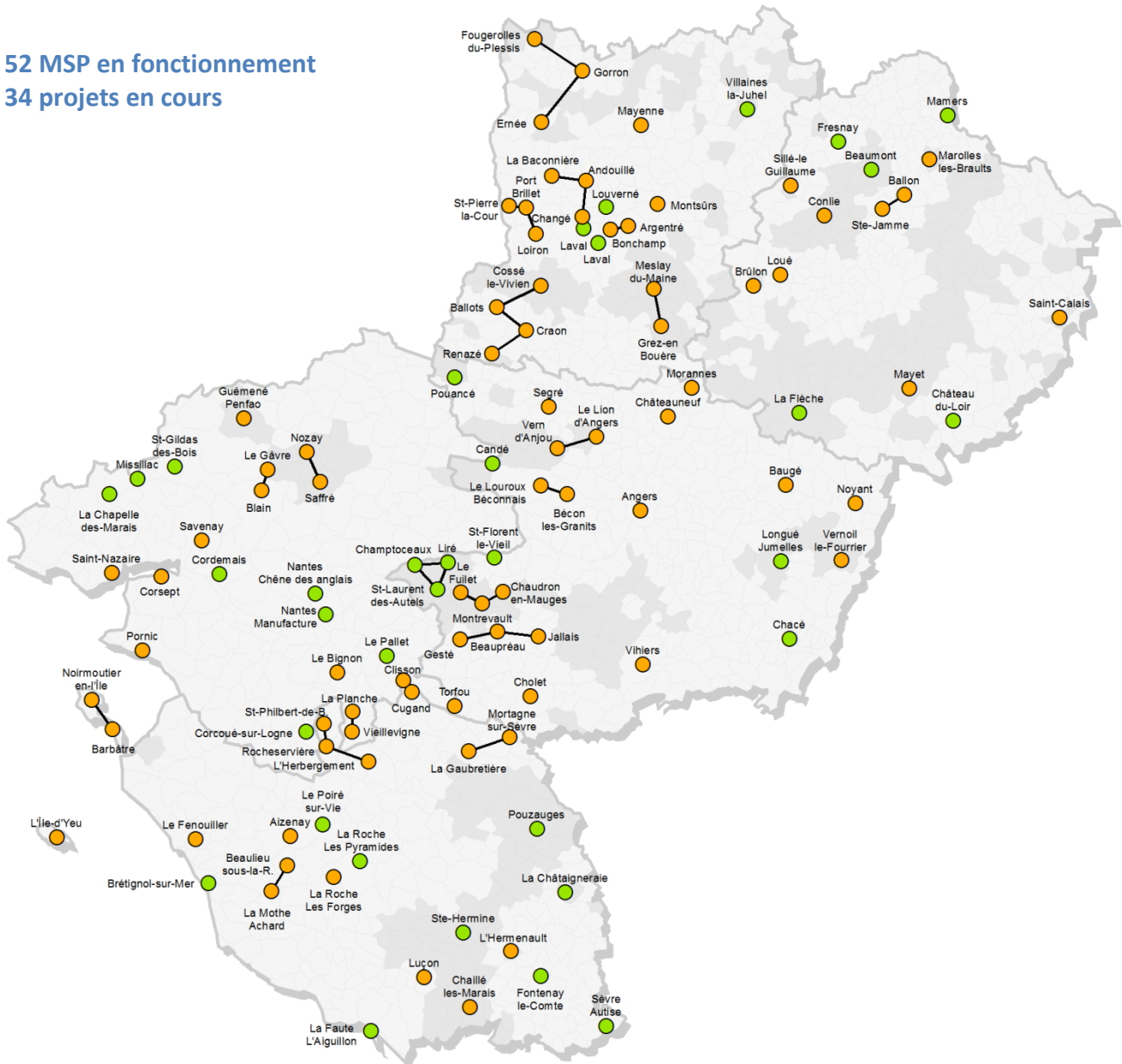
Qualité de vie à domicile : L'ETP est un levier pour l'autonomie du patient et pour faire le lien ville-hôpital. Le maintien des acquis grâce à l'ETP à l'hôpital est aujourd'hui difficile en raison du manque de lien ville-hôpital. Besoin de répit et clarification sur le positionnement des aidants. Un potentiel et une plus value attendue des MSP (prise en charge globale, autonomie du patient, observatoire et connaissances collectives sur les pathologies chroniques en proximité).

Accès aux soins et inégalités de santé : manque d'information et de visibilité pour le patient sur les ressources et sur des acteurs prépondérants de son accompagnement sanitaire et social. Démarche parcours à co-construire entre hôpital et partenaires libéraux pour chaque pathologie. Parfaire les formations des professionnels pour la prise en charge des maladies chroniques. L'anticipation sur l'accompagnement contribue à éviter des ruptures de parcours.

Prévention : activité physique adaptée, information adaptée sur la nutrition, place de l'infirmière, des freins pour le patient, un retard dans le dépistage.

Maisons de santé pluriprofessionnelles en Pays de la Loire en décembre 2014

52 MSP en fonctionnement
34 projets en cours



ARS Pays-de-la-Loire – Direction Accompagnement et Soins – Département Accès aux Soins de Proximité 2014
© Données cartographiques : IGN GEOFLA®

Sources : ARS Pays de la Loire, décembre 2014.

Projets de santé

- En cours de projet
- En fonctionnement
- Les points reliés appartiennent au même projet de santé
- Commune en zone fragile pluriprofessionnelle

BILAN DES SOURCES DOCUMENTAIRES MOBILISEES

TITRE	LIENS DISPONIBLES
Référentiels réglementaires	
Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	http://www.legifrance.gouv.fr
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires	http://www.legifrance.gouv.fr
Ministère des Affaires sociales, de la Santé, Stratégie Nationale de Santé, feuille de route, 23 septembre 2013	http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/breves.2325/feuille-de-route-de-la-strategie,16246.html
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, dossier de presse, Projet de loi de santé, changer le quotidien des patients et des professionnels de santé, 15 octobre 2014	Cab-ass-presse@sante.gouv.fr
Plans nationaux et régionaux	
Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, 15 mesures, avril 2007	www.social-sante.gouv.fr
ARS Pays De la Loire (PDL), Projet Régional de Santé (PRS), Arrêté du 09 mars 2012	www.ars.paysdelaloire.sante.fr
Ministère de la santé, plan cancer 2014-2017	http://ms.intranet.sante.gouv.fr
Ministère des affaires sociales et de la santé, Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019	www.social-sante.gouv.fr
Articles	
IRDES, Questions d'économie de la Santé n°189- L'impact du regroupement pluri professionnel sur l'offre de soins, juillet-août 2013	http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/189-l-impact-du-regroupement-pluriprofessionnel-sur-l-offre-de-soins.pdf
ORS PDL, Infirmiers libéraux, conditions d'exercice et activité en PDL. Synthèse, mars 2014	www.santepaysdelaloire.com
HOSPIMEDIA, offre de soins, la région PDL expérimente la télémédecine et les nouveaux modes de rémunération en 2014, 24 juin 2014	http://abonnes.hospimedia.fr
Finances Hospitalières, le projet de loi santé Touraine, n° 82 juillet 2014	www.social-sante.gouv.fr
HAS, communiqué de Presse, insuffisance rénale chronique terminale : comment améliorer l'efficacité de la prise en charge, 19 novembre 2014	http://www.has-sante.fr
Guides et études	
HAS, recommandations, ETP, Définition, finalités et organisation, juin 2007	http://www.has-sante.fr
La ligue contre le cancer, rapport de synthèse issu de l'étude conduite par le CRP Consulting en 2010-2011, l'impact du dispositif d'annonce pour le patient atteint d'un cancer, mars 2012	www.ligue-cancer.net
Direction générale de l'offre de soins, Institut National du	www.e-cancer.fr

Cancer, rapport d'évaluation, résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer, septembre 2012	
ORS PDL- URPS-Médecins libéraux, Panel 2010-2012 PDL en médecine générale, l'exercice en cabinet de groupe > des médecins généralistes des PDL, 04 février 2013	www.santepaysdelaloire.com www.urps-ml-paysdelaloire.fr
Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), rapport d'évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, juillet 2013	www.hcsp.fr
HAS, rapport d'activité 2013, les protocoles de coopération, art 51 de la loi HPST	http://www.has-sante.fr
HAS, guide parcours de soins, annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique, février 2014	http://www.has-sante.fr
HCSP, note de réponse à la saisine de Mme la ministre de la santé concernant les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé, 31 mars 2014	www.hcsp.fr
ONCO Pays de la Loire, rapport final d'évaluation du dispositif d'annonce 2013, juin 2014	www.onco-paysdelaloire.com
ARS Pays de la Loire-TRYOM marketing, Enquête d'opinion en matière de santé auprès des professionnels de santé des Pays de la Loire, rapport d'étude – avril 2011	
ARS Pays de la Loire-TRYOM marketing, Enquête d'opinion en matière de santé auprès des Ligériens, rapport d'étude – avril 2011	
ARS Pays de la Loire-The Links G et A, Enquête d'opinion en matière de santé auprès des professionnels de santé des Pays de la Loire, rapport d'étude - juin 2014	http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Enquete-d-opinion-en-matiere-d.174441.0.html
ARS Pays de la Loire-The Links G et A, Enquête d'opinion en matière de santé auprès des Ligériens, rapport d'étude - juin 2014	http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Enquete-d-opinion-en-matiere-d.174441.0.html
ARS PDL-CERCLH, Optimisation des consultations externes, restitution régionale et la démarche de benchmark, février 2014	http://ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_qualite_efficience/espace-efficience/sanitaire/benchmark-consultations-externes-ars-pays-de-la-loire.pdf
ONCOPL, rapport d'évaluation Dispositif d'Annonce 2013, juin 2014	www.onco-paysdelaloire.com
Les rapports de l'IRDES, Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans maisons et pôles de santé, n° 557, septembre 2014	www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf
DREES, recueil d'indicateurs régionaux, offre de soins et état de santé, édition 2014	http://www.drees.sante.gouv.fr/recueil-d-indicateurs-regionaux-offre-de-soins-et-etat-de.11339.html
e-santé PDL, N° spécial Newsletter, Accompagnement à l'informatisation des Maisons de Santé Pluri-professionnelle (MSP), novembre 2014	http://www.esante.gouv.fr
ORS PDL- URPS-Médecins libéraux, Panel 2010-2012 PDL en médecine générale, Intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale, l'opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire, 10 décembre 2014	www.santepaysdelaloire.com www.urps-ml-paysdelaloire.fr
ORS PDL-URPS Médecins libéraux, Panel 2010-2012, les médecins généralistes face à la maladie rénale chronique, décembre 2012	http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelMG/2012_3_malrenale_Panel2MGpdl.pdf
Les rapports de l'IRDES, L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012, n°559 décembre 2014	www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf
ANESM, le soutien des aidants non professionnels : une recommandation à destination des professionnels du	http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cadrage_RBPP_Accompagnement_des_aidants_non_professionnels.pdf

secteur social et médico-social pour soutenir les aidants des personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile, juillet 2014	nnels_a_domicile.pdf
CNSA-DGCS, bilan national de l'activité 2012 des plateformes d'accompagnement et de répit, janvier 2014	http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Bilan_enquete_Plateforme_de_repit.pdf
CREPS, Etat des lieux des formations dans les secteurs du sport, de la santé et du social en Pays de la Loire, juillet 2014	http://www.sport-sante-paysdelaloire.fr/sites/default/files/FORMATION/etat_des_lieux_vf_-_copil_1er_juillet.pdf
Colloques et congrès	
Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Société Française de Santé Publique, colloque « qualité de vie des malades chroniques », 18 octobre 2012	www.sfsp.fr
ARS PDL, Rencontre autour des maladies chroniques et l'accident vasculaire cérébral », 28 janvier 2013	www.ars.paysdelaloire.sante.fr
APMSL PDL, 3 ^{ème} journée régionale des Pôles et Maisons de Santé, 27 novembre 2014 à Bécon-les Granits Maine et Loire	www.apmsl-paysdelaloire.fr
Documents de travail	
ARS Pays de la Loire, CPOM hospitaliers 2012-2017, objectifs et actions en lien avec la politique en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique	
DG du Trésor, Projection des dépenses de santé à l'horizon 2060, le modèle PROMEDE cahiers n° 2013/08-décembre 2013	
ARS Pays de la Loire, Feuilles de route populationnelles et territoriales 2014	
ARS PDL, tableau de bord de suivi des indicateurs du PRS, synthèse stratégique au 31/12/2013 (valeur à T2), juillet 2014	
ARS PDL, Contrats Locaux de Santé, septembre 2014	
ARS PDL, projets de santé MSP, 2014	
ARS PDL, Appels à projets, développement de télémédecine en PDL, 19 septembre 2014	
ARS PDL, Appel à projets, plateforme d'accompagnement et de répit des aidants familiaux, juin 2012	
ARS PDL, Appel à candidature, équipe d'appui « adaptation-réadaptation », octobre 2012	
ARS PDL, bilan des programmes d'ETP, 2014	
ARS PDL, projet transversal pour la « Qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique », Comité thématique, 13 octobre 2014	
ARS PDL Enquête auprès des membres de la CRSA, bilan à mi-parcours du PRS, juin 2014	
Plaquette Réseau Vendée diabète avec carnet de liaison	
Contribution des laboratoires ROCHE livret « cuisine facile » pour hémodialysés - Etudes en diététique à l'IUT de Montpellier II	
Plaquette Clinique Saint-Charles Vendée	
5 plaquettes des laboratoires ROCHE « Les Mémos Roche de l'insuffisant rénal chronique » : les prestations sociales (2006), votre mémo assurances (2006), la fistule artériovoineuse (2007), la Polykystose rénale autosomique Dominante (PKD) (2008), la surveillance de l'Insuffisance Rénale au laboratoire, (2006 à 2008)	
Plaquette AM « L'essentiel sur SOPHIA »	

Plaquette Réseau Asthme - BPCO « Les ateliers du souffle »	
Plaquette CHU Nantes Int'AlRaction 44 « La réhabilitation respiratoire	
CR de la réunion du groupe parcours Parkinson du 02/09/2014 -DT72 ARS -France Parkinson	
Synthèse de la journée Parkinson du 25/04/2014	
Plateformes de services médico-sociaux - PFS Sarthe - Le Mans Nord et Sud -comité de pilotage du 10/09/2014	
Dispositif MAIA-PAERPA 2 « Pays du Mans » - démarche PARCOURS de santé des aînés en SARTHE - réunion du 1 ^{er} CIAP du 05/06/2014	
CR de la réunion mensuelle du 14/11/2013 : OJ comment préparer sa visite chez le neurologue ?	
Livret de l'Association d'Hygiène Sociale de la Sarthe (AHSS) : Soigner, Eduquer, Accompagner - Edition Septembre 2013	
Parcours PAPS en Mayenne (CDOS Mayenne) : présentation, bilan	
Rapport activité service médecine cardiologique CHNM	
Dossier de transmission et livret d'accueil ADMR	
ARS, feuille de route insuffisance rénale chronique, 2013	
ARS, feuille de route prévention et qualité de vie des personnes vivant avec un cancer, 2014	
Plaquettes d'information distribuées en pharmacie : insuffisance cardiaque, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, infarctus du myocarde	
ARS PDL Guide méthodologique d'évolution des réseaux de santé de l'ARS, mai 2013	
ARS PDL, note de bilan 2014 des CHT	
ARS PDL, note de bilan 2014 des Protocole sde coopération articles 51, 2014?	
ARS PDL, note de doctrine accès aux soins spécialisés, mars 2013	
ARS PDL, diaporama DPRS sur les outils de la HAS, 2014	