

**Evaluation
de politique de santé**

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

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

Documents associés à
l'annexe au rapport final

Dr Jean-Paul BOULE

Xavier BRUN

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

DECEMBRE 2016

EVALUATION FINALE DU PRS 2012-2016

Documents associés à l'annexe 2

(Réponses aux questions de l'évaluation sur les réalisations et effets du PRS)

A. Référentiel spécifique	1
B. Méthodologie et sources	10
C. Tableau récapitulatif des constats et jugements	18
D. Données chiffrées	38
E. Enquête Delphi	131
F. Sigles	173

A. REFERENTIEL SPECIFIQUE

Domaine	Critères réalisations	Indicateurs réalisations	Critères résultats	Indicateurs résultats
<i>Décloisonnement, coordination et intégration des acteurs des champs sanitaire / médico-social/social / médico-social/social</i>	<i>C41-1.Des réalisations ont été menées en matière de décloisonnement des acteurs</i>	I01_ Des actions favorisant l'inter-connaissance entre acteurs (Organisation par l'ARS ou soutien de l'ARS à des colloques et formations pluri-professionnelles (ex. suicide) ; organisation ou soutien à des groupes de travail avec une pluralité d'acteurs sur la politique départementale / régionale) ; annuaires et guides	<i>C51-1.Le décloisonnement des acteurs est engagé</i>	I28_ Inter-connaissance entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux
		I02_ Des actions favorisant l'échange d'informations entre acteurs (PRSIT, DMP...)		I29_ Echanges d'informations entre acteurs concernant l'utilisateur
		I03_ Des actions favorisant le « Travailler ensemble » entre acteurs [Politique des réseaux Contractualisation avec les acteurs (dispositions les incitant à passer convention avec d'autres et/ ou travailler en réseau) Appels à projets ? (recycler constats des évaluations intermédiaires)] Délégations HAS Soutien à protocoles/ chartes Equipes territoriales de médecins spécialistes		I30_ « Travailler ensemble » entre acteurs
		I04_ Des actions favorisant les coordinations et l'intégration des acteurs (territorialisation de parcours, CIAP, coordinations territoriales d'appui)		I31_ Coordinations et intégration des acteurs
<i>Prévention par les acteurs de santé (dt 1er recours), du social et du médico-social-</i>	<i>C41-2.Des réalisations ont été menées en matière de renforcement de la prévention</i>	i05_ Des actions de l'ARS pour que les différents acteurs (1^{er} recours, ES et ESMS) s'engagent dans des actions de prévention de proximité	<i>C51-2.La prévention a été renforcée et élargie</i>	I32_ La prévention par tous les acteurs - Les acteurs (1^{er} recours, ES et ESMS) font-ils de la prévention ?

Domaine	Critères réalisations	Indicateurs réalisations	Critères résultats	Indicateurs résultats
<i>montée en compétences des acteurs</i>		(contractualisation, communication et lisibilité, mise à disposition d'outils, organisation de transfert de compétences, formations pluri-professionnelles...)		I33_ La prévention par tous les acteurs - <i>Participent-ils d'avantage depuis l'ARS à des actions de prévention et de promotion de la santé et/ ou orientent-ils davantage vers des acteurs spécialisés ?</i>
				I34_ La prévention par tous les acteurs - <i>Impact visible sur les comportements des usagers ?</i>
<i>Autonomisation du patient (Education thérapeutique du patient et dispositif d'annonce)</i>		I06_ Incitations au développement de programmes d'ETP & labellisation de programmes d'ETP en particulier au niveau du premier recours et du médico-social (sensibilisation et formation des professionnels de santé, implication des associations, labellisations, lisibilité des programmes)		I35_ Le patient autonome par l'ETP et les DA - <i>La création effective de DA et de nouveaux programmes d'ETP</i>
		I07_ Incitations au développement de dispositifs d'annonce d'une maladie chronique, dans le cadre de l'organisation d'un parcours de santé		I36_ Le patient autonome par l'ETP et les DA – <i>Bénéficiaires, avec distinction ville/hôpital/ médico</i>
				I37_ Le patient autonome par l'ETP et les DA – <i>impact sur l'autonomie du patient</i>

Domaine	Critères réalisations	Indicateurs réalisations	Critères résultats	Indicateurs résultats
<i>Action sur les déterminants environnementaux de la santé</i>		I08_ Actions directes de l'ARS sur la thématique de l'eau potable		I38_ L'amélioration des facteurs environnementaux de la santé- <i>qualité de l'eau potable</i>
		I09_ Actions directes de l'ARS sur la thématique de l'habitat insalubre		I39_ L'amélioration des facteurs environnementaux de la santé- <i>habitat</i>
		I10_ Plaidoyer de l'ARS pour des politiques publiques favorables à la santé (EIS, santé au travail, PLASE ¹)		I40_ L'amélioration des facteurs environnementaux de la santé- <i>impact du plaidoyer</i>

Domaine	Critères réalisations	Indicateurs réalisations	Critères résultats	Indicateurs résultats
<i>Regroupements pluriprofessionnels (MSP)</i>	<i>C41-3.Des réalisations ont été menées en matière d'organisation du premier recours et de son articulation avec les soins spécialisés</i>	I11_Promotion et accompagnement pour le montage des MSP/PSP [Regroupements pluri-professionnels : MSP & PSP (+ centres de santé si l'ARS a eu un rôle en la matière)]	<i>C51-3.Le premier recours est repositionné et articulé avec les soins spécialisés</i>	I41_Développement homogène sur les territoires des regroupements pluri-professionnels [MSP-PSP (+centres de santé ?)]
		I12_Financement des MSP/PSP [Regroupements pluri-professionnels : MSP & PSP (+ centres de santé si l'ARS a eu un rôle en la matière)]		I42_Des MSP articulées avec l'offre de soins spécialisée sur le territoire [MSP-PSP (+centres de santé ?)]
		I13_Incitation / accompagnement de l'ARS pour la constitution de SRAE		I43_Régionalisation de l'expertise– déploiements, recours et effets
<i>Régionalisation de l'expertise en appui aux organismes et professionnels (SRAE)</i>		I14_Contractualisation avec les SRAE		
<i>Articulation ville/hôpital (entrée accès direct vs urgences, et sorties de l'hôpital (DCA, équipes mobiles...))</i>		I15_Des actions visant à rationaliser le recours à l'hôpital (pertinence, modalités, délais) [Relations ville – hôpital : entrées à l'hôpital (entrées directes hors urgences...), régulation médicale téléphonique, EAAR		I44_ Des accès directs à l'hôpital privilégiés [Articulation ville – hôpital – entrées directes]
				I45_Des accès aux urgences régulés et pertinents
				I46_Des sorties d'hospitalisations mieux organisées – DCA [Articulation ville – hôpital – sorties – DCA]

Domaine	Critères réalisations	Indicateurs réalisations	Critères résultats	Indicateurs résultats
		<p>I16_Des actions visant à rationaliser les sorties de l'hôpital (pertinence, délais, modalités)</p> <p>[Relations ville – hôpital : sorties de l'hôpital (DCA-Trajectoire, équipes mobiles)]</p>		<p>I47_Des sorties d'hospitalisations mieux organisées – équipes mobiles</p> <p>[Articulation ville – hôpital – sorties – Equipes mobiles]</p>
Soutien aux aidants	C41-4.Des réalisations ont été menées en matière de soutien à la vie en milieu ordinaire	<p>i17_Impulsion par l'ARS au développement de l'hébergement séquentiel (AJ, HT, plateforme d'accompagnement...)</p> <p>[Le soutien aux aidants : Offre de répit]</p>	C51-4.Le développement de l'accompagnement des personnes a favorisé la vie en milieu ordinaire	I48_Effet de l'offre de répit sur le bien être des aidants
		<p>I18_Des actions pour faire monter en compétence et soutenir les aidants dans leur accompagnement</p> <p>[Le soutien aux aidants : Autres (formations, soutien, café des aidants...)]</p>		I49_Effets des autres mesures d'accompagnement des aidants
		<p>I19_Des actions pour associer les aidants aux projets de vie des personnes aidées y compris leur suivi</p>		I50_La participation des aidants aux projets de vie et ses effets

Domaine	Critères réalisations	Indicateurs réalisations	Critères résultats	Indicateurs résultats
<i>Evolution de l'offre médico-sociale et sanitaire en soutien à la vie à domicile (développement de l'offre et rééquilibrage territorial, rôle du 1er recours).</i>		<p>I20_Développement sur les territoires des services médico-sociaux et autres dispositifs de soutien à la vie en milieu ordinaire</p> <p>[Evolution de l'offre médico-sociale et sanitaire en soutien à la vie en milieu ordinaire : EM Psy + médico-social PH : développement, rééquilibrage territorial + HAD ?]</p>		<p>I51_Effets du développement de l'offre d'accompagnement sur la vie en milieu ordinaire</p>

Domaine	Critères réalisations	Indicateurs réalisations	Critères résultats	Indicateurs résultats
<i>Réduction des inégalités de santé</i>	<i>C42-1.Des réalisations ont été menées en matière de réduction des inégalités territoriales de santé</i>		<i>C52-1.Les réalisations de l'ARS ont eu un effet sur l'état de santé de la population (sur exemples)¹</i>	1997
		I21_Actions de rééquilibrage de l'offre hospitalière [Champ sanitaire – établissements]	<i>C52-2.Les réalisations de l'ARS ont réduit les inégalités territoriales de santé</i>	i998_synthèse
		I22_Actions sur la démographie médicale en ville [Champ sanitaire – ville]		
		I23_Actions de rééquilibrage de l'offre médico-sociale en région [Champ médico-social]		
		I24_Conduite des opérateurs dans un souci de prévention et de réduction des inégalités territoriales dans l'offre en prévention [Champ prévention]		

¹ Compte tenu de travaux spécifiques engagés dans le cadre de la préparation du PRS 2 sur ce sujet, ce point n'a pas été traité dans le cadre de l'évaluation.

Domaine	Critères réalisations	Indicateurs réalisations	Critères résultats	Indicateurs résultats
<i>Réduction des inégalités de santé</i>	<i>C42-2.Des réalisations ont été menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé</i>	I25_Actions veillant à l'accès aux médecins en secteur 1 et/ ou au tarif opposable [Champ sanitaire – établissements et ville]	<i>C52-3.Les réalisations de l'ARS ont réduit les inégalités sociales de santé</i>	I999_Impact de la réorganisation du système de santé portée par l'ARS sur les ISS (enquête Delphi)
		I26_Actions pour veiller à l'accès et au suivi des plus précaires aux actions de soins et d'accompagnement [medico-social_ACT+LHSS+LAM]		
		I27_Actions pour veiller à l'accès de tous (et notamment précaires) aux actions de prévention [Champ prévention]		

B. METHODOLOGIE ET PRINCIPALES SOURCES UTILISEES

L'équipe d'évaluation remercie l'ensemble des contributeurs de cette évaluation, qui ont accepté de consacrer du temps à cette démarche et ont mis à sa disposition des données et documents.

Méthode générale

Les informations issues de chacune des sources visées ci-après ont été classées dans un tableau général de collecte adossé au référentiel, les informations y étant ventilées par indicateur.

C'est par la synthèse de ces informations (par indicateurs ou par groupe d'indicateurs) que les constats soumis au Comité de Pilotage ont été libellés, avec le souci d'apporter les informations les plus précises possible tout en respectant l'anonymat des sources – engagement pris auprès des contributeurs de cette évaluation.

1) Entretiens (individuels ou collectifs)

48 entretiens dont un entretien collectif. 77 personnes rencontrées. Voir leur liste dans le rapport.

Méthode

Des grilles d'entretien ont été construites à partir du référentiel d'évaluation, sériant les questionnements en fonction du type d'acteurs rencontrés. Elles comportaient quelques questions génériques posées à pratiquement tous les acteurs.

Les informations recueillies ont été consignées dans le tableau général de collecte visé *supra*.

2) Enquêtes

- 4 enquêtes ont été lancées sur plateforme web SOLEN auprès des opérateurs de prévention, des établissements de santé publics et privés, des pôles et maisons de santé pluriprofessionnels ainsi que des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées.

	Type de structure	Public cible	Nombre de répondants	Représentativité	Type de diffusion de l'enquête
OP	Opérateurs de prévention	Responsable de structures de prévention ou d'antennes locales de telles structures (liés par CPOM ou ayant répondu à un AAP prévention)	54	33% des opérateurs sollicités	Direct + cascade ² pour les antennes
ES	Etablissements de santé publics et privés	Directeurs d'ES Présidents de CME Directeurs des Soins Infirmiers	62	Des professionnels de 51 établissements de santé ont répondu, soit 38% des établissements de santé	Direct + cascade pour Présidents de CME et DSI
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapés	Responsables d'établissement ou de service en faveur des personnes handicapées, adultes et enfants	76	15% des ESMS PH de la région	Direct + cascade
MSP-Co	Pôles et Maisons de Santé Pluri-Professionnels	Gérants et coordinateurs de MSP/ PSP	25	Des professionnels de 27 MSP/PSP ont répondu, soit 40% des MSP/PSP de la région	Direct
MSP-aut		Autres professionnels intervenant dans le cadre de MSP/PSP	32		Cascade

- 1 enquête de type Delphi auprès d'experts régionaux sur les inégalités sociales de santé : 39 experts mobilisés (cf. document associé n°E)

² NB : La diffusion d'enquête « en cascade » consiste à adresser le message d'enquête à une série de destinataires, leur demandant de retransmettre à leur tour le lien à d'autres destinataires de leur réseau. Risque de perte en ligne, mais indispensable pour atteindre des acteurs dont nous n'avons pas les contacts.

3) Exploitation de la base de données OSCARS

Champ d'investigations : actions ayant bénéficié d'un financement de l'ARS et telles qu'enregistrées dans la base OSCARS au 30 septembre 2016

Attention : à cette date, les données sont incomplètes pour l'année 2015, tous les bilans n'ayant pas encore été retournés par les opérateurs et/ou intégrées par l'ARS dans OSCARS.

OSCARS prend en compte à la fois les actions financées dans le cadre des appels à projet et les actions financées dans le cadre des CPOM. Dans ce dernier cas, cependant, le financement global alloué à la structure n'a pas toujours été ventilé entre les différentes actions. Conséquence : alors que les opérateurs sous CPOM sont les plus importants de la région, on risque de ne pas pouvoir intégrer les actions les concernant.

Avertissements méthodologiques

1) Unités de compte

L'unité de compte "action" dans OSCARS est fragile. Une action enregistrée dans OSCARS peut être aussi bien une animation ayant concerné 4-5 personnes qu'un programme de masse ayant touché des milliers d'individus.

Pour contourner cette difficulté, il est préférable :

- de prendre comme référence les financements alloués par l'ARS (si l'on veut mesurer l'effort ARS, côté réalisations). Au 30/09/2016, les données sur les volumes financiers alloués par l'ARS sont disponibles pour 86% des actions enregistrées. Cependant, pour certains opérateurs sous CPOM, les financements alloués n'ont pas été répartis entre les différentes actions dans OSCARS. Or ces opérateurs sont des acteurs majeurs de la prévention.

-de prendre comme référence le nombre de bénéficiaires des actions (si l'on veut mesurer plutôt le côté résultat). Au 30/09/2016, les données sur le nombre de bénéficiaires sont disponibles pour 90% des actions enregistrées. Il s'agit d'un nombre "*a minima*", dans le sens où, dans la transposition des bilans fournis par les opérateurs en chiffres additionnables, les valeurs les plus basses ont systématiquement été prises en compte. (ex. s'il est dit d'une action qu'elle a touché "3 à 5 personnes par atelier", et que le nombre d'atelier n'est pas précisé par ailleurs, la valeur retenue sera 3). A l'inverse, les opérateurs mentionnent pour certaines actions des volumes très élevés de bénéficiaires (correspondant parfois à un volume de documents distribués, ou encore un nombre de bénéficiaires "potentiels" (ex. "potentiellement 27 000 étudiants"). Il fallait donc une méthode pour neutraliser ces actions, au risque de fausser les données. Choix : toutes les actions pour lesquelles il y a avait plus de 5000 bénéficiaires ont été sélectionnées. Ont été retranchées de la base (vidage de la case "nb bénéficiaires") toutes les actions renvoyant à des bénéficiaires potentiels ou correspondants à un nombre de documents distribués, ou encore au financement du fonctionnement de certaines structures. Donc, normalement, ne doivent rester dans la base que des actions pour lesquelles le nombre de bénéficiaires effectifs est connu, ou au moins estimé.

2) Indexations multiples

La base OSCARS permet des indexations multiples pour chaque item (public, modalités,...) et, de fait, il est rare de trouver dans OSCARS des actions n'ayant qu'une indexation pour une catégorie donnée. D'où la prudence à avoir dans la présentation des chiffres.

Par exemple, il faut dire que la précarité est concernée par x% des financements alloués par l'Agence. Mais il est plus difficile de dire que x% des financements alloués par l'ARS ont concerné la précarité... La présentation rigoureuse des résultats ne peut donc faire l'économie d'une certaine complexité.

4) Exploitation d'autres bases de données et de données quantifiées

Extraction de bases de données existantes et/ ou construction d'une base de données spécifique en mobilisant plusieurs sources et/ ou consultations de bilans quantifiés

Sources utilisées :

- Contrats locaux de santé (pour la liste des communes couvertes)
- Liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville (source : Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains)

Dont sources non publiées

- Données de population par âge et par commune INSEE 2011
- Récapitulatif des objectifs inscrits dans les CPOM entre l'ARS et les établissements de santé.
- Tableaux de bord de la scolarisation des élèves handicapés dans l'Académie de Nantes (années scolaires 2011/2012 et 2013/2014)
- Indicateurs de suivi du PRS 2012-2016
- Données internes ARS sur l'offre médico-sociale

5) Analyse de documents administratifs

Méthode
Les documents ont été analysés sur la base de grilles de questionnements construites à partir du référentiel de l'évaluation. Les informations issues de cette analyse ont été synthétisées et introduites dans le tableau général de collecte.

➤ **Rapports d'évaluation intermédiaire du PRS et d'évaluation de dispositifs**

Evaluations intermédiaires

- Politique en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité
- Politique en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique dont le cancer
- Politique en faveur du bien-être des jeunes de moins de 25 ans
- Politique en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique
- Politique en faveur de la qualité de vie des personnes de plus de 75 ans

Evaluations de dispositifs

- Equipes mobiles de gériatrie

- Dispositifs bénévoles de veille, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires
- MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer)
- Dispositifs d'annonce de maladies chroniques
- Equipes mobiles en soins palliatifs (EMSP)
- Valeur ajoutée des équipes mobiles dans les interventions à domicile des secteurs de psychiatrie adulte
- Equipes de liaison de Soins en Addictologie (ELSA) (*à paraître*)
- Plateformes de services

➤ **Rapports d'activité généraux de l'ARS (2010-2015)**

➤ **Rapports d'activité FIR de l'ARS (2010-2015)**

➤ **Bilans du PRS 1 dressés par les conférences de territoire**

➤ **Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre l'ARS et les URPS**

➤ **Documents contractuels entre l'ARS et d'autres administrations et institutions (hors contrats locaux de santé) (les documents grisés sont non publiés)**

Co-contractant	Libellé du document	Date de signature
Conseil Régional des Pays de la Loire	<i>Protocole de travail et d'échange</i>	2 mai 2011
Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale	<i>Document d'objectifs partagés</i>	25 juin 2012
Rectorat de l'Académie de Nantes	<i>Contrat de partenariat ARS-Rectorat en promotion et protection de la santé</i>	29 mai 2012
Union Régionale de l'Association des Directeurs de l'Enseignement Libre (URADEL)	<i>Contrat de partenariat en promotion et protection de la santé</i>	20 octobre 2014
Direction Interrégionale Grand Ouest de la Protection Judiciaire de la Jeunesse	<i>Convention de partenariat en promotion de la santé et prévention</i>	9 octobre 2014

➤ **Documents de programmation**

- Projet régional de santé 2012-2016
- Plan régional santé- environnement 2010-2013 et bilan final décembre 2014
- Plan régional sport santé bien-être 2013-2016 Pays de la Loire, 17 juin 2013
- Programme d'actions régional 2013-2014 – Pertinence des soins – Groupe de dialogue régional sur la pertinence des soins - ARS
- Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2016-2019. Région Pays de la Loire. ARS-Assurance Maladie

6) Appels à projet en prévention et promotion de la santé de 2010 à 2016

- Guides des porteurs de projet
- Cahiers des charges de l'appel à projet Conduites Addictives
- Cahiers des charges de l'appel à projet Alimentation et activités physiques et sportives
- Cahiers des charges de l'appel à projet Plan régional santé - environnement
- Cahiers des charges de l'appel à projet Santé mentale - suicide
- Cahiers des charges de l'appel à projet Relations affectives et sexuelles

7) Liste des appels à projet ou à candidature dans les champs sanitaire et médico-social de 2010 à 2016

8) Autres sources mobilisées ou consultées (les documents grisés sont non publiés)

- ARS Pays de la Loire, *Diagnostics flash par territoire de santé de proximité*, juin 2013
- ARS Pays de la Loire, Bilan cumulé de la procédure d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique au 31 décembre 2015
- Académie de Nantes - ARS des Pays de la Loire, *Education pour la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet*, septembre 2014, 20 pg
- ARS Pays de la Loire, *Evaluation de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations menée dans le cadre de la Permanence des Soins Ambulatoire dans la région des Pays de la Loire (Loire-Atlantique, Maine et Loire, Mayenne et Vendée) - 2011-2014*, 30 avril 2015
- Dossiers de presse ARS 2010-2016 (cf. site Internet de l'ARS)
- Documents internes ARS du programme « 1 heure 1 thème »
- Guide méthodologique. Document interne ARS. Evolution des réseaux de santé. Elaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et conduite du dialogue de gestion. 13 mai 2013.
- Diaporama ARS, Pacte territoire santé 2, février 2016
- Diaporama ARS : les structures régionales d'appui et d'expertise en Pays de la Loire. Présentation à la FHF le 29 juin 2015.
- Diaporama ARS : Expérimentation en télémédecine, article 36 : mode d'emploi, 14 juin 2016
- Diaporama ARS : La simulation en santé, 24 juin 2016

- Note interne de l'ARS relative aux interventions de l'ARS en matière de lutte contre l'habitat indigne. Bilan et perspectives. 2 octobre 2015.
- Les inadéquations hospitalières en pays de la Loire – Note d'analyse – février 2015 – Les études qualitefficience – ARS
- Pertinence des soins. Tableau de bord régional. Analyse du taux de recours de la consommation des actes. Les études qualitefficience ARS. N°14. 1^{er} semestre 2015.
- L'hospitalisation à domicile en Pays de la Loire. Les études qualitefficience ARS. Note d'analyse. Novembre 2014.
- Performance hospitalière. Tableau de bord régional. Analyse des durées des séjours IP-DMS. Les études qualitefficience ARS. N°16. 1^{er} semestre 2015.
- Chirurgie ambulatoire. Tableau de bord régional. Les études qualitefficience. N°13. 1^{er} semestre 2015.
- Développement de la chirurgie ambulatoire en Pays de la Loire. tableaux de bord.
- Enquêtes de panel ORS-URPS
- ORS Pays de la Loire. (2016). Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire. 101 p.
- ORS Pays de la Loire. 2014. Baromètre santé environnement
- ARS Pays de la Loire, trames – type des documents contractuels (CPOM, conventions tripartites) entre l'ARS, d'une part, et les établissements de santé, établissements et services médico-sociaux du champ handicap et EHPAD, d'autre part.

9) Sites Internet (liste non exhaustive)

- ars.paysdelaloire.sante.fr (site Internet de l'ARS Pays de la Loire)
- santepaysdelaloire.com (site Internet commun à l'ORS, l'IREPS, au registre des cancers et au pôle régional de compétences)
- coopps.ars.sante.fr (site internet dédié aux protocoles de coopération HAS)
- inpes.sante.fr (site de l'INPES – Santé Publique France)
- educationtherapeutique-pdl.fr (adresse du site CART'EP)
- prevencliv.fr (site d'aide à la prévention pour les professionnels de santé)
- sport-sante-paysdelaloire.fr
- depistage-cancer-paysdelaloire.fr

C. TABLEAU RECAPITULATIF DES CONSTATS ET JUGEMENTS

Constats généraux	Constats spécifiques
<p>CHAMP : Décloisonnement des acteurs</p> <p>CRITERES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - C41-1 Des actions ont été menées en matière de décloisonnement des acteurs - C51-1 Le décloisonnement des acteurs est engagé <p>CONCLUSION : La pluralité des leviers mis en œuvre par l'ARS pour inciter au décloisonnement des acteurs a porté ses fruits en termes de représentation, mais pas encore modifié massivement les pratiques en la matière dans tous les champs.</p>	
<p>Encouragée et accompagnée par l'ARS à travers une diversité de leviers, l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs est encore perfectible, et variable selon les types d'acteurs.</p>	<p><i>1_La loi HPST, à travers la mise en place d'instances de démocratie sanitaire pluralistes, a créé un contexte favorable à l'interconnaissance entre acteurs, et le rôle d'accompagnement de l'ARS pour le bon fonctionnement de ces instances est reconnu.</i></p> <p><i>2_L'ARS a mobilisé une pluralité de leviers ayant pour objet et/ ou pour effet de favoriser l'interconnaissance entre acteurs des différents champs.</i></p> <p><i>3_L'apport des actions de l'ARS en termes de connaissances des acteurs entre eux fait l'objet d'une appréciation mitigée ; les actions de l'ARS ont davantage amélioré la connaissance des opérateurs médico-sociaux, sociaux et de la prévention par les autres acteurs.</i></p> <p><i>4_Les établissements de santé et opérateurs de prévention semblent avoir davantage tiré profit des actions de l'ARS en termes de connaissance des autres acteurs.</i></p> <p><i>5_Colloques, communications et site Internet de l'ARS apparaissent généralement comme les actions qui ont le plus contribué à une meilleure connaissance des acteurs entre eux, même si l'impact de l'ensemble de ces actions est moyen, et si l'appréciation est différenciée selon les acteurs.</i></p>

	<i>6_L'amélioration de l'interconnaissance entre acteurs a changé les manières de travailler de la moitié d'entre eux tous acteurs confondus, avec un impact majoritairement positif pour tous les acteurs sauf pour les établissements de santé.</i>
	<i>7_L'interconnaissance entre acteurs présente encore des limites et suscite toujours quelques interrogations.</i>
<i>On discerne une augmentation des échanges d'information entre acteurs concernant les usagers, même si la mise en place de systèmes d'information interopérables, qui a concentré l'essentiel des efforts de l'ARS dans le domaine de l'échange d'information entre acteurs, est largement inachevée.</i>	<i>8_L'action de l'ARS s'est principalement concentrée sur l'accompagnement technique et financier à la mise en place des systèmes d'information, avec une visée d'urbanisation de ces systèmes, et a priori peu sur les principes et les périmètres de l'échange d'informations.</i>
	<i>9_La mise en place des outils électroniques d'échange d'informations est jugée trop lente.</i>
	<i>10_L'enjeu de l'interopérabilité demeure d'actualité devant une pluralité persistante d'outils, sans qu'une offre complètement intégrée et lisible soit encore disponible.</i>
	<i>11_Les acteurs, notamment du premier recours, ont des attentes élevées sur le développement d'outils d'échange d'informations, alors que l'accompagnement du GCS e-Santé est parfois jugé insuffisamment opérationnel.</i>
	<i>12_La mise en place des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels a été un moteur dans l'échange d'informations entre professionnels y participant.</i>
	<i>13_Les avis sont contrastés sur la volonté des acteurs d'échanger des informations concernant l'utilisateur.</i>
	<i>14_Des freins sont identifiés au développement de la télémédecine, dont la levée ne dépend pas forcément du pouvoir d'action de l'ARS.</i>
	<i>15_Peu d'améliorations sont constatées sur les délais de transmission des courriers de sortie de la part des établissements de santé.</i>
	<i>16_Malgré toutes les limites susvisées, les acteurs déclarent échanger davantage d'informations concernant les usagers avec d'autres acteurs (compte tenu d'une meilleure interconnaissance mais aussi de l'émergence de structures d'exercices coordonné en premier recours).</i>
<i>En dépit de niveaux de réalisation inégaux, et notamment d'une formalisation des coordinations et intégrations qui n'a concerné que le secteur des</i>	<i>17_Le nombre de protocoles de coopération « HAS » autorisés entre professionnels a progressé, classant les Pays de la Loire en 6ème place des 22 régions françaises.</i>
	<i>18_Les appels à projets ont contribué à faire travailler les acteurs ensemble.</i>

<i>personnes âgées, la dimension « travailler ensemble entre acteurs » a irrigué les différents champs de l'ARS, modifiant les représentations des acteurs</i>	<i>19_La contractualisation avec les opérateurs sanitaires et médico-sociaux a intégré des objectifs de décloisonnement.</i>
	<i>20_La politique de rationalisation des réseaux de santé n'a pas été menée à terme et a pu générer des flottements dans les articulations entre acteurs.</i>
	<i>21_Les contrats locaux de santé bénéficient d'une dynamique réelle qui fait travailler les acteurs ensemble.</i>
	<i>22_ L'ARS s'est fortement investie sur une stratégie développement de coordinations et de l'intégration entre acteurs pour améliorer le parcours des personnes âgées</i>
	<i>23_Dans les autres champs, les actions favorisant la coordination et l'intégration des acteurs sont moins organisées (pas de stratégie d'ensemble très construite) et apparaissent plus morcelées.</i>
	<i>24_La nécessité du décloisonnement est une conviction désormais partagée par la grande majorité des acteurs.</i>
	<i>25_L'ARS est largement créditée d'une évolution des perceptions en faveur du décloisonnement, mais elle n'en est pas le seul déterminant, et cet impact est difficile à documenter avec précision.</i>
	<i>26_L'esprit de décloisonnement a progressé chez les acteurs, mais la traduction en acte demeure difficile, en particulier entre ville et hôpital.</i>
	<i>27_Les progrès du décloisonnement tiennent aux dynamiques d'acteurs, que l'accompagnement de l'ARS peut faciliter mais rarement initier ex nihilo.</i>
	<i>28_La progression du décloisonnement repose aussi sur des ressources suffisantes pour l'investir.</i>
<i>29_L'impact de l'action de l'ARS en matière d'interconnaissance entre acteurs sur le décloisonnement se traduit peu en aspects directement opérationnels.</i>	

CHAMP : Renforcement de la prévention

CRITERES :

- C41-2 Des réalisations ont été menées en matière de renforcement de la prévention
- C51-2 La prévention a été renforcée et élargie

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

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

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

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

32_La commission de coordination des politiques publiques chargée de la prévention, animée par l'ARS, a élaboré une feuille de route partenariale qui, si elle ne mobilise pas tous les partenaires potentiels de l'ARS, représente un outil apprécié pour partager une culture commune de la prévention et lancer des projets concertés, mais elle ne remplace pas la nécessité de coopérations bilatérales

33_La culture de prévention se développe chez les acteurs de santé, mais la dynamique d'acculturation et d'engagement est variable selon les types de professionnels, étant généralement plus identifiée chez les professionnels des maisons de santé et pôles de santé pluriprofessionnels ainsi que dans les EHPAD.

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

	<p>35_L'ARS s'est récemment orientée en faveur d'une politique de prévention plus ouvertement basée sur des données probantes et a décidé de s'engager dans l'application du principe d'universalisme proportionné.</p>
	<p>36_L'ARS a à la fois restructuré les opérateurs de prévention et engagé une politique de transfert de compétences vers les acteurs de proximité, qu'ils soient professionnels de santé ou non.</p>
	<p>37_Si la professionnalisation de l'ARS en prévention s'est globalement accrue et est saluée par ses partenaires, il est regretté que la fonction observation-évaluation de la prévention ait été peu développée par l'ARS et par conséquent par les acteurs eux-mêmes.</p>
	<p>38_Si les acteurs de santé déclarent globalement faire davantage de prévention, l'imputabilité de cette évolution à l'ARS est variable selon le type d'acteurs (la plus élevée pour les structures médico-sociales pour personnes handicapées, la moins élevée pour les établissements de santé).</p>
	<p>39_Les évolutions en matière de comportements et d'indicateurs de santé de la population ligérienne sont marquées par des résultats globalement peu modifiés.</p>
<p>L'éducation thérapeutique du patient s'est davantage développée dans les établissements sanitaires qu'en premier recours, et si elle touche de plus en plus de personnes, le nombre de patients bénéficiaires reste faible par rapport au public requérant, notamment chez les personnes en grande vulnérabilité. S'agissant des dispositifs d'annonce, la maturité insuffisante des neuf dispositifs expérimentaux créés, telle qu'elle est ressortie de leur évaluation, n'a pas permis d'en envisager la généralisation.</p>	<p>40_Le développement de l'éducation thérapeutique du patient en établissement sanitaire, fortement soutenu par l'ARS, a été très important, quoiqu'hétérogène, en termes de déploiement de programmes.</p>
	<p>41_L'ARS s'est fortement engagée dans le développement de l'éducation thérapeutique du patient en premier recours mais les résultats pour des raisons diverses ne sont pas à la hauteur des efforts engagés.</p>
	<p>42_Neuf dispositifs d'annonce expérimentaux ont été créés, en référence aux dispositifs d'annonce en cancérologie, autour de deux pathologies chroniques (insuffisance rénale chronique et sclérose en plaques), mais l'évaluation de ces dispositifs n'a pas pu préconiser leur généralisation, en raison d'une maturité insuffisante et d'un coût élevé.</p>
	<p>43_Le nombre de bénéficiaires de programmes d'éducation thérapeutique du patient a augmenté mais reste très faible par rapport au nombre de personnes vivant avec une maladie chronique, potentiellement éligibles.</p>
	<p>44_L'accès des personnes en grande vulnérabilité à des programmes d'éducation thérapeutique du patient a été peu facilité même si deux programmes spécifiques ont été autorisés dans des structures spécifiques (appartements de coordination thérapeutique).</p>
	<p>45_Il est difficile pour l'ARS de tracer et d'évaluer l'activité des programmes d'éducation thérapeutique autorisés en milieu hospitalier, dans une perspective de démarche de parcours.</p>

L'action de l'ARS dans le cadre partenarial d'un plan régional santé environnement (PRSE 2) a favorisé la structuration d'une politique régionale en matière d'eau potable, mais les résultats très positifs obtenus en matière de qualité de l'eau et de protection des captages sont l'aboutissement d'une politique de contrôle et de suivi menée dès avant la création de l'ARS.	<i>46_La création de l'ARS a permis une meilleure structuration régionale de la politique en faveur de l'eau potable, face à la présence d'interlocuteurs régionaux, le PRSE2 ayant été l'outil de référence de la politique d'amélioration de l'alimentation en eau potable.</i>
	<i>47_L'action au long cours des autorités sanitaires poursuivie par l'ARS sur le contrôle et le suivi de la qualité de l'alimentation en eau potable à la population a permis de renforcer le taux de protection des périmètres de protection et de réduire à néant ou presque les dépassements récurrents de la limite de la qualité de l'eau.</i>
L'ARS a contribué à structurer régionalement une politique en matière de lutte contre l'habitat indigne et a mobilisé ses leviers dans ce cadre, les résultats observables étant une augmentation des signalements découlant de la sensibilisation des acteurs à même de participer au repérage.	<i>48_La lutte contre l'habitat indigne, inscrite dans un cadre juridique complexe et s'appuyant fortement sur les pôles intersectoriels départementaux de lutte contre l'habitat indigne, a commencé à la fois à se structurer régionalement et à se décliner localement dans les contrats locaux de santé.</i>
	<i>49_L'intégration de la politique de lutte contre l'habitat indigne s'est notamment concrétisée par la création de deux postes de conseillers en environnement intérieur, de la prise en compte de la précarité énergétique et de l'établissement de relations entre habitat et santé mentale.</i>
	<i>50_Le nombre de signalements envoyés aux pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne et de procédures d'insalubrité ont fortement augmenté, en lien notamment avec d'importantes actions de sensibilisation et de formation des différents acteurs (y compris des élus) concernés par le repérage.</i>
Porté essentiellement sur les questions de santé environnementale et principalement à travers les contrats locaux de santé, le plaidoyer de l'ARS pour un environnement favorable à la santé est connu, même si les réalisations en découlant demeurent modestes.	<i>51_La politique de plaidoyer de l'ARS est essentiellement portée par ses services en charge de la santé environnementale.</i>
	<i>52_Le contrat local de santé est le principal levier de l'ARS pour mobiliser les élus sur l'importance de l'impact sur la santé de leurs politiques</i>
	<i>53_Le discours de l'ARS sur le bienfondé du plaidoyer « santé » est connu mais les réalisations restent modestes en termes de transcription dans les plans et programmes des collectivités locales et des services de l'Etat, en dehors de l'expérimentation d'évaluations d'impact en santé dans trois collectivités locales.</i>

CHAMP : Organisation du premier recours et articulation avec les soins spécialisés

CRITERES :

- C41-3 Des réalisations ont été menées en matière d'organisation du premier recours et de son articulation avec les soins spécialisés
- C51-3 le premier recours est repositionné et articulé avec les soins spécialisés

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

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

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

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

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

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

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

	<p>59_Quand il y a création d'une maison de santé sur un territoire, l'accessibilité de l'offre en premier recours en est généralement améliorée, notamment quand l'organisation est multi-sites, et la prise en charge globale des patients en est facilitée.</p>
	<p>60_Le développement des maison et pôles de santé pluriprofessionnels a un impact reconnu sur la démographie des professionnels de santé, en particulier des médecins.</p>
	<p>61_Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels n'ont pas tous atteint le même niveau de maturité, notamment en matière de projets de santé.</p>
	<p>62_Une évolution de l'articulation entre le premier et le second recours liée à la création des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels n'apparaît pas clairement.</p>
<p>L'ARS a labellisé une pluralité de structures régionales d'appui et d'expertise, qui sont très hétérogènes, dont la légitimité est parfois interrogée par les acteurs, et qui sont variablement identifiées et sollicitées par les différents acteurs.</p>	<p>63_Dans le cadre de sa politique de restructuration des réseaux de santé, l'ARS a créé, reconnu et financé des structures régionales d'appui et d'expertise (SRAE), en application du PRS, mais leur contractualisation a parfois été longue et difficile, en l'absence d'une définition retenue, commune à leurs missions.</p>
	<p>64_Le périmètre, voire la légitimité de certaines structures régionales d'appui et d'expertise sont interrogés par les acteurs en raison de leur grande hétérogénéité et du contour de leurs missions.</p>
	<p>65_Les structures régionales d'appui et d'expertise sont variablement connues et sollicitées par les acteurs de terrain, avec des différences importantes entre types de SRAE et entre types d'acteurs.</p>
<p>L'ARS a conduit de nombreuses actions visant à diminuer et/ou améliorer la pertinence du recours aux soins hospitaliers, diversement appréciées par les acteurs ; plus particulièrement, les efforts très conséquents sur la régulation et la pertinence du recours aux urgences n'ont pas produit de résultats à proportion, même si la région conserve une situation favorable par rapport au niveau national.</p>	<p>66_L'ARS a développé de nombreux dispositifs visant à diminuer le recours à l'hospitalisation dont des équipes mobiles, les équipes de soins de particulière intensité en psychiatrie à domicile, les équipes d'appui en adaptation et réadaptation, les infirmiers de nuit en EHPAD, le développement de la télémédecine, des dispositifs spécifiques pour personnes en grande précarité, avec des résultats mal connus en termes d'impact sur les admissions hospitalières.</p>
	<p>67_L'ARS a accompagné les établissements de santé sur l'amélioration de leurs performances organisationnelles, afin notamment de développer la chirurgie ambulatoire dans la région.</p>
	<p>68_La question de la pertinence des soins hospitaliers a fait l'objet de nombreux travaux coordonnés par l'ARS.</p>
	<p>69_L'évolution des modalités de recours à l'hôpital est diversement appréciée par les différents acteurs, avec en particulier une opinion défavorable des professionnels des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels.</p>

	<p>70_L'ARS a eu une action déterminée de restructuration de la permanence des soins ambulatoires sur le territoire régional, intégrant la régulation médicale, portée par une communication large sur le sujet.</p>
	<p>71_L'ARS a promu divers autres dispositifs pour améliorer l'accès des Ligériens aux soins urgents.</p>
	<p>72_Les résultats constatés en matière de recours aux urgences ne sont pas à la hauteur des efforts engagés, même si la région a conservé globalement une position favorable par rapport au niveau national.</p>
<p>Les outils d'orientation et dispositifs d'aval mobilisés par l'ARS pour améliorer les sorties d'hospitalisation reçoivent en général un avis favorable des acteurs et ont commencé à produire des effets en termes de délais de sortie et de transferts intra et inter hospitaliers, même si certains chantiers demeurent inachevés, et si tous les acteurs ne constatent pas d'amélioration dans l'articulation entre hôpital, premier recours et médico-social pour l'organisation de ces sorties.</p>	<p>73_La question des sorties d'hospitalisation mobilise à la fois l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé eux-mêmes au travers de la mise en place d'un certain nombre d'outils d'aval (exemples : dispositifs de coordination de l'aval, programme d'accompagnement de retour à domicile), qui généralement reçoivent un avis favorable des acteurs.</p>
	<p>74_L'outil Via Trajectoire, déjà déployé entre court séjour et soins de suite et de réadaptation/hospitalisation à domicile/domicile et en cours de déploiement expérimental vers le médico-social, reçoit globalement l'approbation des acteurs sur son rôle visant à faciliter la fluidité des parcours et améliorer la pertinence des orientations post-hospitalisations.</p>
	<p>75_L'ARS a positionné les hôpitaux de proximité en plateformes d'appui au premier recours avec la volonté notamment de créer des consultations avancées, mais le chantier reste largement ouvert.</p>
	<p>76_La gestion de situations complexes concernant notamment les personnes âgées et les personnes handicapées impacte le fonctionnement des services de court séjour et de soins de suite et de réadaptation, malgré le déploiement d'outils.</p>
	<p>77_L'articulation entre les établissements de santé et la médecine de premier recours reste difficile en général, malgré certaines avancées.</p>
	<p>78_L'évolution de la pertinence des orientations en sortie d'hospitalisation est diversement appréciée selon les types d'acteurs, les établissements de santé ayant une appréciation la plus favorable et les professionnels des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels la moins favorable.</p>
	<p>79_Les sorties d'hospitalisation sont davantage travaillées entre les établissements de santé et leurs partenaires, selon l'ensemble des acteurs, sauf pour les professionnels des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels.</p>

	<p><i>80_Les délais de retour à domicile en établissement médico-social en sortie d'hospitalisation et les délais d'attente pour une admission en soins de suite et de réadaptation ont diminué et les transferts entre services et entre établissements de santé se sont améliorés, selon les établissements de santé eux-mêmes.</i></p>
--	---

CHAMP : Soutien à la vie en milieu ordinaire

CRITERES :

- C41-4 Des réalisations ont été menées en matière de soutien à la vie en milieu ordinaire
- C51-4 Le développement de l'accompagnement des personnes a favorisé la vie en milieu ordinaire

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

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

81_ Une priorité très forte a été donnée par le PRS / PRIAC aux solutions permettant le maintien en milieu ordinaire de vie.

82_ Soutenue tant par des créations de places que par des redéploiements d'offre institutionnelle, l'offre de services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées a progressé significativement en volume en Pays de la Loire entre 2010 et 2016.

83_ La part des services dans l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées a progressé, et le niveau de rééquilibrage escompté dans le cadre du PRS est pratiquement atteint, même si la situation est très contrastée entre le secteur adulte et le secteur enfance, au bénéfice de ce dernier.

84_ L'évolution de l'offre médico-sociale privilégiant la vie en milieu ordinaire s'est accompagnée d'une posture de l'ARS privilégiant les solutions souples et inclusives.

85_ Hormis dans le champ de la psychiatrie, l'ARS ne s'est investie qu'à partir de 2015 sur le développement de l'hospitalisation à domicile, ce qui rend prématurée l'émission de constats sur les effets de cette politique.

86_ La perception des acteurs a favorablement évolué sur l'intérêt d'une offre sanitaire et médico-sociale privilégiant la vie en milieu ordinaire, même si une partie des acteurs met en garde contre un systématisme de ce mode d'accompagnement.

	<p>87_ <i>Il est difficile de documenter avec précision l'impact en termes de réponse aux besoins, faute d'une connaissance fine de ces derniers dans le champ du handicap.</i></p>
	<p>88_ <i>La visibilité des effets de la politique de l'ARS en matière de soutien à la vie en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap n'est pas toujours évidente (une proportion importante d'acteurs n'expriment pas d'opinion) ; lorsque les professionnels d'établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées expriment une opinion sur l'évolution de l'offre en milieu ordinaire et son niveau de réponse aux besoins, les jugements sont généralement mitigés, dominant l'idée que des besoins demeurent non couverts, notamment sur le champ des adultes</i></p>
	<p>89_ <i>Le nombre de jeunes scolarisés en milieu ordinaire a fortement augmenté, fruit d'efforts convergents entre l'Education nationale et l'ARS, mais cela ne diminue pas nécessairement le volume d'enfants scolarisés en milieu adapté.</i></p>
	<p>90_ <i>Les progrès sont moins documentés et plus mitigés en ce qui concerne l'insertion en milieu ordinaire de travail des personnes en situation de handicap.</i></p>
	<p>91_ <i>Le maintien à domicile est un domaine dans lequel l'ARS n'a qu'une partie des leviers.</i></p>
<p>L'aide aux aidants a été bien davantage travaillée dans le secteur des personnes âgées que dans les autres secteurs, et si l'impact des mesures sur les aidants est peu aisé à documenter, des freins à l'utilisation des dispositifs ont toutefois pu être identifiés.</p>	<p>92_ <i>Le développement des dispositifs favorisant le maintien à domicile entraîne une sollicitation accrue des aidants en termes matériels et psychologiques.</i></p>
	<p>93_ <i>L'offre a été davantage travaillée dans le champ des personnes âgées que dans le champ du handicap, compte tenu notamment de la difficulté à atteindre une taille critique en respectant proximité et spécialisation des accompagnements par type de handicap.</i></p>
	<p>94_ <i>L'offre de répit s'est développée dans le champ du handicap, mais cette offre est globalement faible et la progression est différenciée selon les modalités</i></p>
	<p>95_ <i>Moins de la moitié des professionnels des établissements et services pour personnes handicapées estiment que l'offre en accueil de jour et hébergement temporaire s'est améliorée depuis 4-5 ans.</i></p>
	<p>96_ <i>En dehors du champ des personnes âgées, l'ARS n'a investi que de manière disparate des propositions d'aide aux aidants.</i></p>
	<p>97_ <i>L'aide aux aidants est un domaine dans lequel l'ARS n'a qu'une partie des leviers.</i></p>

	<p>98_L'impact de l'offre de répit sur les aidants est difficile à documenter, même si l'intérêt de cette aide n'est pas en soi remise en cause.</p>
	<p>99_Des freins sont identifiés dans l'utilisation des dispositifs d'aide par les aidants : information, transports, freins psychologiques des aidants.</p>
<p>L'impulsion de l'ARS sur l'association des aidants aux projets personnalisés a été remarquée, même si, pour significative qu'en soit la progression, cette pratique n'apparaît pas encore généralisée.</p>	<p>100_L'ARS incite les professionnels à associer les aidants au projet de vie.</p>
	<p>101_L'association des aidants aux projets de vie et d'accompagnement s'est accrue, mais elle est encore perfectible.</p>

<p>CHAMP : Inégalités territoriales d'offre en santé</p> <p>CRITERES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - C42-1 Des réalisations ont été menées en matière de réduction des inégalités territoriales de santé - C52-2 Les réalisations de l'ARS ont réduit les inégalités territoriales de santé <p>CONCLUSION : Hormis dans le domaine de la prévention, où la vigilance de l'ARS demeure insuffisante, la réduction des inégalités territoriales de l'offre de santé a été investie dans tous les champs par l'ARS, souvent pensée en termes d'accompagnement pour améliorer l'attractivité des structures.</p> <p>Des effets positifs sont reconnus et mesurés dans le domaine médico-social. En revanche, sur le premier recours, les effets de la politique de l'ARS sont peu identifiés, et les évolutions globalement péjoratives malgré les mesures mises en œuvre.</p>	
<p>Les acteurs ont un jugement plutôt favorable sur une action de l'ARS de plus en plus adéquate aux réalités des territoires, mais ont des attentes en matière de renforcement de l'animation territoriale.</p>	<p>102_ <i>Les acteurs (opérateurs de prévention, établissements de santé, établissements et services pour personnes handicapées) jugent pour les deux tiers d'entre eux que l'action de l'ARS a évolué vers une meilleure adéquation aux contextes départementaux, que ce soit à la population ou aux partenariats. En revanche, ils sont moins nombreux (autour de la moitié) à juger que c'est le cas au niveau infra-départemental.</i></p>
	<p>103_ <i>Une pluralité d'acteurs a relevé la nécessité de faire monter en charge l'animation territoriale de l'ARS, avec un rôle éventuellement plus décisionnaire, pour améliorer l'adaptation de la politique aux situations des territoires, mieux travailler sur les décloisonnement d'acteurs ou encore renforcer le dialogue de l'ARS avec les acteurs locaux.</i></p>
<p>Les actions de rééquilibrage de l'offre hospitalière ont été davantage axées sur la démographie des professionnels et sur l'accès aux soins urgents que sur la répartition des autorisations (sauf en imagerie et en SSR).</p>	<p>104_ <i>Le SROS-PRS ne comportait que peu d'objectifs en matière de rééquilibrage des implantations (hormis en matière de soins de suite spécialisés, d'unités de dialyse médicalisées et d'imagerie) et leur mise en œuvre est en cours.</i></p>
	<p>105_ <i>La télémédecine, qui peut être une solution à l'accessibilité aux spécialités, est en cours de montée en charge.</i></p>
	<p>106_ <i>L'ARS a encouragé le développement de consultations avancées (dans les MSP/PSP, dans les hôpitaux de proximité) et les autres interventions multi-sites, dont le déploiement est inégal mais particulièrement sensible pour certaines spécialités.</i></p>

	<p>107_ <i>La démographie des professionnels en établissement de santé étant en soi un facteur d'inégalité territoriale, l'ARS a mobilisé une série de leviers d'observation et d'action dans ce domaine, ayant en commun d'accroître l'attractivité des établissements de santé pour les médecins, notamment dans les établissements périphériques.</i></p> <p>108_ <i>Dans le cadre du Pacte Territoire Santé, l'ARS a conduit des actions spécifiques pour améliorer l'accessibilité aux prises en charge en urgence sur le territoire régional.</i></p> <p>109_ <i>Dans le cadre des CPOM, l'ARS a incité certains établissements de santé à travailler sur leur territoire pour diminuer les taux de fuite des patients.</i></p>
L'ARS a concentré ses efforts en matière de premier recours sur un important accompagnement des structures d'exercice coordonné et sur la mise en œuvre du Pacte Territoire Santé.	<p>110_ <i>Le principe de liberté d'installation des médecins a amené l'ARS à concentrer ses efforts sur l'attractivité des territoires, en menant une politique d'accompagnement des professionnels de santé.</i></p> <p>111_ <i>L'ARS a accompagné très fortement le développement des structures d'exercice coordonnées en premier recours (MSP / PSP), réputées attractives pour les professionnels de santé, notamment les jeunes, de manière privilégiée en milieu rural.</i></p> <p>112_ <i>L'ARS a mobilisé les outils inscrits dans le Pacte Territoire Santé avec un succès variable.</i></p>
L'ARS a mené une action très volontariste de rééquilibrage de l'offre médico-sociale en région.	<p>113_ <i>La réduction des inégalités territoriales dans l'offre médico-sociale était l'un des objectifs phares du PRIAC.</i></p> <p>114_ <i>Il est très généralement reconnu que la préoccupation de réduire les inégalités de l'offre a été déterminante dans la politique de planification médico-sociale de l'ARS (redéploiement, mesures nouvelles).</i></p> <p>115_ <i>Le mécanisme des appels à projets a constitué un levier facilitant pour piloter le rééquilibrage de l'offre par rapport aux mécanismes administratifs antérieurs.</i></p> <p>116_ <i>Les dynamiques de création (nettes ou par transformation) de places nouvelles par l'ARS ont dans la majorité des cas suivi scrupuleusement l'objectif de convergence des taux d'équipement à l'horizon 2016, y compris au prix de gels de créations, voire de suppression de places sur certains territoires.</i></p> <p>117_ <i>S'il est difficile d'en chiffrer l'ampleur, l'action de rééquilibrage dans le champ médico-social a aussi été menée au niveau infra-départemental, notamment dans le cadre de restructurations de l'offre.</i></p>
L'ARS a piloté les opérateurs de prévention en ciblant des territoires spécifiques, mais pas	<p>118_ <i>A travers les appels à projets en prévention et promotion de la santé et les CPOM avec les opérateurs de ce champ, l'ARS a incité à cibler des actions sur des territoires définis, mais généralement de manière assez lâche.</i></p>

nécessairement dans une logique de réduction des inégalités territoriales, et la veille de l'ARS sur le maillage du territoire par l'ensemble des intervenants en prévention reste à organiser	<i>119_ Les territoires des contrats locaux de santé et les territoires de santé de proximité présentant des difficultés particulières, identifiés par les « diagnostics flash » élaborés par l'ARS, ont été bien davantage visés dans la conduite des opérateurs de prévention que la référence à d'éventuelles « zones blanches ».</i>
	<i>120_ Le principe du ciblage territorial ne fait pas consensus entre tous les acteurs.</i>
	<i>121_ Si, dans les dialogues de gestion avec les opérateurs de prévention, l'ARS a pu évoquer les questions de couverture territoriale, elle n'a pas procédé à des consolidations de données pour identifier, dans la durée, la persistance de zones non couvertes par des actions de prévention et de promotion de la santé.</i>
	<i>122_ Il n'apparaît pas qu'il y ait eu une approche de l'ARS en matière de maillage des programmes d'éducation thérapeutique du patient</i>
Même si certaines pratiques de l'ARS comportent des risques et si les effets de sa politique en matière de réduction des inégalités territoriales d'offre en santé de ne sont pas perçus par tous, ils peuvent être jugés assez positifs dans le domaine médico-social, et plutôt insuffisants dans le domaine du premier recours.	<i>123_ L'effet de l'action de l'ARS sur la réduction des inégalités interdépartementales dans l'offre de santé en général n'est pas perçu par tous les acteurs.</i>
	<i>124_ La réduction des inégalités interdépartementales dans l'offre médico-sociale est à la fois le domaine où l'impact de l'action de l'ARS est le mieux identifié, et où le jugement des acteurs est le plus positif, en particulier chez les professionnels de ce secteur</i>
	<i>125_ Dans le champ médico-social handicap, la convergence des taux d'équipement a été réelle mais n'épuise pas la question de l'adéquation aux besoins, y compris dans les territoires réputés les mieux dotés.</i>
	<i>126_ A l'inverse du champ médico-social, l'impact de l'action de l'ARS sur la réduction des inégalités interdépartementales dans l'offre de premier recours est à la fois le moins connu et le moins souvent jugé effectif.</i>
	<i>127_ L'examen de 15 spécialités médicales met en évidence une baisse globale de la densité de professionnels et un creusement des inégalités de densité entre départements de la région entre 2011 et 2015, y compris pour des spécialités sous vigilance de l'ARS. Les écarts de densité en médecins généralistes se creusent entre 2011 et 2015, année où le département le mieux doté a une densité près de 1,4 fois supérieure à celle du département le moins bien doté.</i>
	<i>128_ En dépit des dispositifs déployés, un solde négatif des installations de médecins généralistes est constaté dans les zones fragiles en fin de PRS, notamment en Sarthe et en Vendée, malgré une opinion plutôt favorable des professionnels sur l'impact de l'ARS en termes de réduction des écarts intra-départementaux de l'offre de premier recours.</i>

129_ Les solutions aux problématiques démographiques reposent sur une synergie entre l'action de l'ARS, qui ne dispose pas de tous les leviers, et les dynamiques locales.

130_ Certaines pratiques de l'ARS (logique d'accompagnement des dynamiques existantes, expérimentations...) peuvent être porteuses de risque d'inégalités dans l'offre de santé entre les territoires dynamiques et ceux qui le sont moins

131_ Il ressort de l'enquête Delphi que la réorganisation de la couverture territoriale en offre de santé est considérée comme ayant participé à la réduction des inégalités sociales de santé (c'est l'une des trois actions de l'ARS qui sont mises en avant en termes de réduction des inégalités sociales de santé).

<p>CHAMP : Inégalités sociales de santé</p> <p>CRITERES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - C42-2 Des réalisations ont été menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé - C52-3 Les réalisations de l'ARS ont réduit les inégalités sociales de santé <p>CONCLUSION : L'ARS par la mise en œuvre du PRS, et du PRAPS en particulier, a essentiellement traité les inégalités sociales de santé par le biais de l'accompagnement de dispositifs populationnels au bénéfice des personnes en grande vulnérabilité, sans action affichée ou concrète sur la réduction de ces inégalités. Les informations sur les inégalités sociales de santé sont peu nourries et leurs résultats ne sont a priori pas favorables.</p>	
<p>Si l'ARS a porté une politique visant ouvertement l'accompagnement des personnes en grande vulnérabilité, cette politique demeure en majorité dans une approche par publics (<i>versus</i> parcours), a peu investi le premier recours et n'a pas toujours obtenu de résultats lorsqu'elle a promu des approches d' « aller vers ».</p>	<p><i>132_L'accès financier aux professionnels de santé libéraux a été marqué par relativement peu d'évolution, mais les études sur l'accès aux soins des personnes à faible revenu manquent, notamment en matière de renonciation aux soins.</i></p>
	<p><i>133_L'ARS manifeste sa vigilance sur l'accès aux soins dans les structures sanitaires et médico-sociales.</i></p>
	<p><i>134_Les actions du PRAPS, ayant peu dépassé l'approche traditionnelle par publics et par dispositifs spécifiques, peinent à s'inscrire dans des logiques de parcours basés sur des situations problématiques, privilégiant le retour au droit commun.</i></p>
	<p><i>135_La médecine de premier recours est peu structurée et peu organisée pour répondre aux besoins et aux demandes des personnes en grande vulnérabilité.</i></p>
	<p><i>136_L'ARS a souhaité impulser une politique « d'aller vers » les populations en grande vulnérabilité en soutenant ou en réorientant certains dispositifs vers cet objectif (équipes mobiles en psychiatrie, centres fédératifs de prévention et de dépistage, structures départementales de dépistage des cancers, éducation thérapeutique du patient...), avec des résultats variables.</i></p>

<p>L'impact des mesures du PRS sur les inégalités sociales de santé est peu documenté, d'autant que si la politique de l'ARS doit théoriquement profiter à l'ensemble de la population, son attention s'est surtout portée sur les populations les plus vulnérables, l'ARS ayant été peu aidante auprès des acteurs de santé pour prendre en compte les inégalités sociales de santé dans leurs activités.</p>	<p><i>137_L'adoption de certains principes, en particulier en prévention, mais aussi en termes de coordination des acteurs est reconnue pour concourir à la réduction des inégalités sociales de santé, mais son impact n'est quasiment pas étudié.</i></p>
	<p><i>138_L'ARS a pris en compte la question des inégalités sociales de santé au travers notamment des dispositifs de santé de droit commun promus, mais avec un impact incertain, voire insuffisant sur leur réduction, lié aux difficultés de leur prise en compte par les acteurs de santé, avec une approche de ces inégalités sociales de santé essentiellement basée sur l'accès au système de santé des populations les plus vulnérables.</i></p>

D. DONNEES CHIFFREES

Dans un souci de lisibilité, elles sont présentées selon le plan du référentiel, et regroupent réalisations et résultats.

Au sein de chaque partie, les données sont regroupées par sources.

MUTATION DU SYSTEME DE SANTE VERS UNE LOGIQUE DE PARCOURS

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

1.1. Enquêtes SOLEN

Quel a été pour vous l'apport des actions de l'ARS (groupes de travail, colloques, animations des instances, formations, annuaires et guides, démarches des contrats locaux de santé...) en termes de connaissance des autres acteurs de votre territoire ?

Connaissances des missions et contraintes des acteurs médico-sociaux

	Op Prév.		ES		ESMS		MSP-co		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Un apport déterminant	1	2%	3	5%	1	2%	2	8%	7	4%
Un apport important	25	56%	30	54%	25	40%	5	21%	85	45%
Un apport faible	12	27%	22	39%	32	51%	12	50%	78	41%
Pas d'apport	7	16%	1	2%	5	8%	5	21%	18	10%
total	45	100%	56	100%	63	100%	24	100%	188	100%

Connaissances des missions et contraintes des établissements de santé

	Op Prév.		ES		ESMS		MSP-co		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Un apport déterminant	0	0%	4	7%	2	3%	1	4%	7	4%
Un apport important	22	51%	23	40%	14	23%	6	25%	65	35%
Un apport faible	12	28%	28	49%	39	63%	11	46%	90	48%
Pas d'apport	9	21%	2	4%	7	11%	6	25%	24	13%
total	43	100%	57	100%	62	100%	24	100%	186	100%

Connaissances des missions et contraintes des acteurs du premier recours

	Op Prév.		ES		ESMS		MSP-co		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Un apport déterminant	0	0%	7	12%	1	2%	2	8%	10	5%
Un apport important	17	40%	30	52%	6	10%	12	50%	65	35%
Un apport faible	17	40%	21	36%	41	67%	9	38%	88	47%
Pas d'apport	9	21%	0	0%	13	21%	1	4%	23	12%
total	43	100%	58	100%	61	100%	24	100%	186	100%

Connaissances des missions et contraintes des acteurs de la prévention

	Op Prév.		ES		ESMS		MSP-co		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Un apport déterminant	2	4%	4	7%	1	2%	1	4%	8	4%
Un apport important	26	57%	39	68%	11	18%	4	17%	80	43%
Un apport faible	15	33%	14	25%	35	58%	15	63%	79	42%
Pas d'apport	3	7%	0	0%	13	22%	4	17%	20	11%
total	46	100%	57	100%	60	100%	24	100%	187	100%

Connaissances des missions et contraintes des acteurs sociaux

	Op Prév.		ES		ESMS		MSP-co		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Un apport déterminant	0	0%	8	14%	2	3%	2	8%	12	6%
Un apport important	18	42%	39	68%	13	21%	4	17%	74	40%
Un apport faible	21	49%	9	16%	35	57%	10	42%	75	41%
Pas d'apport	4	9%	1	2%	11	18%	8	33%	24	13%
total	43	100%	57	100%	61	100%	24	100%	185	100%

Parmi ces types d'action ou instances que l'ARS a pu impulser, soutenir, ou accompagner, qualifiez leur contribution à votre meilleure connaissance des acteurs des autres champs que le vôtre sur votre territoire (premiers recours, établissements et services médico-sociaux, acteurs de la prévention, établissements et services sociaux), de 1 (aucune contribution) à 4 (forte contribution).

NB : Ici, ce sont les notes moyennes (sur 4) par type d'acteurs qui sont présentées

	Op Prév.		ES		ESMS		MSP-co		Tous répondants	
	n	Note moyenne	n	Note moyenne	n	Note moyenne	n	Note moyenne	n	Note moyenne
Travaux de la Commission Régionale des Soins et de l'Autonomie (CRSA)	40	1,93	51	2,22	51	1,96	20	1,50	162	1,98
Travaux des Conférences de territoire	41	2,29	51	2,31	52	2,10	20	1,60	164	2,15
Travaux d'élaboration des contrats locaux de santé	44	2,57	53	2,34	51	2,04	19	2,16	167	2,29
Mise en œuvre des contrats locaux de santé	44	2,57	50	2,26	51	2,00	19	2,00	164	2,23
Formations pluri-professionnelles	43	2,35	51	2,18	50	2,16	21	1,95	165	2,19
Colloques et autres communications	44	2,50	52	2,46	53	2,51	20	1,95	169	2,43
Annuaire d'acteurs (ex. lutte contre le suicide)	44	2,27	49	2,29	50	1,92	20	1,65	163	2,09
Site Internet de l'ARS	45	2,49	51	2,51	52	2,46	21	1,81	169	2,40
Base OSCARS santé	45	2,51	43	1,84	46	1,54	20	1,55	154	1,91
Groupes de travail au niveau régional (hors CRSA)	43	2,09	50	2,36	52	2,12	19	1,68	164	2,13
Groupes de travail au niveau départemental (hors conférence de territoire)	44	2,18	52	2,38	51	2,47	20	1,95	167	2,31
Groupes de travail au niveau infra-départemental (hors CLS)	41	1,90	49	2,18	50	1,98	20	2,00	160	2,03
GCS e-santé	37	1,54	51	2,16	49	1,67	20	2,60	157	1,92
moyenne		2,25		2,27		2,07		1,88		2,16

La connaissance des autres acteurs obtenue dans ce(s) cadre(s) a-t-elle modifié votre façon de travailler ?

	Op Prév.		ES		ESMS		MSP-co		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	1	2%	0	0%	1	2%	7	32%	9	5%
Plutôt	30	65%	5	8%	31	57%	12	55%	78	43%
Plutôt pas	12	26%	36	61%	14	26%	2	9%	64	35%
Pas du tout	3	7%	16	27%	8	15%	1	5%	28	15%
Ne sait pas	0	0%	2	3%	0	0%	0	0%	2	1%
Total	46	100%	59	100%	54	100%	22	100%	181	100%

Qualifiez ces évolutions en vous positionnant sur chacune des propositions ci-après de 1 (absence de changement) à 4 (un changement très significatif)

NB : Ici, ce sont les notes moyennes (sur 4) par type d'acteurs qui sont présentées

	Op Prév.		ES		ESMS		MSP-co		Tous répondants	
	n	Note moyenne	n	Note moyenne	n	Note moyenne	n	Note moyenne	n	Note moyenne
Davantage d'échanges d'informations générales du répondant avec d'autres acteurs (connaissance du réseau d'acteurs, de l'offre existante, de procédures...)	31	2,97	37	2,86	32	2,81	19	3,00	119	2,90
Davantage d'échanges d'informations concernant les usagers que le répondant accompagne avec d'autres acteurs	29	2,66	36	2,75	32	2,69	18	2,89	115	2,73
Davantage d'utilisation par le répondant, avec d'autres acteurs, des modèles de dossier communs concernant les usagers (dossiers-type)	28	1,68	37	2,14	32	2,28	19	2,00	116	2,04
Davantage d'utilisation par le répondant, avec d'autres acteurs, d'outils communs d'évaluation de la personne (sur la perte d'autonomie des personnes, sur l'opportunité d'une orientation en soins de suite et de réadaptation, sur les problématiques addictives...)	26	1,81	38	2,45	32	2,13	19	2,37	115	2,20
Davantage de participation du répondant à des travaux conjoints avec d'autres acteurs (groupes de travail sur l'organisation de l'offre de soins sur les territoires, travaux sur les parcours de soins...)	28	2,50	37	2,92	32	2,63	19	3,00	116	2,75
Le répondant est davantage en mesure d'informer les usagers sur l'existence des autres acteurs et sur l'aide qu'ils peuvent leur apporter	30	3,03	37	2,73	32	2,66	19	3,00	118	2,83
<i>moyenne</i>		2,44		2,64		2,53		2,71		2,58

Travail des admissions et sorties des ES avec le premier recours et les ESMS

Exprimez votre position par rapport aux affirmations suivantes (les évolutions sont à apprécier depuis 4-5 ans) :

D'une manière générale, les admissions en établissements de santé sont davantage travaillées avec le premier recours qu'il y a 4-5 ans

	Etablissements de santé	MSP (gérants et coordinateurs)
Tout à fait d'accord	10%	5%
Plutôt d'accord	49%	25%
Plutôt pas d'accord	27%	40%
Pas du tout d'accord	6%	15%
Ne sait pas	8%	15%

D'une manière générale, les sorties d'établissements de santé sont davantage travaillées avec le premier recours qu'il y a 4-5 ans

	Etablissements de santé	MSP (gérants et coordinateurs)
Tout à fait d'accord	12%	0%
Plutôt d'accord	57%	35%
Plutôt pas d'accord	20%	25%
Pas du tout d'accord	2%	30%
Ne sait pas	8%	10%

D'une manière générale, les admissions en établissements de santé sont davantage travaillées avec les établissements et services médico-sociaux qu'il y a 4-5 ans

	Etablissements de santé	ESMS - PH
Tout à fait d'accord	8%	8%
Plutôt d'accord	65%	50%
Plutôt pas d'accord	14%	22%
Pas du tout d'accord	2%	14%
Ne sait pas	10%	6%

D'une manière générale, les sorties d'établissements de santé sont davantage travaillées avec les établissements et services médico-sociaux qu'il y a 4-5 ans

	Etablissements de santé	ESMS - PH
Tout à fait d'accord	15%	4%
Plutôt d'accord	56%	49%
Plutôt pas d'accord	19%	22%
Pas du tout d'accord	2%	16%
Ne sait pas	8%	10%

Selon vous, l'émergence de structures d'exercice coordonné en premier recours (pôles et maisons de santé pluri-professionnels) dans le territoire où vous exercez...

...a amélioré l'échange d'informations entre professionnels de santé du territoire

	ES		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	7	18%	15	71%	19	79%	41	49%
Plutôt	17	45%	4	19%	4	17%	25	30%
Plutôt pas	8	21%	0	0%	1	4%	9	11%
Pas du tout	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
Ne sait pas	5	13%	2	10%	0	0%	7	8%
Total	38	100%	21	100%	24	100%	83	100%

1.2. Enquêtes SOLEN (professionnels des MSP et PSP)

Professionnels des MSP et réseaux de santé : connaissance et relations

	MSP-Co		MSP-autres	
	n	%	n	%
Je connais des réseaux de santé implantés sur mon territoire	17	81%	17	68%
Je ne connais pas de réseaux de santé implantés sur mon territoire	4	19%	8	32%
total	21	100%	25	100%

Quand les réseaux sont connus, avis sur leur évolution depuis 4-5 ans :

Ils sont spécialisés (dans des publics, des pathologies)

	MSP-Co		MSP-autres	
	n	%	n	%
Moins qu'il y a 4-5 ans	0	0%	0	0%
Plus qu'il y a 4-5 ans	9	53%	6	38%
Sans changement depuis 4-5 ans	7	41%	6	38%
Ne sait pas	1	6%	4	25%
total	17	100%	16	100%

J'identifie ces réseaux et leurs missions

	MSP-Co		MSP-autres	
	n	%	n	%
Moins qu'il y a 4-5 ans	0	0%	0	0%
Plus qu'il y a 4-5 ans	9	53%	9	60%
Sans changement depuis 4-5 ans	7	41%	5	33%
Ne sait pas	1	6%	1	7%
total	17	100%	15	100%

Je sollicite ces réseaux

	MSP-Co		MSP-autres	
	n	%	n	%
Moins qu'il y a 4-5 ans	2	12%	0	0%
Plus qu'il y a 4-5 ans	11	65%	4	31%
Sans changement depuis 4-5 ans	4	24%	8	62%
Ne sait pas	0	0%	1	8%
total	17	100%	13	100%

Je participe volontiers à ces réseaux

	MSP-Co		MSP-autres	
	n	%	n	%
Moins qu'il y a 4-5 ans	1	6%	0	0%
Plus qu'il y a 4-5 ans	10	63%	2	15%
Sans changement depuis 4-5 ans	4	25%	10	77%
Ne sait pas	1	6%	1	8%
total	16	100%	13	100%

1.3. Indicateurs PRS

Nombre de contrats locaux de santé signés sur des territoires prioritaires urbains ou ruraux isolés comprenant un diagnostic territorial partagé - données cumulées

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de contrats locaux de santé signés sur des territoires prioritaires urbains ou ruraux isolés comprenant un diagnostic territorial partagé	0	0	3	8	9	16
Valeur cible et/ou valeur de référence		8	12	15	15	

1.4. Site Internet COOP-PS et données internes ARS

Protocoles de coopération HAS : évolution 2013-2016

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

Le nombre de professionnels de santé adhérents aux différents protocoles³ est variable, pouvant aller jusqu'à 44 professionnels (protocoles ophtalmologistes – orthoptistes pour le suivi des enfants de 6 à 15 ans).

1.5. CPOM ARS-établissements de santé / exploitation DEPS

Objectifs de décloisonnement dans les CPOM hospitaliers

83 % des établissements de santé avaient dans leur CPOM des objectifs de décloisonnement avec des opérateurs des autres champs (donc sans compter les CHT et autres partenariats inter-hospitaliers).

1.6. CLS et données de population INSEE

Contrats locaux de santé : nombre et population couverte

Fin 2015, 15 CLS avaient été signés dans la région. Les grandes villes sont désormais toutes couvertes par un CLS. La population couverte par un CLS atteignait fin 2015 plus de 1 million de personnes, soit près de 30% de la population régionale couverte.

1.7. Rapports d'activité ARS

Maillage 2016 des MAIA en région - Situation fin 2016

Département	Nombre de MAIA
Loire-Atlantique	5
Maine et Loire	4
Mayenne	2
Sarthe	4
Vendée	5

³ Source : cite Coop-PS au 2/10/2016

2. DEVELOPPEMENT DE LA PREVENTION

2.1. Indicateurs PRS

Nombre annuel de séances de formation continue pluri-professionnelle en prévention à destination des professionnels de santé du premier recours

	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre annuel de séances de formation continue pluri-professionnelle en prévention à destination des professionnels de santé du premier recours	0	0	2	4	7
Valeur cible et/ou valeur de référence			Hausse	Hausse	Hausse

Ratio nouveaux patients bénéficiant d'un programme d'ETP / nombre de nouveaux de patients admis en ALD 5 (insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales) et ALD 13 (infarctus coronaire), ALD 8 (diabète type 1 et 2), ALD 14 (insuffisance respiratoire grave)

	2011	2012	2013	2014	2015
Valeur constatée (pour mille)	30,4%	37,8%	35,2%	40,9%	nd
Valeur cible et/ou valeur de référence		Hausse	Hausse	Hausse	Hausse

Nombre de nouveaux programmes d'éducation thérapeutique autorisés coordonnés par des professionnels de premier recours

Données au 31/12	2011	2012	2013	2014	2015
Valeur constatée	2	1	2	3	4

Taux d'hospitalisation pour fracture du col du fémur chez les personnes âgées de 75 ans et plus (pour 10 000 personnes)

	2011	2012	2013	2014	2015
Valeur annuelle constatée	9,88	10,12	10,08	nd	10,35
Valeur cible et/ou valeur de référence	Baisse	Baisse	Baisse	Baisse	Baisse

Taux de participation au dépistage, organisé du cancer colorectal chez les personnes âgées de 50 à 74 ans

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de participation au dépistage, organisé du cancer colorectal chez les personnes âgées de 50 à 74 ans	43,30%	37,50%	39,50%	38,10%	37,40%	nd
Valeur cible et/ou valeur de référence (valeur CPOM)	40,50%	43,70%	46,80%	50,00%	38,10%	
Valeur cible et/ou valeur de référence (valeur nationale)	33,80%	32,1%	31,7%	31,0%	29,80%	

Part de nouveaux résidents accueillis en EHPAD dans l'année ayant bénéficié d'un examen bucco- dentaire à l'entrée

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de nouveaux résidents accueillis en EHPAD dans l'année ayant bénéficié d'un examen bucco- dentaire à l'entrée	0,00%	nd	7,00%	14,00%	21,00%	19,00%
Valeur cible et/ou valeur de référence			Hausse	Hausse	Hausse	Hausse

Pourcentage d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 habitants, présentant de manière récurrente des dépassements de limite de qualité

	2011	2012	2013	2014	2015
Pourcentage d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 habitants, présentant de manière récurrente des dépassements de limite de qualité	3,65%	2,10%	5,60%	2,80%	nd
Valeur cible et/ou valeur de référence		0,00%	0,00%	5,00%	

Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants de grande section maternelle

Données au 31/12	2010	2011	2012	2013	2014
Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants de grande section maternelle		7% (T-5)	nd	8,60%	nd

Nombre d'expérimentations de consultations d'annonce, hors cancérologie et SIDA (et mention des pathologies concernées)

Données au 31/12	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre d'expérimentations de consultations d'annonce, hors cancérologie et SIDA (et mention des pathologies concernées)		0	0	9	9	9

Expérimentation conduite à son terme (31 décembre 2015) - Consensus entre les professionnels de santé du DA sur ce que doit être le DA, en cohérence avec les recommandations de l'HAS, établi, Harmonisation régionale inscrite en 2016 dans l'expérimentation "Parcours IRC" et déclinaison du PMND.

Taux de décès par suicide (pour 100 000 habitants standardisé par âge)

Données au 31/12	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de décès par suicide		18.5		18.3	nd	nd

Proportion de jeunes de 17 ans déclarant consommer 5 verres d'alcool ou plus en une occasion au moins une fois par mois

Données au 31/12	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Proportion de jeunes de 17 ans déclarant consommer 5 verres d'alcool ou plus en une occasion au moins une fois par mois		62%			63%	

Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (à 2 doses)

Données au 31/12	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (à 2 doses)			67%	71%	76%	

2.2. Enquêtes SOLEN hors Opérateurs en prévention

Est-ce que vous intégrez davantage la prévention dans votre activité...

	ES		ESMS		MSP-co		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui, et c'est principalement imputable à l'action de l'ARS (information, communication, contractualisation, incitation, soutien à des formations, financements...)	23	43%	34	65%	7	32%	64	50%
Oui, mais ce n'est que peu en lien avec l'action de l'ARS	28	52%	10	19%	14	64%	52	41%
Non, la situation n'a pas évolué	3	6%	8	15%	1	5%	12	9%
total	54	100%	52	100%	22	100%	128	100%

Evolution des pratiques des acteurs non spécialisés en matière de prévention

Qualifiez ces évolutions en vous positionnant sur chacune des propositions ci-après de 1 (absence de changement) à 4 (un changement très important)

Nb : ici, ce sont les notes moyennes (sur 4) qui sont indiquées

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	Note moyenne	n	Note moyenne	n	Note moyenne	n	Note moyenne	n	Note moyenne
Le répondant connaît davantage les opérateurs spécialisés en prévention	53	2,17	53	2,00	21	2,29	16	2,63	143	2,17
Le répondant fait davantage appel à des opérateurs spécialisés en prévention pour intervenir auprès des usagers de ma structure	53	1,92	53	2,08	21	1,95	16	2,31	143	2,03
Le répondant oriente davantage les usagers de ma structure vers des opérateurs spécialisés en prévention (par exemple, dans le domaine des addictions)	52	2,29	51	2,06	21	2,14	16	2,63	140	2,22
Des actions de prévention ont été mises en place ponctuellement dans ma structure	53	2,72	52	2,33	21	2,81			126	2,57
La dimension prévention est davantage intégrée comme une mission à part entière de ma structure (des actions y sont menées régulièrement)	53	2,72	53	2,47	21	2,76	16	2,81	143	2,64
Des professionnels de ma structure se sont formés dans le domaine de la prévention (formation continue)	53	2,36			21	2,10	13	2,46	87	2,31
moyenne		2,36		2,19		2,34		2,57		2,32

2.3. Enquêtes SOLEN auprès des Opérateurs en prévention

Votre structure (de prévention) intervient - elle auprès des structures suivantes :

	Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants en situation de handicap		Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes en situation de handicap		Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes âgées		Auprès des établissements de santé		Auprès des établissements et services accompagnant les personnes en situation de précarité (ex. CHR, CADA, résidences sociales...)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
De manière importante	5	12%	4	9%	4	9%	9	21%	14	33%
Un peu	4	9%	7	16%	9	21%	11	26%	7	17%
Assez peu	8	19%	10	23%	10	23%	7	16%	9	21%
Pas du tout	26	60%	22	51%	20	47%	16	37%	12	29%
total	43	100%	43	100%	43	100%	43	100%	42	100%

Est-ce davantage qu'il y a 4 -5 ans ?

	Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants en situation de handicap		Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes en situation de handicap		Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes âgées		Auprès des établissements de santé		Auprès des établissements et services accompagnant les personnes en situation de précarité (ex. CHR, CADA, résidences sociales...)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	2	5%	2	5%	3	8%	10	26%	12	32%
Plutôt	6	16%	8	21%	9	24%	8	21%	8	21%
Plutôt pas	8	21%	9	24%	9	24%	3	8%	7	18%
Pas du tout	17	45%	14	37%	12	32%	12	32%	7	18%
Ne sait pas	5	13%	5	13%	5	13%	5	13%	4	11%
total	38	100%	38	100%	38	100%	38	100%	38	100%

Le cas échéant, est-ce que ces évolutions sont liées à l'action de l'ARS (contractualisation, appels à projets...) ?

	Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants en situation de handicap		Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes en situation de handicap		Auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes âgées		Auprès des établissements de santé		Auprès des établissements et services accompagnant les personnes en situation de précarité (ex. CHRS, CADA, résidences sociales...)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	6	16%	6	16%	3	9%	7	19%	8	22%
Plutôt	2	5%	5	14%	9	26%	10	27%	8	22%
Plutôt pas	5	14%	5	14%	5	14%	3	8%	3	8%
Pas du tout	14	38%	12	32%	12	34%	12	32%	9	24%
Ne sait pas	10	27%	9	24%	6	17%	5	14%	9	24%
total	37	100%	37	100%	35	100%	37	100%	37	100%

Par rapport à il y a 4-5 ans, êtes-vous davantage sollicité par les acteurs suivants pour intervenir auprès de leurs usagers ou de leurs équipes ? (que vous puissiez répondre favorablement ou non à ces demandes) :

	Etablissements et services médico-sociaux en faveur des enfants en situation de handicap		Etablissements et services médico-sociaux en faveur des adultes en situation de handicap		Etablissements et services médico-sociaux en faveur des personnes âgées		Etablissements de santé		Etablissements et services accompagnant les personnes en situation de précarité (ex. CHRS, CADA, résidences sociales...)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	1	3%	3	8%	2	5%	8	22%	9	24%
Plutôt	9	24%	9	24%	13	35%	10	28%	8	22%
Plutôt pas	8	21%	10	27%	7	19%	7	19%	11	30%
Pas du tout	20	53%	15	41%	15	41%	11	31%	9	24%
total	38	100%	37	100%	37	100%	36	100%	37	100%

Avez-vous l'impression que les politiques publiques non spécifiquement sanitaires portées par des services de l'Etat ou collectivités territoriales (ex : urbanisme, transport) prennent davantage en compte l'impact sur la santé de leurs actions ?

	n	%
Oui, et je pense que cette évolution est liée à une action de l'ARS (y compris de sensibilisation auprès des autorités concernées)	16	44%
Oui, mais cela m'apparaît lié à une volonté des autorités concernées sans que l'ARS ait eu un rôle dans ce domaine	0	0%
Non	5	14%
Je ne sais pas	15	42%
total	36	100%

2.4. Enquête SOLEN auprès des professionnels intervenant dans le cadre de MSP/PSP

Evolutions des usagers vers des comportements favorables à la santé

55% des répondants MSP déclarent une évolution favorable des comportements de leurs patients en matière **d'habitudes nutritionnelles** (contre 45% ne déclarant pas d'évolution)

68% des répondants MSP déclarent une évolution favorable des comportements de leurs patients en matière **d'activité physique** (contre 33% ne déclarant pas d'évolution)

60% des répondants MSP déclarent une évolution défavorable ou pas d'évolution des comportements de leurs patients en matière de **conduites addictives** (contre 40% déclarant une évolution favorable)

63% des répondants MSP déclarent une évolution défavorable ou pas d'évolution des comportements de leurs patients en matière **d'évocation spontanée du mal être** - voire des idées suicidaires (contre 37% déclarant une évolution favorable)

61% des répondants MSP déclarent une évolution favorable des comportements de leurs patients en matière de **vigilance sur la dimension santé de leur environnement** (ex. aménagement du logement, aération des espaces de vie...) (contre 34% ne déclarant pas d'évolution)

73% des répondants MSP déclarent une évolution favorable des comportements de leurs patients en matière d'**activités propices à la prévention de la perte d'autonomie** (activités physiques ou cognitives, par exemple) (contre 24% ne déclarant pas d'évolution)

64% des répondants MSP déclarent une évolution défavorable ou pas d'évolution des comportements de leurs patients en matière **d'adhésion à la vaccination** (contre 36% déclarant une évolution favorable)

Avez-vous davantage connaissance des programmes d'éducation thérapeutique du patient existant dans la région, par rapport à il y a 4-5 ans ?

<i>gérants et coordonnateurs MSP/PSP</i>	n	%
Oui	16	76%
Non	5	24%
Ne sait pas		0%
total	21	

<i>Autres professionnels intervenants en MSP</i>	n	%
Oui	16	62%
Non	10	38%
Ne sait pas	0	0%
total	26	

Depuis 4-5 ans, l'accessibilité de ces programmes pour vos patients vous semble-t-elle s'être améliorée ?

En termes d'existence de programmes

<i>gérants et coordonnateurs MSP/PSP</i>	n	%
Oui	13	62%
Non	5	24%
Ne sait pas	3	14%
total	21	

<i>Autres professionnels intervenants en MSP</i>	n	%
Oui	12	60%
Non	3	15%
Ne sait pas	5	25%
total	20	

En termes d'adéquation des programmes aux besoins des patients

<i>gérants et coordonnateurs MSP/PSP</i>	n	%
Oui	12	60%
Non	2	10%
Ne sait pas	6	30%
total	20	

<i>Autres professionnels intervenants en MSP</i>	n	%
Oui	8	38%
Non	7	33%
Ne sait pas	6	29%
total	21	

En termes de proximité de l'offre en programmes d'ETP

<i>gérants et coordonnateurs MSP/PSP</i>	n	%
Oui	12	60%
Non	4	20%
Ne sait pas	4	20%
total	20	

<i>Autres professionnels intervenants en MSP</i>	n	%
Oui	5	28%
Non	6	33%
Ne sait pas	7	39%
total	18	

2.5. CPOM ARS-Etablissements de santé/ exploitation DEPS

Objectifs en matière de prévention

95% des 122 CPOM signées par l'ARS avec des **établissements de santé** comportent des objectifs en matière de prévention (autour de 3 thèmes principaux : vaccination, prévention du suicide et repérage des conduites à risque). Ces objectifs représentent 21% des 1103 objectifs contractualisés avec les établissements de santé.

Objectifs en termes d'autonomisation du patient

61% des 122 CPOM signées par l'ARS avec des **établissements de santé** comportent des objectifs en matière d'autonomisation du patient (éducation thérapeutique et consultation d'annonce). Ces objectifs représentent 9% des 1103 objectifs contractualisés avec les établissements de santé.

Actions sur les déterminants environnementaux de la santé

61% des 122 CPOM signées par l'ARS avec des **établissements de santé** comportent des objectifs en matière d'action sur les déterminants environnementaux de la santé. Ces objectifs représentent 7% des 1103 objectifs contractualisés avec les établissements de santé.

2.6. Rapports de certification HAS V2010 /exploitation DEPS

Education thérapeutique du patient

Il ressort des rapports de certification (v2010, état au 27/10/20106) des établissements de santé établis par la HAS que, sur l'item "Education thérapeutique du patient" (23a) :

- 12 % des activités sont cotés A
- 75 % des activités sont cotés B
- 13 % des activités sont cotés C
- 0 % des activités sont cotés D

2.7. Base OSCARS – Pays de la Loire – 2010-2015

Analyse par thématiques

En référence aux nb d'actions

<i>Ici, mention en % des actions</i>	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Accidents de la vie courante	3,0%	0,6%	0,9%	0,3%	0,0%	0,5%	0,9%
Cancers	4,9%	1,2%	0,6%	0,7%	0,5%	0,9%	1,4%
Compétences psychosociales	4,9%	11,8%	13,3%	10,6%	14,1%	11,5%	11,0%
Conduites addictives	23,7%	34,7%	24,5%	17,9%	11,4%	19,3%	22,7%
Douleur, Soins palliatifs	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Environnement	4,1%	5,9%	5,5%	7,9%	9,1%	7,8%	6,6%
Handicap	0,0%	3,1%	2,1%	2,6%	5,5%	6,0%	3,0%
Hépatites (VHB - VHC)	3,8%	1,5%	0,9%	0,7%	0,5%	0,5%	1,3%
Hygiène de vie (sommeil, rythmes de vie, hygiène corporelle)	1,9%	4,3%	3,3%	2,3%	5,5%	2,8%	3,3%
Maladies chroniques (autres)	3,0%	0,6%	3,0%	3,3%	3,6%	2,8%	2,7%
Maladies infectieuses (autres)	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Maladies rares	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Médicament	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Nutrition (alimentation et activité physique)	12,8%	19,5%	25,2%	26,8%	32,3%	24,3%	23,2%
Périnatalité - Parentalité	1,5%	1,5%	0,9%	0,7%	0,5%	0,0%	0,9%
Politique de santé	0,4%	0,3%	0,0%	1,3%	0,9%	0,0%	0,5%
Précarité	21,4%	24,5%	32,7%	33,8%	28,2%	29,8%	28,5%
Risque routier	0,4%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Santé au travail	1,1%	0,3%	0,6%	0,7%	2,7%	0,5%	0,9%
Santé bucco-dentaire	0,8%	0,3%	0,0%	0,3%	0,5%	0,0%	0,3%
Santé mentale	23,3%	18,6%	24,2%	29,5%	28,6%	25,2%	24,7%
Santé scolaire	2,6%	1,5%	1,5%	0,7%	1,8%	1,8%	1,6%
Sexualité (contraception, IVG)	8,3%	7,7%	7,3%	7,9%	12,3%	12,4%	9,0%
Vaccination	0,8%	0,6%	0,0%	0,3%	0,5%	0,5%	0,4%
Vieillesse	4,5%	2,5%	2,7%	4,6%	2,3%	2,8%	3,3%
VIH-Sida IST	14,3%	6,8%	6,1%	6,0%	8,2%	9,2%	8,2%
Violence (dont mutilations sexuelles)	7,1%	0,6%	1,5%	3,0%	1,8%	0,5%	2,4%

En référence aux financements

Ici, mention en % des financements en €

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Accidents de la vie courante	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
Cancers	26,7%	1,2%	0,8%	0,8%	0,1%	0,6%	9,7%
Compétences psychosociales	1,1%	3,7%	1,5%	0,2%	2,3%	9,3%	2,6%
Conduites addictives	17,3%	28,9%	35,5%	27,9%	25,6%	30,0%	25,5%
Douleur, Soins palliatifs	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Environnement	2,0%	5,6%	6,6%	9,7%	8,4%	10,8%	6,0%
Handicap	0,0%	1,0%	0,2%	0,1%	2,0%	1,3%	0,6%
Hépatites (VHB - VHC)	5,5%	0,8%	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%	2,3%
Hygiène de vie (sommeil, rythmes de vie, hygiène corporelle)	0,3%	2,0%	0,8%	0,3%	1,1%	0,7%	0,8%
Maladies chroniques (autres)	1,1%	0,9%	3,1%	2,6%	2,3%	3,5%	2,0%
Maladies infectieuses (autres)	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%
Maladies rares	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Médicament	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Nutrition (alimentation et activité physique)	2,3%	9,2%	12,7%	16,9%	17,6%	8,8%	9,2%
Périnatalité - Parentalité	0,6%	1,1%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%
Politique de santé	0,4%	0,0%	0,0%	0,6%	0,9%	0,0%	0,3%
Précarité	8,9%	17,8%	22,2%	34,2%	34,2%	29,6%	20,9%
Risque routier	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Santé au travail	0,4%	0,6%	0,3%	0,0%	1,5%	0,9%	0,5%
Santé bucco-dentaire	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Santé mentale	6,8%	17,2%	19,3%	23,1%	21,0%	15,8%	14,9%
Santé scolaire	0,5%	0,8%	0,9%	0,6%	0,0%	8,6%	1,6%
Sexualité (contraception, IVG)	1,8%	4,5%	2,4%	4,1%	9,3%	6,8%	4,0%
Vaccination	5,0%	7,8%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	2,9%
Veillissement	1,0%	1,1%	2,0%	2,5%	1,2%	1,1%	1,4%
VIH-Sida IST	22,7%	19,2%	16,6%	13,5%	20,4%	16,5%	19,0%
Violence (dont mutilations sexuelles)	1,2%	0,7%	0,8%	1,6%	0,5%	0,3%	1,0%

En référence aux bénéficiaires

Ici, mention en % des bénéficiaires

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Accidents de la vie courante	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Cancers	29,2%	2,5%	0,3%	0,4%	0,0%	0,1%	6,7%
Compétences psychosociales	0,6%	0,3%	0,1%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%
Conduites addictives	9,0%	15,5%	18,0%	14,5%	12,0%	12,9%	13,3%
Douleur, Soins palliatifs	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Environnement	4,0%	8,7%	23,6%	60,9%	23,0%	36,6%	24,0%
Handicap	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hépatites (VHB - VHC)	34,0%	47,5%	40,2%	0,1%	45,9%	41,7%	36,4%
Hygiène de vie (sommeil, rythmes de vie, hygiène corporelle)	0,9%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Maladies chroniques (autres)	1,0%	0,5%	0,6%	0,7%	0,4%	0,3%	0,6%
Maladies infectieuses (autres)	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Maladies rares	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Médicament	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nutrition (alimentation et activité physique)	1,4%	2,5%	9,0%	16,4%	13,2%	4,0%	7,1%
Périnatalité - Parentalité	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Politique de santé	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Précarité	0,9%	2,8%	3,7%	9,8%	53,3%	48,0%	20,4%
Risque routier	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Santé au travail	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,2%
Santé bucco-dentaire	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Santé mentale	3,9%	2,5%	1,6%	3,4%	2,1%	1,0%	2,4%
Santé scolaire	1,7%	1,2%	1,4%	2,0%	0,1%	1,4%	1,3%
Sexualité (contraception, IVG)	14,1%	10,5%	0,7%	1,7%	3,5%	1,2%	5,7%
Vaccination	0,4%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Viellissement	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,5%	0,1%	0,2%
VIH-Sida IST	18,0%	16,4%	6,6%	3,2%	3,1%	2,8%	8,7%
Violence (dont mutilations sexuelles)	1,5%	0,1%	0,1%	1,1%	0,1%	0,1%	0,5%

Analyse par publics

En référence aux nb d'actions

Ici, mention en % des actions

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Adolescents (13-18 ans)	18,8%	19,5%	16,1%	16,9%	18,6%	20,2%	18,2%
Adultes 18-55 ans	28,6%	24,1%	24,2%	29,5%	31,4%	29,8%	27,5%
Aidants	3,4%	2,2%	4,5%	4,6%	5,9%	4,6%	4,1%
Autre	7,9%	11,1%	12,7%	17,9%	19,1%	18,3%	14,2%
Autre profession	4,1%	6,2%	7,3%	5,6%	8,2%	6,9%	6,3%
Chômeurs	7,1%	7,1%	8,2%	8,3%	9,5%	7,3%	7,9%
Enfants (2-5 ans)	2,3%	2,5%	3,6%	5,0%	6,4%	5,0%	4,0%
Enfants (6-9 ans)	4,9%	7,1%	8,2%	12,9%	10,5%	10,6%	8,9%
Etudiants, apprentis	7,1%	7,7%	10,3%	8,3%	9,5%	8,7%	8,6%
Femme	21,4%	13,6%	18,5%	21,9%	18,2%	13,3%	17,9%
Femmes enceintes	0,8%	1,9%	2,1%	1,7%	3,2%	2,3%	1,9%
Gens du voyage	1,1%	0,9%	2,1%	0,7%	1,4%	1,8%	1,3%
Habitants	1,5%	4,0%	8,8%	10,9%	9,1%	7,8%	7,0%
Homme	19,5%	14,9%	18,5%	22,8%	16,4%	10,6%	17,4%
Homosexuels	2,3%	2,5%	2,4%	1,7%	2,7%	1,4%	2,2%
Jeunes 16-25 ans (insertion professionnelle)	33,5%	25,7%	30,9%	24,8%	25,5%	27,1%	28,0%
Nourrissons (0-2 ans)	0,8%	0,9%	1,2%	1,7%	1,8%	1,4%	1,3%
Parents	5,6%	9,9%	9,4%	12,9%	14,1%	11,9%	10,5%
Patients	4,1%	1,5%	4,5%	5,0%	4,5%	4,1%	3,9%
Personnes de plus de 55 ans	16,9%	10,8%	15,5%	19,2%	16,8%	14,2%	15,5%
Personnes détenues ou sous main de justice	11,3%	4,3%	4,2%	5,0%	2,7%	1,4%	4,9%
Personnes en difficulté socio-économique	18,0%	25,4%	24,8%	25,2%	29,1%	26,1%	24,7%
Personnes handicapées	4,1%	9,6%	8,8%	9,9%	13,6%	9,6%	9,2%
Personnes immigrées	3,8%	5,6%	7,6%	6,3%	9,1%	6,9%	6,4%
Personnes prostituées	0,8%	1,5%	1,5%	1,0%	1,4%	1,4%	1,3%
Personnes relais / pairs	3,0%	2,5%	5,8%	4,0%	5,5%	2,8%	3,9%

Personnes sans domicile fixe	3,0%	5,3%	4,5%	4,6%	5,5%	5,0%	4,6%
Préadolescents (10-12 ans)	9,0%	10,5%	7,9%	11,6%	11,8%	13,8%	10,5%
Professionnels de l'éducation	12,0%	17,3%	15,8%	13,9%	14,1%	13,3%	14,6%
Professionnels de santé	13,5%	10,2%	12,4%	12,6%	14,1%	11,5%	12,3%
Professionnels du social	16,2%	18,0%	15,5%	13,9%	13,6%	11,9%	15,1%
Tout public	15,8%	13,0%	15,8%	13,9%	14,1%	17,9%	14,9%
Usagers de drogues	3,4%	2,8%	4,2%	5,0%	6,8%	4,6%	4,3%

En référence aux financements

Ici, mention en % des financements en €

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Adolescents (13-18 ans)	10,9%	24,7%	30,0%	23,4%	24,3%	24,6%	20,5%
Adultes 18-55 ans	20,2%	18,8%	27,0%	27,0%	34,5%	27,2%	24,3%
Aidants	1,9%	2,3%	3,4%	2,8%	2,5%	1,3%	2,3%
Autre	3,5%	17,8%	24,1%	31,0%	32,5%	29,6%	18,7%
Autre profession	2,1%	3,4%	7,2%	5,2%	7,9%	7,4%	4,7%
Chômeurs	4,5%	8,4%	6,8%	7,1%	7,6%	5,9%	6,2%
Enfants (2-5 ans)	1,4%	4,1%	17,7%	14,0%	17,8%	12,6%	9,0%
Enfants (6-9 ans)	2,7%	10,0%	21,7%	21,0%	19,7%	22,4%	13,3%
Etudiants, apprentis	3,3%	6,6%	9,6%	6,5%	6,5%	5,7%	5,7%
Femme	33,9%	16,4%	17,9%	20,1%	18,2%	12,7%	22,9%
Femmes enceintes	0,4%	3,7%	4,0%	3,1%	4,3%	2,9%	2,5%
Gens du voyage	0,6%	0,8%	1,9%	1,0%	2,3%	1,9%	1,2%
Habitants	0,1%	2,8%	5,5%	7,0%	5,4%	3,1%	3,1%
Homme	32,8%	22,0%	25,9%	27,1%	26,6%	19,4%	27,1%
Homosexuels	2,7%	2,4%	9,6%	8,5%	11,2%	8,8%	6,1%
Jeunes 16-25 ans (insertion professionnelle)	18,9%	31,3%	40,2%	30,9%	34,8%	33,3%	28,8%
Nourrissons (0-2 ans)	0,4%	1,9%	1,6%	1,2%	1,7%	0,4%	1,0%
Parents	5,0%	11,3%	21,5%	17,8%	20,6%	14,4%	12,8%

Patients	2,5%	3,5%	9,4%	7,0%	5,1%	5,9%	5,0%
Personnes de plus de 55 ans	22,0%	10,1%	12,1%	14,7%	15,0%	10,7%	15,7%
Personnes détenues ou sous main de justice	7,7%	8,3%	11,5%	7,9%	11,0%	8,2%	8,8%
Personnes en difficulté socio-économique	11,9%	25,5%	28,8%	29,9%	33,4%	24,4%	22,6%
Personnes handicapées	3,7%	11,1%	4,7%	5,7%	8,2%	5,2%	5,8%
Personnes immigrées	3,8%	14,1%	18,2%	15,4%	20,3%	15,8%	12,2%
Personnes prostituées	0,2%	2,1%	1,8%	1,6%	2,1%	1,7%	1,3%
Personnes relais / pairs	1,8%	3,8%	3,8%	3,2%	4,1%	1,7%	2,8%
Personnes sans domicile fixe	4,4%	10,5%	7,4%	9,2%	9,9%	7,7%	7,3%
Préadolescents (10-12 ans)	6,3%	13,9%	23,1%	21,0%	20,4%	28,2%	16,1%
Professionnels de l'éducation	8,2%	22,3%	26,2%	19,7%	23,6%	26,3%	18,3%
Professionnels de santé	7,2%	14,2%	11,3%	12,8%	13,7%	10,9%	10,7%
Professionnels du social	11,0%	17,6%	19,3%	23,7%	26,9%	20,9%	17,8%
Tout public	37,5%	23,5%	29,5%	20,6%	18,0%	18,9%	27,6%
Usagers de drogues	6,6%	4,5%	12,6%	13,2%	18,8%	13,8%	10,3%

En référence aux bénéficiaires

Ici, mention en % des bénéficiaires

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Adolescents (13-18 ans)	52,7%	63,1%	13,9%	25,0%	7,9%	11,4%	29,2%
Adultes 18-55 ans	22,4%	56,9%	19,5%	9,2%	9,5%	12,9%	21,4%
Aidants	32,2%	46,2%	3,2%	1,0%	0,4%	0,7%	14,4%
Autre	2,4%	58,7%	19,1%	23,9%	22,4%	12,6%	21,2%
Autre profession	0,3%	52,3%	12,3%	6,1%	3,8%	3,2%	11,7%
Chômeurs	3,9%	48,4%	10,6%	1,7%	1,1%	1,2%	10,2%
Enfants (2-5 ans)	0,2%	48,3%	7,7%	16,1%	12,0%	4,5%	13,2%
Enfants (6-9 ans)	1,7%	53,7%	8,4%	18,4%	13,3%	5,9%	15,1%
Etudiants, apprentis	43,8%	59,8%	9,1%	5,3%	4,6%	6,2%	22,1%
Femme	75,5%	59,1%	16,6%	10,1%	5,3%	3,6%	30,2%
Femmes enceintes	0,1%	47,4%	0,6%	0,2%	0,2%	0,9%	7,3%

Gens du voyage	0,1%	45,8%	0,9%	0,1%	0,2%	0,4%	7,0%
Habitants	0,0%	46,2%	10,3%	15,9%	10,5%	14,2%	14,8%
Homme	70,4%	61,4%	16,8%	11,4%	9,5%	3,6%	30,3%
Homosexuels	1,6%	47,9%	0,8%	1,6%	1,4%	1,1%	8,1%
Jeunes 16-25 ans (insertion professionnelle)	55,5%	65,5%	25,3%	25,2%	8,3%	14,7%	32,7%
Nourrissons (0-2 ans)	0,0%	45,8%	0,1%	0,4%	1,4%	0,9%	7,1%
Parents	1,2%	54,1%	8,6%	17,8%	12,3%	9,8%	15,6%
Patients	0,7%	46,9%	10,7%	1,3%	0,8%	1,2%	9,3%
Personnes de plus de 55 ans	16,0%	47,2%	10,8%	3,8%	3,2%	2,2%	13,5%
Personnes détenues ou sous main de justice	32,9%	48,2%	3,2%	1,6%	2,3%	1,1%	15,3%
Personnes en difficulté socio-économique	1,9%	57,1%	13,3%	6,5%	4,5%	2,3%	12,9%
Personnes handicapées	5,4%	53,3%	1,5%	8,6%	7,5%	0,6%	11,6%
Personnes immigrées	34,9%	49,9%	2,2%	2,7%	2,5%	1,9%	16,1%
Personnes prostituées	0,0%	45,8%	0,6%	0,3%	0,2%	0,2%	6,9%
Personnes relais / pairs	2,3%	53,6%	6,8%	2,3%	1,7%	0,2%	10,0%
Personnes sans domicile fixe	0,2%	47,9%	0,9%	1,0%	0,7%	0,8%	7,5%
Préadolescents (10-12 ans)	35,1%	52,6%	7,9%	13,6%	10,5%	7,8%	21,3%
Professionnels de l'éducation	2,2%	63,3%	57,7%	19,8%	12,7%	6,7%	25,1%
Professionnels de santé	34,8%	58,1%	54,1%	20,6%	17,3%	5,8%	31,3%
Professionnels du social	1,6%	61,7%	50,1%	4,1%	3,4%	2,6%	19,2%
Tout public	10,7%	64,6%	13,4%	49,4%	60,8%	74,9%	44,0%
Usagers de drogues	31,9%	47,5%	0,9%	2,0%	1,7%	1,6%	14,7%

Analyse par programmes

En référence aux nb d'actions

Ici, mention en % des actions

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Améliorer la couverture vaccinale de la population	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie	0,0%	40,9%	16,7%	27,8%	33,6%	15,6%	22,8%
Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité	0,0%	17,0%	7,6%	9,6%	6,8%	6,9%	8,4%
Engager les acteurs de santé de premier recours dans les actions de prévention de proximité	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,9%	0,9%	0,3%
Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité	0,0%	25,1%	1,2%	0,7%	0,0%	0,0%	5,2%
Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant	0,0%	0,6%	0,6%	0,0%	0,0%	0,9%	0,4%
Maîtriser les risques liés aux activités de santé	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles	0,0%	51,1%	43,0%	27,5%	36,8%	33,5%	32,8%
Plan Régional Santé au Travail 2 2010-2014	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Plan Régional Santé Environnement 2010-2013 - 10 actions pour un environnement favorable à la santé	3,0%	5,0%	4,5%	7,3%	5,9%	0,0%	4,5%
Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences	0,0%	2,8%	3,3%	3,3%	1,4%	1,4%	2,2%
Réduire les impacts de l'environnement sur la santé	0,0%	3,1%	0,9%	0,3%	0,5%	0,9%	1,0%
Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence	0,0%	1,9%	5,8%	0,3%	0,9%	0,0%	1,7%

En référence aux financements

Ici, mention en % des financements en €

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Améliorer la couverture vaccinale de la population	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie	0,0%	43,5%	16,9%	32,4%	40,4%	24,3%	20,4%
Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité	0,0%	12,3%	18,3%	18,7%	18,4%	4,3%	9,4%
Engager les acteurs de santé de premier recours dans les actions de prévention de proximité	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,2%	0,1%
Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité	0,0%	23,8%	2,9%	1,1%	0,0%	0,0%	3,9%
Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant	0,0%	1,5%	2,1%	0,0%	0,0%	4,4%	1,1%
Maîtriser les risques liés aux activités de santé	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles	0,0%	60,9%	57,6%	47,2%	51,6%	35,2%	33,2%
Plan Régional Santé au Travail 2 2010-2014	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Plan Régional Santé Environnement 2010-2013 - 10 actions pour un environnement favorable à la santé	1,3%	5,0%	6,2%	9,7%	5,1%	0,0%	3,9%
Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences	0,0%	0,6%	2,2%	1,6%	0,7%	0,4%	0,8%
Réduire les impacts de l'environnement sur la santé	0,0%	4,4%	0,8%	0,0%	2,8%	0,6%	1,1%
Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence	0,0%	2,4%	4,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,9%

En référence aux bénéficiaires

Ici, mention en % des bénéficiaires

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Améliorer la couverture vaccinale de la population	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie	0,0%	86,3%	44,7%	15,2%	58,8%	43,7%	40,0%
Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité	0,0%	10,6%	2,8%	7,8%	5,6%	2,9%	4,4%
Engager les acteurs de santé de premier recours dans les actions de prévention de proximité	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité	0,0%	3,6%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant	0,0%	0,0%	9,7%	0,0%	0,0%	0,1%	1,6%
Maîtriser les risques liés aux activités de santé	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles	0,0%	86,2%	71,6%	70,8%	69,9%	75,5%	58,8%
Plan Régional Santé au Travail 2 2010-2014	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Plan Régional Santé Environnement 2010-2013 - 10 actions pour un environnement favorable à la santé	3,5%	8,6%	23,6%	60,9%	23,0%	0,0%	17,1%
Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences	0,0%	0,1%	0,3%	0,3%	0,4%	0,1%	0,2%
Réduire les impacts de l'environnement sur la santé	0,0%	7,0%	0,3%	0,0%	0,0%	5,1%	2,0%
Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence	0,0%	0,1%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%

Analyse par types d'actions

En référence aux nb d'actions

Ici, mention en % des actions

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Accueil, écoute, orientation	33,1%	22,3%	27,9%	31,1%	37,7%	35,3%	30,5%
Action de santé communautaire	1,5%	2,8%	7,3%	5,3%	7,3%	4,6%	4,8%
Actions liées à la réglementation	0,4%	1,9%	3,0%	1,3%	2,3%	2,3%	1,9%
Appui et/ou suivi en méthodologie et évaluation	1,5%	9,6%	17,6%	17,2%	15,5%	8,7%	11,9%
Communication, information, sensibilisation	51,9%	48,0%	50,0%	48,7%	48,6%	53,2%	49,9%
Consultation de dépistage	6,4%	1,9%	2,7%	2,0%	2,7%	2,3%	3,0%
Consultation ou accueil individualisé de prévention	8,3%	9,9%	11,8%	13,9%	14,1%	14,2%	11,9%
Coordination locale	2,3%	4,6%	5,5%	5,0%	5,9%	5,0%	4,7%
Documentation	3,0%	3,7%	10,0%	7,9%	10,0%	7,8%	7,0%
Education pour la santé	31,2%	44,0%	59,1%	55,6%	55,5%	55,0%	50,0%
Education thérapeutique	2,3%	0,6%	3,6%	3,0%	3,6%	2,3%	2,5%
Etude de besoins - diagnostic	0,8%	2,2%	3,9%	4,6%	6,4%	3,2%	3,4%
Etude et recherche	1,1%	0,9%	1,2%	1,7%	0,9%	1,4%	1,2%
Fonctionnement de la structure (Dépistage)	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Formation	59,4%	55,4%	57,3%	56,0%	53,6%	60,1%	56,9%
Prise en charge médicale	6,4%	2,8%	2,1%	3,0%	3,2%	4,1%	3,5%
Prise en charge sociale	5,3%	1,5%	3,6%	5,3%	1,8%	2,8%	3,4%
Production, analyse ou valorisation d'outil	1,1%	4,6%	7,6%	6,0%	6,4%	4,6%	5,1%
Soutien aux équipes	12,8%	21,4%	14,5%	15,9%	19,1%	20,6%	17,2%
Travail en réseau	11,3%	13,3%	27,0%	25,2%	20,9%	20,6%	19,8%

En référence aux financements

Ici, mention en % des financements en €

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Accueil, écoute, orientation	19,0%	31,1%	34,7%	31,5%	36,9%	27,5%	27,6%
Action de santé communautaire	2,9%	2,7%	17,0%	15,4%	19,3%	13,8%	9,7%
Actions liées à la réglementation	0,4%	1,8%	4,4%	0,8%	0,8%	1,7%	1,4%
Appui et/ou suivi en méthodologie et évaluation	1,2%	5,6%	14,3%	11,6%	6,3%	4,5%	6,0%
Communication, information, sensibilisation	78,6%	60,2%	54,9%	55,0%	66,6%	68,5%	66,8%
Consultation de dépistage	48,6%	3,1%	3,0%	2,5%	3,6%	2,9%	18,7%
Consultation ou accueil individualisé de prévention	10,4%	11,7%	17,3%	21,2%	20,8%	20,0%	15,4%
Coordination locale	1,0%	8,2%	8,7%	5,3%	6,0%	4,2%	4,6%
Documentation	3,7%	4,4%	6,5%	5,7%	7,4%	7,0%	5,3%
Education pour la santé	13,6%	35,8%	46,9%	45,1%	46,6%	44,1%	33,2%
Education thérapeutique	0,7%	1,6%	6,3%	3,0%	5,9%	4,5%	3,0%
Etude de besoins - diagnostic	0,7%	4,4%	8,2%	9,9%	5,5%	3,6%	4,4%
Etude et recherche	1,1%	1,6%	3,8%	2,1%	1,7%	1,7%	1,8%
Fonctionnement de la structure (Dépistage)	26,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,0%
Formation	80,8%	66,5%	58,7%	62,3%	69,7%	72,0%	70,8%
Prise en charge médicale	33,8%	12,2%	4,4%	4,7%	5,8%	5,7%	16,0%
Prise en charge sociale	10,4%	3,5%	3,9%	6,0%	5,8%	6,1%	6,9%
Production, analyse ou valorisation d'outil	0,5%	3,3%	6,0%	4,5%	4,3%	3,1%	2,9%
Soutien aux équipes	8,1%	28,6%	19,1%	15,1%	15,4%	15,6%	15,3%
Travail en réseau	12,2%	19,8%	35,6%	38,5%	35,7%	29,3%	24,9%

En référence aux bénéficiaires

Ici, mention en % des bénéficiaires

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Accueil, écoute, orientation	39,6%	56,5%	55,9%	14,4%	60,2%	55,1%	48,2%
Action de santé communautaire	0,0%	0,5%	5,7%	10,7%	10,5%	6,2%	5,2%
Actions liées à la réglementation	0,0%	0,8%	9,4%	1,3%	0,6%	3,6%	2,6%
Appui et/ou suivi en méthodologie et évaluation	0,1%	6,4%	5,4%	3,0%	2,1%	3,2%	3,2%
Communication, information, sensibilisation	95,3%	88,7%	97,4%	81,9%	86,0%	84,4%	89,5%
Consultation de dépistage	25,6%	1,3%	1,1%	0,6%	1,4%	0,0%	6,1%
Consultation ou accueil individualisé de prévention	2,7%	5,2%	5,3%	19,2%	12,7%	16,1%	9,7%
Coordination locale	0,2%	10,3%	5,7%	8,3%	8,4%	1,4%	5,2%
Documentation	33,2%	54,3%	51,9%	12,1%	55,1%	45,4%	42,9%
Education pour la santé	7,6%	16,2%	20,8%	43,4%	25,6%	33,9%	23,2%
Education thérapeutique	31,5%	46,5%	40,2%	0,9%	46,7%	42,3%	36,1%
Etude de besoins - diagnostic	0,0%	0,8%	4,6%	22,4%	17,8%	15,0%	9,4%
Etude et recherche	0,0%	0,8%	9,9%	14,6%	10,0%	1,7%	5,5%
Fonctionnement de la structure (Dépistage)	28,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,0%
Formation	95,4%	89,3%	97,8%	82,2%	86,7%	84,5%	89,8%
Prise en charge médicale	2,3%	4,4%	1,2%	14,6%	10,7%	13,6%	7,4%
Prise en charge sociale	0,5%	0,5%	1,1%	1,6%	0,4%	1,5%	0,9%
Production, analyse ou valorisation d'outil	0,0%	7,0%	19,4%	22,4%	18,3%	15,9%	13,0%
Soutien aux équipes	2,4%	7,1%	9,5%	3,2%	1,9%	17,0%	7,0%
Travail en réseau	5,5%	17,8%	38,8%	63,9%	27,2%	28,4%	27,7%

Analyse par secteurs d'activité

En référence aux nb d'actions

<i>Ici, mention en % des actions</i>	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
A domicile	0,0%	0,3%	1,5%	2,0%	2,7%	3,2%	1,5%
Autre	0,0%	9,9%	30,3%	46,4%	39,1%	44,0%	27,4%
Centre communal d'action sociale	0,0%	0,9%	1,5%	2,6%	2,7%	1,4%	1,5%
Centre de loisirs et sportif	0,0%	0,0%	1,2%	3,6%	2,3%	0,9%	1,3%
Centre de soins, établissement de santé	0,0%	1,5%	4,8%	4,6%	5,0%	6,4%	3,6%
Centre social	0,0%	1,2%	5,8%	7,9%	8,2%	9,6%	5,2%
CSAPA-CAARUD	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,9%	0,5%	0,3%
Etablissement pénitentiaire	0,0%	1,9%	2,7%	3,3%	0,5%	0,5%	1,6%
Etablissement scolaire Collège	0,0%	6,8%	7,9%	8,6%	7,3%	10,6%	6,8%
Etablissement scolaire Lycée	0,0%	8,0%	9,4%	9,9%	5,0%	5,5%	6,6%
Etablissement scolaire Maternelle / Primaire	0,0%	0,9%	3,9%	6,3%	5,9%	6,0%	3,7%
Ets et services médico-sociaux adultes handicapés	0,0%	0,0%	0,6%	3,0%	5,9%	5,5%	2,2%
Ets et services médico-sociaux enfants handicapés	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	1,4%	0,5%	0,4%
Ets et services médico-sociaux personnes âgées (EPHAD, FAM, MAS, MR)	0,0%	0,3%	1,2%	0,7%	0,9%	2,3%	0,8%
Ets et services médico-sociaux personnes en difficultés spécifiques (CHRS, LHSS...)	0,0%	2,5%	3,0%	4,3%	4,1%	3,7%	2,9%
Foyer de travailleurs migrants	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%
Intervention dans les rues (maraude...)	0,0%	2,2%	2,4%	1,3%	2,3%	2,8%	1,8%
Lieu de travail	0,0%	4,3%	1,2%	2,0%	4,1%	2,8%	2,4%
Lieu festif	0,0%	3,4%	2,7%	2,6%	2,7%	4,6%	2,7%
Lieux spécifiques Gay	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Local d'association	0,0%	5,6%	17,9%	23,2%	20,9%	21,1%	14,4%
Organismes de formation (IFSI, CFA...)	0,0%	3,4%	3,6%	3,6%	0,9%	0,9%	2,3%
Squat ou Aires de stationnement ROMS	0,0%	0,0%	0,9%	0,3%	0,9%	0,5%	0,4%
Structures d'accueil pour les jeunes (ML, PAEJ, ESJ, MDA...)	0,0%	2,8%	14,2%	8,9%	8,6%	10,6%	7,5%
Structures de distribution aide alimentaire	0,0%	0,6%	2,1%	2,0%	2,7%	1,8%	1,5%
Université	0,0%	3,4%	3,9%	4,6%	3,2%	3,2%	3,1%

En référence aux financements

Ici, mention en % des financements en €

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
A domicile	0,0%	0,5%	2,0%	3,2%	3,8%	5,0%	1,9%
Autre	0,0%	11,0%	40,7%	50,0%	29,3%	27,2%	20,8%
Centre communal d'action sociale	0,0%	1,5%	3,4%	4,3%	4,8%	3,0%	2,2%
Centre de loisirs et sportif	0,0%	0,0%	0,7%	1,9%	2,0%	0,3%	0,6%
Centre de soins, établissement de santé	0,0%	1,6%	10,1%	7,8%	6,9%	8,6%	4,6%
Centre social	0,0%	3,6%	7,7%	17,7%	20,5%	17,0%	8,4%
CSAPA-CAARUD	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	1,0%	0,3%	0,2%
Etablissement pénitentiaire	0,0%	1,8%	0,6%	0,7%	0,1%	0,1%	0,5%
Etablissement scolaire Collège	0,0%	13,5%	21,8%	16,5%	15,7%	18,0%	11,2%
Etablissement scolaire Lycée	0,0%	14,0%	23,0%	18,7%	15,4%	16,9%	11,6%
Etablissement scolaire Maternelle / Primaire	0,0%	2,0%	15,3%	12,5%	14,3%	19,2%	8,2%
Ets et services médico-sociaux adultes handicapés	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	2,3%	2,3%	0,6%
Ets et services médico-sociaux enfants handicapés	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,2%	0,1%
Ets et services médico-sociaux personnes âgées (EPHAD, FAM, MAS, MR)	0,0%	0,9%	1,1%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
Ets et services médico-sociaux personnes en difficultés spécifiques (CHRS, LHSS...)	0,0%	2,8%	1,5%	2,9%	6,2%	4,4%	2,2%
Foyer de travailleurs migrants	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Intervention dans les rues (maraude...)	0,0%	2,8%	3,4%	2,7%	7,7%	6,4%	2,9%
Lieu de travail	0,0%	2,5%	1,4%	2,2%	3,2%	2,8%	1,5%
Lieu festif	0,0%	2,3%	4,5%	11,0%	4,3%	5,2%	3,6%
Lieux spécifiques Gay	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Local d'association	0,0%	5,4%	22,3%	26,8%	21,9%	18,6%	12,3%
Organismes de formation (IFSI, CFA...)	0,0%	5,8%	5,6%	5,7%	1,1%	1,2%	2,7%
Squat ou Aires de stationnement ROMS	0,0%	0,0%	1,3%	1,0%	2,0%	1,1%	0,7%
Structures d'accueil pour les jeunes (ML, PAEJ, ESJ, MDA...)	0,0%	1,6%	12,9%	13,1%	14,8%	14,5%	7,3%
Structures de distribution aide alimentaire	0,0%	0,2%	1,7%	1,8%	2,6%	0,8%	0,9%
Université	0,0%	2,2%	5,1%	6,2%	1,6%	1,6%	2,3%

En référence aux bénéficiaires

Ici, mention en % des bénéficiaires

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
A domicile	0,0%	0,0%	10,7%	14,6%	9,6%	14,2%	7,8%
Autre	0,0%	54,8%	69,6%	47,0%	68,9%	67,9%	49,5%
Centre communal d'action sociale	0,0%	1,6%	0,2%	0,9%	0,8%	0,2%	0,5%
Centre de loisirs et sportif	0,0%	0,0%	3,7%	23,7%	6,3%	1,3%	4,7%
Centre de soins, établissement de santé	0,0%	47,9%	43,9%	4,3%	46,8%	44,2%	31,0%
Centre social	0,0%	45,8%	1,5%	4,6%	3,1%	2,7%	8,5%
CSAPA-CAARUD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Etablissement pénitentiaire	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Etablissement scolaire Collège	0,0%	2,4%	7,7%	21,6%	3,1%	6,9%	6,0%
Etablissement scolaire Lycée	0,0%	10,8%	8,0%	35,0%	2,9%	6,2%	8,7%
Etablissement scolaire Maternelle / Primaire	0,0%	2,4%	3,7%	17,1%	11,0%	4,3%	5,7%
Ets et services médico-sociaux adultes handicapés	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Ets et services médico-sociaux enfants handicapés	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,1%
Ets et services médico-sociaux personnes âgées (EPHAD, FAM, MAS, MR)	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,4%	0,0%	0,1%
Ets et services médico-sociaux personnes en difficultés spécifiques (CHRS, LHSS...)	0,0%	0,1%	0,1%	0,4%	0,5%	0,4%	0,2%
Foyer de travailleurs migrants	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Intervention dans les rues (maraude...)	0,0%	46,7%	41,2%	0,2%	46,2%	43,2%	29,6%
Lieu de travail	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	1,4%	0,1%	0,3%
Lieu festif	0,0%	4,9%	13,2%	26,2%	8,3%	10,6%	9,4%
Lieux spécifiques Gay	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Local d'association	0,0%	2,2%	6,3%	25,6%	8,5%	5,3%	6,8%
Organismes de formation (IFSI, CFA...)	0,0%	1,1%	1,4%	2,6%	0,1%	0,1%	0,7%
Squat ou Aires de stationnement ROMS	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%
Structures d'accueil pour les jeunes (ML, PAEJ, ESJ, MDA...)	0,0%	1,7%	1,4%	13,2%	1,2%	1,0%	2,4%
Structures de distribution aide alimentaire	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
Université	0,0%	49,4%	6,3%	30,0%	1,1%	1,4%	12,3%

Analyse par territoires de soin de proximité

En référence aux nb d'actions

Ici, mention en % des actions

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Aizenay-Le Poiré	1,1%	3,7%	5,8%	7,0%	5,9%	0,0%	4,1%
Alençon Haute Sarthe	2,6%	3,4%	4,2%	5,6%	5,9%	0,0%	3,7%
Ancenis	7,1%	6,2%	6,4%	9,9%	6,8%	0,0%	6,3%
Angers Loire Métropole	14,3%	14,9%	14,8%	19,5%	20,5%	0,0%	14,4%
Centre Mayenne	8,3%	11,8%	10,9%	12,9%	14,5%	0,0%	10,1%
Challans Beauvoir Monts	1,1%	3,7%	2,7%	7,9%	6,8%	0,0%	3,8%
Châteaubriant-Derval-Nozay	8,3%	6,5%	6,1%	9,9%	9,1%	0,0%	6,8%
Choletais	3,4%	11,8%	12,1%	14,9%	10,0%	0,0%	9,3%
Divatte Sèvre Clisson	4,9%	5,6%	6,4%	12,9%	9,5%	0,0%	6,8%
Guérande Presqu'île	5,3%	7,1%	6,7%	11,9%	6,4%	0,0%	6,6%
La Roche sur Yon	13,2%	10,2%	10,6%	14,6%	13,2%	0,0%	10,6%
Le Mans	15,4%	13,0%	14,2%	14,9%	16,8%	0,0%	12,8%
Littoral 85 St Gilles Olonne	3,8%	5,0%	5,8%	8,6%	5,9%	0,0%	5,1%
Machecoul Grandlieu Legé	5,3%	4,6%	5,2%	8,9%	5,5%	0,0%	5,1%
Montaigu	2,3%	4,0%	4,8%	7,3%	3,6%	0,0%	3,9%
Nantes métropole	38,3%	25,4%	28,2%	26,2%	24,5%	0,0%	24,7%
Nord Maine et Loire	1,9%	7,7%	6,7%	10,9%	5,9%	0,0%	5,9%
Nord Mayenne	5,6%	6,2%	7,6%	8,6%	10,5%	0,0%	6,6%
Nord Ouest Nantes	8,3%	9,3%	6,7%	11,3%	7,3%	0,0%	7,5%
Pays de Retz Sud Estuaire	4,9%	5,9%	5,5%	8,3%	7,7%	0,0%	5,5%
Perche Sarthois	1,9%	2,8%	3,9%	6,3%	6,8%	0,0%	3,7%
Pouzauges Mortagne Herbiers	3,0%	4,3%	4,5%	8,3%	5,5%	0,0%	4,5%
Redon-Pontchâteau-St Gildas	5,3%	5,9%	5,5%	10,3%	6,4%	0,0%	5,8%
Saint-Nazaire Estuaire	12,0%	13,6%	12,1%	13,6%	10,9%	0,0%	10,9%
Saumur Loire Développement	2,3%	10,2%	7,6%	11,6%	7,7%	0,0%	7,0%

Segré Pouancé Candé Ouest Anjou Lion d'Angers	3,0%	8,4%	7,0%	11,3%	7,3%	0,0%	6,5%
Sud Maine et Loire	1,5%	7,4%	6,1%	9,9%	6,4%	0,0%	5,5%
Sud Mayenne	3,8%	8,4%	7,0%	9,3%	14,1%	0,0%	7,2%
Sud Ouest Maine et Loire	4,1%	10,2%	9,1%	12,9%	7,7%	0,0%	7,8%
Sud Vendée Fontenay	3,4%	5,9%	6,4%	8,9%	9,5%	0,0%	5,8%
Sud Vendée Luçon	2,6%	3,7%	4,5%	7,0%	5,0%	0,0%	4,0%
Vallée de la Sarthe	1,9%	3,1%	3,0%	5,0%	5,0%	0,0%	3,1%
Vallée du Loir	2,6%	3,7%	3,9%	7,0%	7,3%	0,0%	4,2%

En référence aux financements

Ici, mention en % des financements en €

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Aizenay-Le Poiré	1,1%	7,8%	6,8%	18,8%	21,2%	0,0%	7,2%
Alençon Haute Sarthe	1,8%	4,9%	9,5%	16,7%	17,4%	0,0%	6,7%
Ancenis	6,7%	6,6%	6,1%	22,5%	11,5%	0,0%	8,4%
Angers Loire Métropole	17,5%	21,5%	23,0%	33,8%	35,2%	0,0%	20,6%
Centre Mayenne	8,4%	21,8%	15,1%	23,4%	27,7%	0,0%	14,2%
Challans Beauvoir Monts	1,1%	7,3%	2,3%	18,5%	21,9%	0,0%	6,6%
Châteaubriant-Derval-Nozay	18,6%	7,7%	6,5%	20,9%	12,4%	0,0%	12,6%
Choletais	0,8%	11,7%	18,0%	25,4%	23,2%	0,0%	10,4%
Divatte Sèvre Clisson	1,5%	7,3%	6,2%	26,3%	23,9%	0,0%	8,5%
Guérande Presqu'île	2,4%	8,8%	6,1%	22,7%	16,8%	0,0%	7,8%
La Roche sur Yon	10,7%	17,4%	13,4%	26,1%	30,3%	0,0%	14,8%
Le Mans	13,5%	22,0%	20,7%	27,4%	29,3%	0,0%	17,5%
Littoral 85 St Gilles Olonne	2,1%	9,9%	6,0%	20,4%	19,8%	0,0%	7,8%
Machecoul Grandlieu Legé	16,8%	6,6%	7,1%	20,5%	16,6%	0,0%	12,3%
Montaigu	0,7%	6,1%	6,1%	19,8%	17,7%	0,0%	6,5%
Nantes métropole	45,1%	30,3%	29,5%	43,0%	41,7%	0,0%	34,2%
Nord Maine et Loire	0,4%	10,5%	9,7%	21,1%	15,2%	0,0%	7,5%
Nord Mayenne	4,9%	5,8%	10,7%	19,7%	23,3%	0,0%	9,2%

Nord Ouest Nantes	14,3%	11,9%	9,2%	25,8%	19,5%	0,0%	13,5%
Pays de Retz Sud Estuaire	3,1%	6,9%	3,0%	14,4%	16,5%	0,0%	6,2%
Perche Sarthois	0,7%	4,7%	9,0%	19,5%	5,6%	0,0%	5,4%
Pouzauges Mortagne Herbiers	1,5%	6,5%	5,4%	20,4%	20,1%	0,0%	7,1%
Redon-Pontchâteau-St Gildas	15,6%	5,4%	4,4%	17,8%	17,1%	0,0%	11,0%
Saint-Nazaire Estuaire	8,6%	16,4%	12,4%	28,9%	27,9%	0,0%	13,9%
Saumur Loire Développement	0,6%	12,1%	13,9%	21,3%	24,6%	0,0%	9,4%
Segré Pouancé Candé Ouest Anjou Lion d'Angers	1,4%	10,0%	11,4%	21,7%	22,3%	0,0%	8,8%
Sud Maine et Loire	0,4%	7,6%	7,8%	19,3%	16,5%	0,0%	6,7%
Sud Mayenne	2,2%	5,9%	10,6%	19,8%	25,0%	0,0%	8,4%
Sud Ouest Maine et Loire	1,7%	11,6%	9,6%	21,7%	17,8%	0,0%	8,4%
Sud Vendée Fontenay	1,2%	4,5%	4,8%	14,8%	23,5%	0,0%	6,2%
Sud Vendée Luçon	1,6%	5,9%	3,9%	16,0%	15,1%	0,0%	5,7%
Vallée de la Sarthe	0,5%	3,8%	2,7%	4,6%	16,7%	0,0%	3,4%
Vallée du Loir	0,8%	5,4%	7,5%	9,7%	22,7%	0,0%	5,8%

En référence aux bénéficiaires

Ici, mention en % des bénéficiaires

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
Aizenay-Le Poiré	0,0%	9,5%	52,5%	5,3%	9,8%	0,0%	12,5%
Alençon Haute Sarthe	0,9%	3,5%	14,6%	4,6%	3,1%	0,0%	4,2%
Ancenis	8,5%	19,9%	56,5%	25,1%	7,6%	0,0%	18,4%
Angers Loire Métropole	51,1%	75,0%	81,0%	57,8%	23,4%	0,0%	46,2%
Centre Mayenne	4,7%	9,2%	17,0%	21,4%	21,7%	0,0%	11,4%
Challans Beauvoir Monts	0,0%	4,8%	10,7%	18,1%	9,3%	0,0%	6,2%
Châteaubriant-Derval-Nozay	7,1%	8,9%	20,8%	12,5%	7,6%	0,0%	9,1%
Choletais	32,6%	62,9%	65,9%	28,1%	10,6%	0,0%	32,2%
Divatte Sèvre Clisson	8,4%	13,9%	18,9%	39,4%	9,8%	0,0%	13,3%
Guérande Presqu'île	3,4%	14,1%	17,7%	12,7%	8,8%	0,0%	8,7%
La Roche sur Yon	15,9%	21,0%	19,6%	20,3%	10,8%	0,0%	14,0%

Le Mans	46,7%	68,9%	57,7%	36,5%	6,2%	0,0%	35,0%
Littoral 85 St Gilles Olonne	6,0%	6,7%	13,2%	19,3%	9,6%	0,0%	8,4%
Machecoul Grandlieu Legé	4,7%	13,0%	17,4%	24,6%	8,8%	0,0%	10,2%
Montaigu	1,6%	7,2%	13,2%	20,8%	9,3%	0,0%	7,6%
Nantes métropole	60,1%	80,3%	80,4%	72,7%	32,4%	0,0%	52,0%
Nord Maine et Loire	0,4%	13,4%	18,2%	13,6%	9,6%	0,0%	8,3%
Nord Mayenne	3,4%	4,0%	6,3%	7,1%	10,2%	0,0%	4,9%
Nord Ouest Nantes	7,7%	15,2%	26,9%	26,6%	9,0%	0,0%	13,0%
Pays de Retz Sud Estuaire	1,8%	3,2%	13,6%	6,0%	10,4%	0,0%	5,6%
Perche Sarthois	0,1%	2,4%	13,7%	5,3%	2,6%	0,0%	3,7%
Pouzauges Mortagne Herbiers	3,8%	9,5%	15,1%	21,1%	10,1%	0,0%	8,9%
Redon-Pontchâteau-St Gildas	11,5%	20,4%	23,3%	28,0%	8,7%	0,0%	14,1%
Saint-Nazaire Estuaire	6,4%	16,3%	23,7%	31,2%	10,4%	0,0%	13,2%
Saumur Loire Développement	0,5%	17,1%	21,1%	26,2%	10,4%	0,0%	11,0%
Segré Pouancé Candé Ouest Anjou Lion d'Angers	0,4%	13,0%	19,4%	16,2%	10,5%	0,0%	8,9%
Sud Maine et Loire	0,2%	12,5%	20,0%	12,9%	10,4%	0,0%	8,5%
Sud Mayenne	32,2%	48,7%	45,6%	6,4%	10,7%	0,0%	24,1%
Sud Ouest Maine et Loire	3,4%	19,0%	65,2%	26,5%	10,2%	0,0%	19,3%
Sud Vendée Fontenay	1,8%	5,7%	12,4%	18,5%	10,6%	0,0%	7,3%
Sud Vendée Luçon	0,1%	9,3%	11,5%	4,8%	8,8%	0,0%	5,4%
Vallée de la Sarthe	0,2%	2,5%	10,9%	2,5%	3,0%	0,0%	3,0%
Vallée du Loir	31,6%	48,4%	10,6%	5,2%	3,4%	0,0%	16,7%

Analyse par département

En référence aux nb d'actions

Ici, mention en % des actions

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
LOIRE-ATLANTIQUE	42,1%	26,9%	21,8%	13,6%	7,7%	6,0%	20,6%
MAINE-ET-LOIRE	12,4%	8,7%	5,8%	8,6%	6,8%	6,4%	8,1%
MAYENNE	8,6%	12,4%	6,1%	7,3%	9,1%	5,0%	8,2%
SARTHE	16,2%	10,2%	7,3%	6,6%	7,3%	6,0%	9,0%
VENDEE	12,0%	9,9%	7,9%	7,3%	3,2%	0,0%	7,2%

En référence aux financements

Ici, mention en % des financements en €

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
LOIRE-ATLANTIQUE	48,5%	25,6%	15,6%	15,3%	6,2%	13,3%	27,0%
MAINE-ET-LOIRE	17,8%	8,5%	6,6%	10,5%	6,2%	12,1%	12,0%
MAYENNE	8,3%	18,3%	4,1%	7,3%	7,5%	11,3%	9,3%
SARTHE	13,8%	14,7%	5,4%	7,9%	4,8%	12,5%	10,8%
VENDEE	10,5%	14,1%	8,1%	7,8%	1,8%	0,0%	8,0%

En référence aux bénéficiaires

Ici, mention en % des bénéficiaires

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul 2010-2015
LOIRE-ATLANTIQUE	26,5%	17,9%	8,8%	10,6%	17,2%	2,3%	14,3%
MAINE-ET-LOIRE	13,5%	11,0%	8,1%	9,4%	8,7%	3,4%	9,0%
MAYENNE	6,5%	3,3%	0,7%	1,7%	8,8%	0,2%	3,7%
SARTHE	12,8%	6,3%	3,2%	1,6%	1,5%	0,5%	4,7%
VENDEE	9,7%	4,6%	0,5%	1,8%	7,1%	0,0%	4,2%

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

3.1. Indicateurs PRS

Nombre de structures d'exercice collectif développées en milieu ambulatoire

Données au 31/12	2011	2012	2013	2014	2015
Nb de MSP+centres de santé+pôles de santé	109	114	142	162	174

Cible fin 2015 : 170 structures d'exercice regroupé : 58 MSP + 112 centres de santé
 au 29/05/2015 - 167 structures : 11 centres de santé + 56 MSP
 au 31/12/2015 : 174 structures d'exercice regroupé : 60 MSP et 114 centres de santé

Pourcentage d'hospitalisation directe en médecine des personnes âgées de plus de 75 ans (sans passage aux urgences)

	2011	2012	2013	2014	2015
Taux d'hospitalisation directe des personnes âgées de plus de 75 ans (ie sans passage aux urgences)	41,9%	40,7%	40,8%	40,5%	40,0%
Valeur cible et/ou valeur de référence		Hausse	Hausse	Hausse	Hausse

Nombre de passages aux urgences pour 10 000 habitants

Données au 31/12	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ratio	2 194	2 285	2 360	2 363	2 472	2 552
Nbre de forfaits ATU + nb de séjours hospitaliers avec code entrée 85	764 250	802 027	836 133	844 035	890 063	926 939
Population légale INSEE (population municipale)	3 482 594	3 510 170	3 543 048	3 571 495	3 601 113	3 632 614

Délai moyen d'attente pour un premier rendez-vous auprès d'une plateforme d'expertise (du CRA)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Délai en nombre de jours	248	ND	174	204	306	255
Valeur cible et/ou valeur de référence			Baisse	Baisse	Baisse	Baisse

Taux de patients retournant directement au domicile, après une intervention de chirurgie orthopédique programmée

Données au 31/12	2011	2012	2013	2014	2015
	88,1%	88,7%	89,2%	89,9%	90,1%
séjours en 08C* avec mode entrée 8 prov <> 5 + mode sortie 8	61 674,00	62 882,00	62 547,00	66 263,00	68 235,00
séjours en 08C*avec mode entrée 8 prov <> 5	69 993,00	70 893,00	70 133,00	73 735,00	75 731,00

Durée moyenne de séjour pour les séjours de médecine et/ou de chirurgie suivis d'un séjour en soins de suite et de réadaptation ou en hospitalisation à domicile

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Durée moyenne de séjour pour les séjours de médecine et/ou de chirurgie suivis d'un séjour en soins de suite et de réadaptation ou en hospitalisation à domicile	0	13,10	13,04	13,01	12,80	13
Valeur cible et/ou valeur de référence		Baisse	Baisse	Baisse	Baisse	Baisse

SSR - Part des entrées directes (en provenance du domicile)

Données au 31/12	2011	2012	2013	2014	2015
	31,70%	32,20%	30,45%	36,39%	37,40%
nb de sha avec mode d'entrée 8	22 007,00	20 715,00		24 484,00	26 253,00
nb de sha	69 449,00	64 307,00		67 286,00	70 203,00

Durée Moyenne de Séjour dans les CMD 01MZ, 04MZ, 05MZ, 08C, 08MZ, 19MZ pour les personnes âgées

- affections du système nerveux en médecine (CMD01 MZ),
- affections de l'appareil respiratoire en médecine (CMD04 MZ),
- affections de l'appareil circulatoire en médecine (CMD05 MZ),
- affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif, traités en médecine et en chirurgie (CMD08 C et CMD08 MZ),
- maladies et troubles mentaux en médecine (CMD19 MZ).

	2011	2012	2013	2014	2015
Durée Moyenne de Séjour dans les CMD 01MZ, 04MZ, 05MZ, 08C, 08MZ, 19MZ pour les personnes âgées	9,6	8,9	8,9	8,6	8,4
DMS dans les CMD 01M et 01Z pour les personnes âgées de plus de 80 ans	10,28	9,30	9,03	8,70	8,11
DMS dans les CMD 04M et 04Z pour les personnes âgées de plus de 80 ans	9,99	9,60	9,53	9,20	8,78
DMS dans les CMD 05M et 05Z pour les personnes âgées de plus de 80 ans	8,46	7,80	7,89	7,90	7,67
DMS dans la CMD 08C pour les personnes âgées de plus de 80 ans	9,57	9,20	9,47	8,90	7,94
DMS dans les CMD 08M et 08Z pour les personnes âgées de plus de 80 ans	9,60	8,80	8,80	8,90	8,36
DMS dans les CMD 19M et 19Z pour les personnes âgées de plus de 80 ans	11,54	9,80	9,41	8,90	8,19
DMS dans les CMD 01MZ, 04MZ, 05MZ, 08C, 08MZ, 19MZ pour les personnes âgées de plus de 80 ans	9,59	8,92	8,88	8,60	8,37

3.2. CPOM ARS-établissements de santé / exploitation DEPS

Objectifs en matière de lien avec les MSP

25% des 122 CPOM signées par l'ARS avec des **établissements de santé** comportent des objectifs en matière de lien avec les MSP. Ces objectifs représentent 3% des 1 103 objectifs contractualisés avec les établissements de santé.

Accès à l'expertise

16% des 122 CPOM signées par l'ARS avec des **établissements de santé** comportent des objectifs concernant l'accès à l'expertise. Ces objectifs représentent 3% des 1103 objectifs contractualisés avec les établissements de santé.

Relations ville--hôpital

66% des 122 CPOM signées par l'ARS avec des **établissements de santé** comportent des objectifs en termes de relations ville-hôpital (notamment organisation des entrées/sorties). Ces objectifs représentent 11% des 1103 objectifs contractualisés avec les établissements de santé.

Organisation du premier recours et de son articulation avec les soins spécialisés

78% des 122 CPOM signées par l'ARS avec des **établissements de santé** comportent des objectifs concernant l'organisation du premier recours et son articulation avec les soins spécialisés. Cela représente 15% de l'ensemble des objectifs des CPOM des établissements de santé.

3.3. Rapports de certification HAS V2010 /exploitation DEPS

Prise en charge des urgences et soins non programmés

Il ressort des rapports de certification (v2010, état au 27/10/20106) des établissements de santé établis par la HAS que, sur l'item "Prise en charge des urgences et des soins non programmés" (25a) :

- 41 % des établissements concernés sont cotés A
- 56% sont cotés B
- 4% sont cotés C
- 0% sont cotés D

Sortie du patient

Il ressort des rapports de certification (v2010, état au 27/10/20106) des établissements de santé établis par la HAS que, sur l'item "Sortie du patient" (24a) :

- 16 % des activités sont cotés A
- 84 % des activités sont cotés B
- 0 % des activités sont cotés C
- 0 % des activités sont cotés D

Pertinence des soins

Il ressort des rapports de certification (v2010, état au 27/10/20106) des établissements de santé établis par la HAS que, sur l'item "Pertinence des soins" (28b) :

- 24 % des établissements sont cotés A
- 63% des établissements sont cotés B
- 13% des établissements sont cotés C
- 1% des établissements sont cotés D

3.4. Données issues du système d'information de Trajectoire

Dossiers dans Trajectoire comportant des données d'environnement sur le patient

Volumes de prescriptions concernées (inclut à la fois les prescriptions finalisées et celles annulées)

	Nbre de prescription	I1 et I2 et I3 et I4 et I5	I1 - Nbre méd traitant	I2 - Nb Protec.Jur.	I3 - Nbre Vit seul	I4 - Nbre Inter Dom	I5 - Nbre logement
Total Région 2011	21 505	3 043	9 275	5 855	8 534	6 761	6 399
Total Région 2012	48 517	7 171	22 403	13 146	22 748	18 162	16 864
Total Région 2013	50 171	9 213	22 606	21 600	40 938	32 855	29 808
Total Région 2014	52 286	10 696	26 221	21 844	42 642	34 805	31 046
Total Région 2015	55 117	13 705	31 950	22 949	44 438	36 135	32 401
tx d'évol 2010-2015	156%	350%	244%	292%	421%	434%	406%
soit multiplication par...	2,56	4,50	3,44	3,92	5,21	5,34	5,06

Evolution de la qualité du remplissage 2010-2015 item par item

	I1 et I2 et I3 et I4 et I5	I1 - Nbre méd traitant	I2 - Nb Protec.Jur.	I3 - Nbre Vit seul	I4 - Nbre Inter Dom	I5 - Nbre logement
Total Région 2011	14%	43%	27%	40%	31%	30%
Total Région 2012	15%	46%	27%	47%	37%	35%
Total Région 2013	18%	45%	43%	82%	65%	59%
Total Région 2014	20%	50%	42%	82%	67%	59%
Total Région 2015	25%	58%	42%	81%	66%	59%
Evolution en pts	+ 11 pts	+ 15 pts	+ 15 pts	+ 41pts	+ 35 pts	+ 29 pts

3.5. Enquêtes SOLEN

Quelle appréciation portez-vous sur le développement des prestations suivantes depuis 4-5 ans :

Chirurgie ambulatoire

	MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%
Un développement qui a excédé la demande effective des usagers	0	0%	0	0%	0	0%
Un développement qui a suffi à couvrir les besoins identifiés	1	5%	1	5%	2	5%
Un développement important, mais des besoins demeurant non couverts	8	42%	4	19%	12	30%
Un développement faible, et des besoins demeurant non couverts	6	32%	4	19%	10	25%
Pas de développement	2	11%	1	5%	3	8%
Ne sait pas	2	11%	11	52%	13	33%
total	19	100%	21	100%	40	100%

Selon vous, l'émergence de structures d'exercice coordonné en premier recours (pôles et maisons de santé pluri-professionnels) dans le territoire où vous exercez...

...a amélioré l'accessibilité à l'offre de premier recours pour les usagers

	ES		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	8	21%	9	43%	6	25%	23	28%
Plutôt	19	50%	7	33%	10	42%	36	43%
Plutôt pas	6	16%	3	14%	3	13%	12	14%
Pas du tout	0	0%	1	5%	0	0%	1	1%
Ne sait pas	5	13%	1	5%	5	21%	11	13%
Total	38	100%	21	100%	24	100%	83	100%

...a permis le développement d'une prise en charge des usagers articulée entre différents professionnels de santé sur le territoire

	ES		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	6	16%	13	62%	12	50%	31	37%
Plutôt	19	50%	7	33%	9	38%	35	42%
Plutôt pas	7	18%	0	0%	2	8%	9	11%
Pas du tout	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Ne sait pas	6	16%	1	5%	1	4%	8	10%
Total	38	100%	21	100%	24	100%	83	100%

...a amélioré l'échange d'informations entre professionnels de santé du territoire

	ES		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	7	18%	15	71%	19	79%	41	49%
Plutôt	17	45%	4	19%	4	17%	25	30%
Plutôt pas	8	21%	0	0%	1	4%	9	11%
Pas du tout	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
Ne sait pas	5	13%	2	10%	0	0%	7	8%
Total	38	100%	21	100%	24	100%	83	100%

...a eu pour effet de limiter la diminution du nombre de professionnels de santé sur le territoire

	ES		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	2	5%	6	30%	1	4%	9	11%
Plutôt	11	29%	5	25%	8	33%	24	29%
Plutôt pas	8	21%	6	30%	6	25%	20	24%
Pas du tout	4	11%	2	10%	2	8%	8	10%
Ne sait pas	13	34%	1	5%	7	29%	21	26%
Total	38	100%	20	100%	24	100%	82	100%

...a eu pour effet de maintenir le nombre de professionnels de santé sur le territoire

	ES		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	2	5%	5	26%	3	13%	10	12%
Plutôt	18	47%	9	47%	13	54%	40	49%
Plutôt pas	3	8%	2	11%	2	8%	7	9%
Pas du tout	2	5%	0	0%	1	4%	3	4%
Ne sait pas	13	34%	3	16%	5	21%	21	26%
Total	38	100%	19	100%	24	100%	81	100%

...a eu pour effet d'augmenter le nombre de professionnels de santé sur le territoire, notamment par l'arrivée de jeunes professionnels

	ES		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	4	11%	8	40%	4	17%	16	20%
Plutôt	8	21%	7	35%	7	29%	22	27%
Plutôt pas	6	16%	1	5%	5	21%	12	15%
Pas du tout	7	18%	1	5%	4	17%	12	15%
Ne sait pas	13	34%	3	15%	4	17%	20	24%
Total	38	100%	20	100%	24	100%	82	100%

...a facilité l'accès aux professionnels de santé spécialisés (orientations du patient en relative proximité, télé médecine, consultations avancées de spécialistes...)

	ES		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	5	13%	7	35%	4	17%	16	20%
Plutôt	13	34%	3	15%	5	21%	21	26%
Plutôt pas	8	21%	5	25%	5	21%	18	22%
Pas du tout	2	5%	3	15%	1	4%	6	7%
Ne sait pas	10	26%	2	10%	9	38%	21	26%
Total	38	100%	20	100%	24	100%	82	100%

Quelles sont vos relations avec les structures suivantes, dans l'hypothèse ou vous identifiez au moins l'une des structures dans chacune des trois catégories.

Réponses consolidées des ES, ESMS PH et Op Prév.

164 répondants à cette question	- Réseau Sécurité Naissance (RSN) - ONCO Pays de la Loire (ONCO PL) - Centre Ressources Autisme (<i>SRAE "historiques"</i>)	- SRAE Troubles des Apprentissages - Centre Ressource Handicap Psychique (Crehpsy) - SRAE Nutrition - SRAE Diabefant (<i>SRAE "ARS"</i>)	- OMEDIT - ARLIN - Qualitésanté - Aquarel santé (<i>SRAE "qualité"</i>)
Je ne les connais pas du tout	26%	29%	27%
Je sais qu'elles existent, mais je n'en connais pas bien les missions	17%	20%	12%
Je sais qu'elles existent et j'en connais les missions, mais je n'y fais pas appel	21%	21%	11%
J'y fais rarement appel	7%	9%	2%
J'y fais parfois appel	15%	12%	19%
J'y fais souvent appel	14%	9%	28%

Réponse des ES

58 ES répondant sur cette question	- Réseau Sécurité Naissance (RSN) - ONCO Pays de la Loire (ONCO PL) - Centre Ressources Autisme (<i>SRAE "historiques"</i>)	- SRAE Troubles des Apprentissages - Centre Ressource Handicap Psychique (Crehpsy) - SRAE Nutrition - SRAE Diabefant (<i>SRAE "ARS"</i>)	- OMEDIT - ARLIN - Qualitésanté - Aquarel santé (<i>SRAE "qualité"</i>)
Je ne les connais pas du tout	9%	26%	2%
Je sais qu'elles existent, mais je n'en connais pas bien les missions	5%	14%	0%
Je sais qu'elles existent et j'en connais les missions, mais je n'y fais pas appel	20%	21%	2%
J'y fais rarement appel	7%	9%	4%
J'y fais parfois appel	25%	14%	27%
J'y fais souvent appel	33%	17%	65%

Réponse des ESMS-PH

58 ESMS répondant sur cette question	- Réseau Sécurité Naissance (RSN) - ONCO Pays de la Loire (ONCO PL) - Centre Ressources Autisme (<i>SRAE "historiques"</i>)	- SRAE Troubles des Apprentissages - Centre Ressource Handicap Psychique (Crehpsy) - SRAE Nutrition - SRAE Diabefant (<i>SRAE "ARS"</i>)	- OMEDIT - ARLIN - Qualitésanté - Aquarel santé (<i>SRAE "qualité"</i>)
Je ne les connais pas du tout	22%	24%	21%
Je sais qu'elles existent, mais je n'en connais pas bien les missions	27%	22%	21%
Je sais qu'elles existent et j'en connais les missions, mais je n'y fais pas appel	17%	27%	19%
J'y fais rarement appel	14%	12%	3%
J'y fais parfois appel	15%	12%	24%
J'y fais souvent appel	5%	3%	12%

Réponse des Op Prév.

48 OP répondant sur cette question	- Réseau Sécurité Naissance (RSN) - ONCO Pays de la Loire (ONCO PL) - Centre Ressources Autisme (<i>SRAE "historiques"</i>)	- SRAE Troubles des Apprentissages - Centre Ressource Handicap Psychique (Crehpsy) - SRAE Nutrition - SRAE Diabefant (<i>SRAE "ARS"</i>)	- OMEDIT - ARLIN - Qualitésanté - Aquarel santé (<i>SRAE "qualité"</i>)
Je ne les connais pas du tout	50%	40%	65%
Je sais qu'elles existent, mais je n'en connais pas bien les missions	17%	25%	17%
Je sais qu'elles existent et j'en connais les missions, mais je n'y fais pas appel	27%	15%	10%
J'y fais rarement appel	0%	4%	0%
J'y fais parfois appel	4%	10%	4%
J'y fais souvent appel	2%	4%	4%

Exprimez votre position par rapport aux affirmations suivantes (les évolutions sont à apprécier depuis 4-5 ans) :

D'une manière générale, la pertinence des recours à l'hôpital s'est améliorée

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	3	6%	0	0%	0	0%	0	0%	3	2%
Plutôt	30	60%	18	35%	11	55%	9	41%	68	48%
Plutôt pas	11	22%	10	20%	3	15%	5	23%	29	20%
Pas du tout	4	8%	9	18%	1	5%	1	5%	15	10%
Ne sait pas	2	4%	14	27%	5	25%	7	32%	28	20%
total	50	100%	51	100%	20	100%	22	100%	143	100%

D'une manière générale, les délais d'admission par les établissements de santé ont diminué

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	1	2%	1	2%	1	5%	0	0%	3	2%
Plutôt	29	59%	11	22%	2	10%	2	9%	44	31%
Plutôt pas	10	20%	16	31%	6	30%	8	36%	40	28%
Pas du tout	3	6%	10	20%	4	20%	3	14%	20	14%
Ne sait pas	6	12%	13	25%	7	35%	9	41%	35	25%
total	49	100%	51	100%	20	100%	22	100%	142	100%

D'une manière générale, les admissions en établissements de santé sont davantage travaillées avec le premier recours

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	5	10%			1	5%	0	0%	6	7%
Plutôt	24	49%			5	25%	5	24%	34	38%
Plutôt pas	13	27%			8	40%	4	19%	25	28%
Pas du tout	3	6%			3	15%	3	14%	9	10%
Ne sait pas	4	8%			3	15%	9	43%	16	18%
total	49	100%			20	100%	21	100%	90	100%

D'une manière générale, les admissions en établissements de santé sont davantage travaillées avec les établissements et services médico-sociaux

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	4	8%	4	8%					8	8%
Plutôt	32	65%	25	50%					57	58%
Plutôt pas	7	14%	11	22%					18	18%
Pas du tout	1	2%	7	14%					8	8%
Ne sait pas	5	10%	3	6%					8	8%
total	49	100%	50	100%					99	100%

D'une manière générale, la pertinence des orientations en sortie d'hôpital s'est améliorée

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	5	10%	2	4%	0	0%	0	0%	7	5%
Plutôt	34	69%	14	28%	6	30%	4	18%	58	41%
Plutôt pas	5	10%	13	26%	6	30%	6	27%	30	21%
Pas du tout	1	2%	6	12%	6	30%	4	18%	17	12%
Ne sait pas	4	8%	15	30%	2	10%	8	36%	29	21%
total	49	100%	50	100%	20	100%	22	100%	141	100%

D'une manière générale, les délais de retour à domicile en sortie d'hospitalisation ont diminué

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	15	31%	14	27%	6	30%	4	18%	39	27%
Plutôt	19	39%	21	41%	10	50%	11	50%	61	43%
Plutôt pas	8	16%	4	8%	0	0%	2	9%	14	10%
Pas du tout	1	2%	1	2%	2	10%	0	0%	4	3%
Ne sait pas	6	12%	11	22%	2	10%	5	23%	24	17%
total	49	100%	51	100%	20	100%	22	100%	142	100%

D'une manière générale, les sorties des établissements de santé sont davantage travaillées avec le premier recours

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	6	12%			0	0%	1	5%	7	8%
Plutôt	28	57%			7	35%	4	18%	39	43%
Plutôt pas	10	20%			5	25%	8	36%	23	25%
Pas du tout	1	2%			6	30%	3	14%	10	11%
Ne sait pas	4	8%			2	10%	6	27%	12	13%
total	49	100%			20	100%	22	100%	91	100%

D'une manière générale, les sorties des établissements de santé sont davantage travaillées avec les établissements et services médico-sociaux

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	7	15%	2	4%					9	9%
Plutôt	27	56%	25	49%					52	53%
Plutôt pas	9	19%	11	22%					20	20%
Pas du tout	1	2%	8	16%					9	9%
Ne sait pas	4	8%	5	10%					9	9%
total	48	100%	51	100%					99	100%

Résultats attendus inscrits dans le PRS

Exprimez votre position par rapport aux affirmations suivantes (les évolutions sont à apprécier depuis 4-5 ans) :

Le recours à la régulation médicale téléphonique, préalable au déplacement aux urgences, s'est généralisé.

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	8	16%			4	21%	1	5%	13	14%
Plutôt	25	51%			9	47%	7	32%	41	46%
Plutôt pas	8	16%			3	16%	2	9%	13	14%
Pas du tout	0	0%			0	0%	0	0%	0	0%
Ne sait pas	8	16%			3	16%	12	55%	23	26%
total	49	100%			19	100%	22	100%	90	100%

La pertinence du recours aux services / d'urgence (d'un point de vue médical) s'est améliorée.

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	4	8%			1	5%	0	0%	5	6%
Plutôt	21	43%			5	26%	8	36%	34	38%
Plutôt pas	10	20%			5	26%	2	9%	17	19%
Pas du tout	3	6%			2	11%	0	0%	5	6%
Ne sait pas	11	22%			6	32%	12	55%	29	32%
total	49	100%			19	100%	22	100%	90	100%

Le conseil médical apporté par le centre 15, / l'accès régulé aux Maisons Médicales de Garde, et le cas échéant aux médecins mobiles pour les visites, se sont développés

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	9	18%	12	24%	5	26%	4	18%	30	21%
Plutôt	20	41%	22	43%	9	47%	6	27%	57	40%
Plutôt pas	7	14%	6	12%	2	11%	1	5%	16	11%
Pas du tout	0	0%	1	2%	1	5%	0	0%	2	1%
Ne sait pas	13	27%	10	20%	2	11%	11	50%	36	26%
total	49	100%	51	100%	19	100%	22	100%	141	100%

L'articulation entre permanence des soins ambulatoires et services d'urgences hospitaliers (SAU et SMUR) s'est améliorée

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	5	10%			4	21%	0	0%	9	10%
Plutôt	19	39%			5	26%	5	23%	29	32%
Plutôt pas	9	18%			3	16%	4	18%	16	18%
Pas du tout	0	0%			1	5%	0	0%	1	1%
Ne sait pas	16	33%			6	32%	13	59%	35	39%
total	49	100%			19	100%	22	100%	90	100%

La rapidité des prises en charge (fluidité des parcours), s'est améliorée, notamment, pour les urgences vitales.

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	10	20%	7	14%	3	16%	1	5%	21	15%
Plutôt	17	35%	19	38%	4	21%	9	41%	49	35%
Plutôt pas	7	14%	9	18%	3	16%	1	5%	20	14%
Pas du tout	0	0%	3	6%	1	5%	1	5%	5	4%
Ne sait pas	15	31%	12	24%	8	42%	10	45%	45	32%
total	49	100%	50	100%	19	100%	22	100%	140	100%

La saturation des structures de médecine /d'urgence a diminué.

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	0	0%			0	0%	0	0%	0	0%
Plutôt	6	12%			0	0%	0	0%	6	7%
Plutôt pas	24	47%			9	47%	9	43%	42	46%
Pas du tout	9	18%			6	32%	2	10%	17	19%
Ne sait pas	12	24%			4	21%	10	48%	26	29%
total	51	100%			19	100%	21	100%	91	100%

L'accès à une structure de médecine d'urgence, notamment pour les urgences vitales, dans des délais compatibles avec l'état de santé, fonctionnant 365 jours par an et 24 h / 24, s'est amélioré

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait			4	8%	2	11%	0	0%	6	7%
Plutôt			21	42%	7	37%	5	23%	33	36%
Plutôt pas			9	18%	4	21%	5	23%	18	20%
Pas du tout			4	8%	1	5%	1	5%	6	7%
Ne sait pas			12	24%	5	26%	11	50%	28	31%
total			50	100%	19	100%	22	100%	91	100%

Les transferts sont plus adéquats entre les services, ainsi qu'entre les établissements de santé

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	5	10%							5	10%
Plutôt	26	51%							26	51%
Plutôt pas	13	25%							13	25%
Pas du tout	0	0%							0	0%
Ne sait pas	7	14%							7	14%
total	51	100%							51	100%

Les admissions directes des patients dans les services d'hospitalisation (ie sans passage préalable par les urgences) se sont développées

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	5	10%	2	4%	1	5%	0	0%	8	6%
Plutôt	24	47%	11	22%	5	26%	1	5%	41	29%
Plutôt pas	10	20%	13	26%	7	37%	8	36%	38	27%
Pas du tout	2	4%	7	14%	3	16%	3	14%	15	11%
Ne sait pas	10	20%	17	34%	3	16%	10	45%	40	28%
total	51	100%	50	100%	19	100%	22	100%	142	100%

Les équipes d'appui en adaptation et réinsertion (EAAR) ont permis de faciliter le retour à domicile en sortie d'hospitalisation

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	3	6%			1	5%	0	0%	4	4%
Plutôt	8	16%			7	37%	4	18%	19	21%
Plutôt pas	7	14%			4	21%	3	14%	14	15%
Pas du tout	3	6%			1	5%	2	9%	6	7%
Ne sait pas	29	58%			6	32%	13	59%	48	53%
total	50	100%			19	100%	22	100%	91	100%

Des consultations avancées (ex. au niveau de structures de premier recours ou / d'établissements médico-sociaux) se sont développées

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	8	16%	4	8%	0	0%			12	10%
Plutôt	20	41%	13	25%	4	21%			37	31%
Plutôt pas	4	8%	14	27%	8	42%			26	22%
Pas du tout	2	4%	10	20%	2	11%			14	12%
Ne sait pas	15	31%	10	20%	5	26%			30	25%
total	49	100%	51	100%	19	100%			119	100%

Les dispositifs de coordination de l'aval / (et Trajectoire) ont amélioré la pertinence des orientations en SSR

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	17	33%							17	33%
Plutôt	19	37%							19	37%
Plutôt pas	9	18%							9	18%
Pas du tout	4	8%							4	8%
Ne sait pas	2	4%							2	4%
total	51	100%							51	100%

Les délais d'attentes pour une admission en SSR ont diminué

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	5	10%							5	10%
Plutôt	24	46%							24	46%
Plutôt pas	11	21%							11	21%
Pas du tout	6	12%							6	12%
Ne sait pas	6	12%							6	12%
total	52	100%							52	100%

4. SOUTIEN A LA VIE EN MILIEU ORDINAIRE

4.1. Indicateur PRS

Sorties d'ESAT vers le milieu ordinaire

En 2011, le pourcentage des travailleurs handicapés en ESAT ayant accédé au milieu de travail ordinaire s'établissait à 2% des travailleurs handicapés en ESAT, et atteint 3,6% en 2015, soit une évolution de 1,6 pts sur l'ensemble de la période. Pour autant, cette augmentation globale ne doit pas dissimuler que, après une forte augmentation en 2012 (où ce taux atteint 6%), il se dégrade jusqu'en 2014, et stagne en 2015. Cette évolution péjorative procède d'un effet de ciseau : le nombre de travailleurs handicapés ayant quitté un ESAT pour travailler en milieu ordinaire a diminué de 23 % entre 2012 et 2015 (71 travailleurs de moins), tandis que le nombre total de travailleurs en ESAT a augmenté de 34% (1 652 travailleurs de plus en ESAT). Au global, cette évolution, et le niveau constaté en 2015 ne peuvent être jugés positivement.

Offre de répit aux aidants

- Augmentation de 36% de places d'AJ pour adultes handicapés, mais une offre en 2015 de 257 places
- Diminution de 19 % de l'offre en HT pour adultes handicapés, avec une offre de 171 places en 2015
- La pression sur l'hébergement permanent a amené l'ARS a validé la conversion de places d'hébergement temporaire en places d'hébergement permanent.
- Augmentation de 45% de l'offre d'accueil temporaires pour enfants handicapés, mais une offre de 107 places en 2015.

Données au 31/12	2011	2012	2013	2014 (*)	2015	evol nb	evol %
Accueil de jour pour PH adultes (médicalisé)	189	189	189	275	257	68	36%
Hébergement temporaire pour PH adultes (médicalisé)	211	211	211	181	171	-40	-19%
Places enfants handicapés	74	74	86	92	107	33	45%

Données au 31/12	2011	2012	2013	2014	2015
Accueil de jour pour PA (médicalisé)	637	657	781	793	805
Hébergement temporaire pour PA (médicalisé)	804	802	888	904	939

(*)Correction sur valeur 2014 car avaient été incluses des places de compétences exclusives PCD

4.2. Indicateur PRS et Evaluation intermédiaire « Bien être des Jeunes »

Nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire

Le nombre d'enfants handicapés scolarisés dans un établissement scolaire ordinaire (public et privé) de collège en Pays de la Loire a progressé de 54% entre 2011 et 2015, et s'est établi en 2015 à 4 547 enfants. Cette hausse a été continue sur la période, avec des augmentations annuelles de 5 à 15%.

L'examen des données sur la scolarisation des élèves handicapés dans l'Académie de Nantes pour les années scolaires 2011/2012 et 2013/2014, réalisé dans le cadre de l'évaluation BEJ, révélait le nombre d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire (classe ordinaire et CLIS/ ULIS) avait progressé de 13% sur cette période, la progression étant différenciée selon le niveau (+5% dans le premier degré avec 305 élèves de plus et + 29% dans le second degré avec 1 041 élèves de plus). Le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire et bénéficiant de l'accompagnement d'un établissement ou service médico-social avait progressé également sur cette période. Le nombre d'enfants en scolarisation collective (CLIS/ULIS) bénéficiant de l'accompagnement d'un SESSAD avait ainsi augmenté de 10% sur la période (+ 367 élèves) Une rupture de série ne permettait pas de chiffrer l'évolution concernant les modes de scolarisation individuelle.

Une publication du Rectorat de l'Académie de Nantes sur la scolarisation des jeunes en situation de handicap (citée dans eval BEJ) indiquait que, de 2006 à 2014, les effectifs scolarisés en milieu ordinaire avaient connu un taux d'évolution annuel moyen de 8,4 %, mais sans que soit observée une baisse des effectifs scolarisés en établissements spécialisés puisqu'ils avaient augmenté en moyenne, sur la même période, de 0,6% par an.

4.3. Données internes ARS

Une croissance significative des services PH en volume (évolution des capacités en volume de plus de 25% sur le secteur enfants comme sur le secteur adultes)

Sur le secteur enfance, une création de 799 places de SESSAD entre 2010 et 2016, soit un taux d'évolution de 25,7%

SESSAD				
evol capa	janv-10	avr-16	evol nb	evol %
44	1 014	1341	327	32,2%
49	790	1014	224	28,4%
53	349	370	21	6,0%
72	515	569	54	10,5%
85	447	620	173	38,7%
région	3 115	3 914	799	25,7%

Sur le secteur adulte, une création de 192 places de services (SAMSAH/ SSIAD/SPASAD), soit un taux d'évolution de 28,4 %

SAMSAH/SSIAD/SPASAD				
	janv-10	avr-16	evol nb	evol %
44	195	255	60	30,8%
49	172	208	36	20,9%
53	114	114	0	0,0%
72	100	160	60	60,0%
85	95	131	36	37,9%
région	676	868	192	28,4%

Entre 2010 et 2016, une croissance des taux d'équipement de 0,7 places pour 1 000 habitants sur le secteur enfance (TO 2016 = 4,1 pour 1 000) et de 0,1 places pour 1000 habitants sur le secteur adulte⁴.

Evolution de la part des services dans l'offre médico-sociale PH

- Part des services dans l'offre enfant + adultes en avril 2016 = 34,8 % (vs 31,1% en janvier 2010, et cible à fin de PRS à 35%)
- Part des services dans l'offre enfants en avril 2016 = 42,6% (vs 37,1% en janvier 2010)
- Part des services dans l'offre adultes en avril 2016 = 19,1% (vs 17,7% en janvier 2010)

Dans le secteur adultes, non seulement la part de services dans l'offre est très inférieure au secteur enfance, mais elle a également moins progressé entre 2010 et 2016.

Enfance	SESSAD		Etablissements		% MO/Inst°		Evolution
	janv-10	avr-16	janv-10	avr-16	janv-10	avr-16	
44	1 014	1341	2 078	2100	32,8	39,0	6,2
49	790	1014	1 432	1332	35,6	43,2	7,7
53	349	370	306	333	53,3	52,6	-0,7
72	515	569	754	767	40,6	42,6	2,0
85	447	620	706	746	38,8	45,4	6,6
Région	3115	3914	5276	5278	37,1	42,6	5,5

*Pour le secteur enfance : données
FINESS hors : ES expérimentaux,
CAFS, Etablissement HT, CAMSP,
CMPP*

⁴ Données équipement : source DAMS ;
Données populations : Insee - Estimations de population (Estimation de population au 1er janvier, par département, sexe et âge quinquennal) - Données actualisées au 19 janvier 2016

Adultes	SAMSAH/SSIAD/SPASAD		MAS/FAM		% MO/Inst°		Evolution
	janv-10	avr-16	janv-10	avr-16	janv-10	avr-16	
44	195	255	1055	1356	15,6	15,8	0,2
49	172	208	693	740	19,9	21,9	2,1
53	114	114	230	260	33,1	30,5	-2,7
72	100	160	594	592	14,4	21,3	6,9
85	95	131	569	736	14,3	15,1	0,8
Région	676	868	3141	3684	17,7	19,1	1,4

Enfants + adultes :	Services		Etablissements		% MO/Inst°		Evolution
	janv-10	avr-16	janv-10	avr-16	janv-10	avr-16	
44	1 209	1 596	3 133	3 456	27,8	31,6	3,7
49	962	1 222	2 125	2 072	31,2	37,1	5,9
53	463	484	536	593	46,3	44,9	-1,4
72	615	729	1 348	1 359	31,3	34,9	3,6
85	542	751	1 275	1 482	29,8	33,6	3,8
Région	3791	4782	8417	8962	31,1	34,8	3,7

4.4. Enquêtes SOLEN

Votre point de vue sur l'intérêt d'une offre sanitaire et médico-sociale privilégiant la vie en milieu ordinaire a - t - il évolué depuis 4-5 ans ?

	ES		ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui, et mon opinion est plus favorable	34	69%	28	58%	2	11%	5	24%	69	50%
Non, et c'est une opinion positive	9	18%	6	13%	3	16%	3	14%	21	15%
Oui, et mon opinion est moins favorable	3	6%	5	10%	11	58%	5	24%	24	18%
Non, et c'est une opinion négative	0	0%	1	2%	2	11%	1	5%	4	3%
Je n'ai pas d'opinion sur le sujet	3	6%	8	17%	1	5%	7	33%	19	14%
total	49	100%	48	100%	19	100%	21	100%	137	100%

Selon vous, la politique d'évolution de l'offre sanitaire et médico-sociale portée par l'ARS a-t-elle permis aux usagers qui le souhaitent de bénéficier davantage d'une prise en charge à domicile plutôt qu'en en établissement ?

	ES		ESMS		MSP-co		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	7	14%	3	6%	2	11%	12	10%
Plutôt	26	53%	21	42%	12	63%	59	50%
Plutôt pas	7	14%	8	16%	2	11%	17	14%
Pas du tout	0	0%	1	2%	0	0%	1	1%
Ne sait pas	9	18%	17	34%	3	16%	29	25%
total	49	100%	50	100%	19	100%	118	100%

Evolution de l'offre privilégiant la vie en milieu ordinaire

Quelle appréciation portez-vous sur le développement des prestations suivantes depuis 4-5 ans ?

Services à destination des enfants en situation de handicap

	ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Un développement qui a excédé la demande effective des usagers	0	0%	6	32%	2	10%	8	9%
Un développement qui a suffi à couvrir les besoins identifiés	2	4%	7	37%	7	33%	16	18%
Un développement important, mais des besoins demeurant non couverts	12	24%	0	0%	1	5%	13	14%
Un développement faible, et des besoins demeurant non couverts	6	12%	0	0%	1	5%	7	8%
Pas de développement	1	2%	0	0%	0	0%	1	1%
Ne sait pas	29	58%	6	32%	10	48%	45	50%
total	50	100%	19	100%	21	100%	90	100%

Services à destination des adultes en situation de handicap

	ESMS		MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Un développement qui a excédé la demande effective des usagers	0	0%	5	26%	3	15%	8	9%
Un développement qui a suffi à couvrir les besoins identifiés	1	2%	6	32%	5	25%	12	13%
Un développement important, mais des besoins demeurant non couverts	19	37%	4	21%	3	15%	26	29%
Un développement faible, et des besoins demeurant non couverts	24	47%	0	0%	1	5%	25	28%
Pas de développement	3	6%	0	0%	0	0%	3	3%
Ne sait pas	4	8%	4	21%	8	40%	16	18%
total	51	100%	19	100%	20	100%	90	100%

Services à destination des personnes âgées

	MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%
Un développement qui a excédé la demande effective des usagers	3	16%	2	10%	5	13%
Un développement qui a suffi à couvrir les besoins identifiés	4	21%	7	33%	11	28%
Un développement important, mais des besoins demeurant non couverts	8	42%	8	38%	16	40%
Un développement faible, et des besoins demeurant non couverts	2	11%	0	0%	2	5%
Pas de développement	1	5%	1	5%	2	5%
Ne sait pas	1	5%	3	14%	4	10%
total	19	100%	21	100%	40	100%

Hospitalisation à domicile

	MSP-co		MSP-aut		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%
Un développement qui a excédé la demande effective des usagers	2	11%	1	5%	3	8%
Un développement qui a suffi à couvrir les besoins identifiés	2	11%	4	19%	6	15%
Un développement important, mais des besoins demeurant non couverts	6	32%	5	24%	11	28%
Un développement faible, et des besoins demeurant non couverts	6	32%	4	19%	10	25%
Pas de développement	1	5%	1	5%	2	5%
Ne sait pas	2	11%	6	29%	8	20%
total	19	100%	21	100%	40	100%

4.5. Enquête SOLEN auprès des ESMS PH

Selon vous, l'offre en hébergement temporaire, accueil de jour et plateformes de répit pour les personnes en situation de handicap s'est - elle améliorée depuis 4-5 ans ?

	n	%
oui, qualitativement et quantitativement	11	22%
oui, quantitativement seulement	1	2%
oui, qualitativement seulement	9	18%
non, ni quantitativement, ni qualitativement	17	33%
Ne sait pas	13	25%
total	51	100%

Compte tenu de la situation sur le territoire où vous exercez, quelle est votre opinion sur les propositions suivantes ?

	Les réponses en situation de crise et d'épuisement sont connues des aidants des personnes en situation de handicap		Les réponses en situation de crise et d'épuisement sont utilisées par les aidants des personnes en situation de handicap	
	n	%	n	%
Tout à fait d'accord	1	2%	1	2%
Plutôt d'accord	16	32%	13	26%
Plutôt pas d'accord	20	40%	18	36%
Pas du tout d'accord	4	8%	4	8%
Ne sait pas	9	18%	14	28%
total	50	100%	50	100%

Quelle est votre opinion sur les propositions suivantes ?

	L'ARS a émis une impulsion pour que les aidants soient davantage associés à l'élaboration du projet de vie des usagers et à son suivi		Dans la structure où vous exercez, les aidants sont aujourd'hui, davantage qu'il y a 4-5 ans, associés à l'élaboration du projet de vie des usagers et à son suivi	
	n	%	n	%
Tout à fait d'accord	7	14%	17	33%
Plutôt d'accord	27	53%	22	43%
Plutôt pas d'accord	2	4%	5	10%
Pas du tout d'accord	1	2%	2	4%
Ne sait pas	14	27%	5	10%
total	51	100%	51	100%

4.6. CPOM ARS-établissements de santé / exploitation DEPS

Accompagnement des aidants

39% des 122 CPOM signées par l'ARS avec des **établissements de santé** comportent des objectifs concernant l'accompagnement des aidants. Ces objectifs représentent 5% des 1103 objectifs contractualisés avec les établissements de santé.

LUTTE CONTRE LES INEGALITES DE SANTE

5. LUTTE CONTRE LES INEGALITES TERRITORIALES D'OFFRE EN SANTE

5.1. Enquêtes SOLEN

Meilleure adaptation de l'action de l'ARS aux réalités des territoires

Pensez-vous que les actions mises en œuvre par l'ARS ont évolué vers une meilleure adéquation aux populations des territoires depuis sa création?

Des décisions mieux adaptées aux contextes départementaux

	Op Prév.		ES		ESMS		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	7	12%	1	2%	4	5%	12	6%
Plutôt	35	60%	45	70%	41	54%	121	61%
Plutôt pas	5	9%	14	22%	15	20%	34	17%
Pas du tout	0	0%	0	0%	3	4%	3	2%
Ne sait pas	11	19%	4	6%	13	17%	28	14%
total	58	100%	64	100%	76	100%	198	100%

Des décisions mieux adaptées aux contextes infra-départementaux

	Op Prév.		ES		ESMS		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	4	7%	2	3%	2	3%	8	4%
Plutôt	25	45%	34	55%	32	43%	91	47%
Plutôt pas	7	13%	17	27%	16	21%	40	21%
Pas du tout	2	4%	1	2%	5	7%	8	4%
Ne sait pas	18	32%	8	13%	20	27%	46	24%
total	56	100%	62	100%	75	100%	193	100%

Pensez-vous que les actions mises en œuvre par l'ARS ont évolué vers une meilleure adéquation aux partenariats des territoires depuis sa création?

Des décisions mieux adaptées aux contextes départementaux

	Op Prév.		ES		ESMS		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	10	17%	3	5%	9	12%	22	11%
Plutôt	27	47%	42	65%	41	55%	110	56%
Plutôt pas	8	14%	16	25%	12	16%	36	18%
Pas du tout	2	3%	0	0%	2	3%	4	2%
Ne sait pas	11	19%	4	6%	11	15%	26	13%
total	58	100%	65	100%	75	100%	198	100%

Des décisions mieux adaptées aux contextes infra-départementaux

	Op Prév.		ES		ESMS		Tous répondants	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tout à fait	5	9%	3	5%	5	7%	13	7%
Plutôt	21	38%	36	57%	33	44%	90	46%
Plutôt pas	9	16%	19	30%	16	21%	44	23%
Pas du tout	3	5%	1	2%	3	4%	7	4%
Ne sait pas	18	32%	4	6%	18	24%	40	21%
total	56	100%	63	100%	75	100%	194	100%

Pensez-vous que l'action de l'ARS a réduit les inégalités entre territoires départementaux dans l'offre de santé ?

Dans l'offre de premier recours (médecins généralistes, infirmiers libéraux...)

	<i>% de tout à fait et plutôt</i>	<i>% de NSP</i>
Tous répondants	20%	39%
Opérateurs de prévention	24%	54%
Etablissements de santé	24%	21%
ESMS - PH	14%	42%

Dans l'offre médico-sociale

	<i>% de tout à fait et plutôt</i>	<i>% de NSP</i>
Tous répondants	53%	22%
Opérateurs de prévention	40%	46%
Etablissements de santé	40%	24%
ESMS - PH	76% (dont 51% « tout à fait »)	0%

Dans l'offre en établissements de santé

	<i>% de tout à fait et plutôt</i>	<i>% de NSP</i>
Tous répondants	38%	35%
Opérateurs de prévention	32%	61%
Etablissements de santé	50%	6%
ESMS - PH	31%	41%

Dans l'offre en prévention

	<i>% de tout à fait et plutôt</i>	<i>% de NSP</i>
Tous répondants	48%	29%
Opérateurs de prévention	59%	16%
Etablissements de santé	45%	32%
ESMS - PH	41%	36%

Pensez-vous que l'action de l'ARS a réduit les inégalités entre territoires infra-départementaux dans l'offre de santé ?

Dans l'offre de premier recours (médecins généralistes, infirmiers libéraux...)

	<i>% de tout à fait et plutôt</i>	<i>% de NSP</i>
Tous répondants	32%	25%
Etablissements de santé	17%	28%
MSP (gérant et coordinateurs)	68%	16%

Dans l'offre médico-sociale

	<i>% de tout à fait et plutôt</i>	<i>% de NSP</i>
Tous répondants	39%	36%
Etablissements de santé	43%	30%
MSP (gérant et coordinateurs)	32%	52%

Dans l'offre en établissements de santé

	<i>% de tout à fait et plutôt</i>	<i>% de NSP</i>
Tous répondants	40%	22%
Etablissements de santé	47%	13%
MSP (gérant et coordinateurs)	24%	44%

Dans l'offre en prévention

	<i>% de tout à fait et plutôt</i>	<i>% de NSP</i>
Tous répondants	46%	30%
Etablissements de santé	48%	33%
MSP (gérant et coordinateurs)	44%	24%

5.2. Base OSCARS – Pays de la Loire – 2010-2015

Voir § « Développement de la prévention », l'analyse par TSP

5.3. SROS du PRS 2012-2016

Objectifs du SROS en matière d'autorisations d'activité

Médecine : rééquilibrage à la marge et réduction de 5 implantations au niveau régional

Territoire	Evolutions des implantations prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	-2
Maine – et - Loire	-3
Mayenne	-1
Sarthe	+1
Vendée	+0
Région	-5

Chirurgie : aucune modification d'implantation prévue

Périnatalité, IVG : pas de modification d'implantation, sauf transformation d'une implantation de soins néonatalogiques simples en soins intensifs dans un département

AMP : renforcement de l'offre sur la Vendée, pas de modifications par ailleurs

Psychiatrie : création ou renforcement des offres en hospitalisation partielle et appartements thérapeutiques

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	+1
Maine – et - Loire	0
Mayenne	+4
Sarthe	+4 <i>(dont 2 par transformation d'hospitalisation complète)</i>
Vendée	+2
Région	+ 11 <i>(dont 2 par transformation d'hospitalisation complète)</i>

SSR non spécialisés : rééquilibrage à la marge

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	-1
Maine – et - Loire	0
Mayenne	+1
Sarthe	0
Vendée	0
Région	0

SSR spécialisés : renforcement de l'offre régionale, notamment en ce qui concerne le système digestif et métabolique, les maladies respiratoires et les conduites addictives

	Appareil locomoteur	Système nerveux	Cardiovasculaire	Maladies respiratoires	Système digestif et métabolique	Oncologie hémato	Conduites addictives	Personne âgée polypathologique	Brûlés
44	-2	-1	-1	+1	+2	+1	+1	0	
49	+1	0	+1	+2	+4	+2	0	0	0
53	0	0	0	+1	0		0	0	
72	0	0	+1	0	+2	0	+3	0	
85	+2	+2	+1	0	0		0	0	
PdL	+1	+1	+2	+4	+8	+3	+4	0	0

SLD : changements mineurs

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	0
Maine – et - Loire	+1
Mayenne	0
Sarthe	0
Vendée	-1
Région	0

Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie : une seule implantation de plus en rythmologie interventionnelle (en Mayenne).

Médecine d'urgence : Changements marginaux

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	+1 (antenne SMUR)
Maine – et - Loire	0
Mayenne	-1 (structure des urgences)
Sarthe	0
Vendée	0
Région	+1 antenne SMUR -1 structure des urgences

Réanimation : Aucun changement

Traitement de l'IRC par épuration extra-rénale : Principalement de nouvelles implantations d'unités de dialyse médicalisées (+ 12 prévues dans la région)

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	+2 unités de dialyse médicalisées
Maine – et - Loire	-1 centre d'hémodialyse pour enfants +1 unités de dialyse médicalisée -1 unité d'auto-dialyse
Mayenne	+2 unités de dialyse médicalisées +1 unité d'auto-dialyse
Sarthe	+3 unités de dialyse médicalisées
Vendée	+4 unités de dialyse médicalisées
Région	-1 centre d'hémodialyse pour enfants +12 UDM

Traitement du cancer : Changement marginaux, principalement en matière de chirurgie des cancers

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	0
Maine – et - Loire	+1 chirurgie des cancers ORL
Mayenne	-1 chimiothérapie +1 chirurgie des cancers ORL
Sarthe	+1 chirurgie des cancers thoracique
Vendée	0
Région	+2 chirurgie des cancers ORL -1 chimiothérapie +1 chirurgie des cancers thoracique

Diagnostic prénatal (DPN) :

Territoire	Evolutions des implantations d'activités prévues dans le PRS
Loire – Atlantique	
Maine – et - Loire	
Mayenne	
Sarthe	
Vendée	+ 1 site DPN biologie – analyse des marqueurs sériques maternels
Région	+ 1 site DPN biologie – analyse des marqueurs sériques maternels

Imagerie : des objectifs ambitieux de renforcement de l'offre en imagerie (notamment en IRM + 15 implantations prévues en région)

5.4. Indicateur PRS

Nombre de médecins ayant une activité multi-sites

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

Nombre de médecins spécialistes ayant une activité "multi-sites" (effectifs au 31/12)			
	2011	2015	Evolution 2011-2015
Anesthésistes	2	1	-1
Cardiologues	40	53	13
Chirurgiens	1	3	2
Dermatologues	2	3	1
Gynécobstétriciens	9	20	11
Gastro-entérologues	28	19	-9
Médecine interne	1	1	0
Neurochirurgiens	2	1	-1
O.R.L.	13	16	3
Pédiatres	4	6	2
Pneumologues	10	5	-5
Rhumatologues	12	1	-11
Ophtalmologues	49	59	10
Urologues	7	7	0
Stomatologues	3	1	-2
Médecine physique et de réadaptation	1	0	-1

Nombre de médecins spécialistes ayant une activité "multi-sites" (effectifs au 31/12)			
	2011	2015	Evolution 2011-2015
Psychiatres	11	8	-3
Anatomo-cyto-pathologistes	12	19	7
Gynécologues médicaux	1	1	0
total	208	224	16

Nombre de jeunes en aménagement Creton

	2011	2012	2013	2014
Nombre de jeunes en situation d'aménagement Creton en région	421	301	329	486

Evolution de la démographie des professionnels de santé dans les zones fragiles

La question est de savoir si la politique d'aide de l'ARS en faveur des zones fragiles a favorisé, en tendance, une évolution positive de la démographie des professionnels de santé dans ces zones. Le décompte est réalisé sur chacun des 5 départements de la région, sans précision de zones déficitaires plus ciblées (source DOA).

Alors qu'il est attendu une hausse du nombre de médecins généralistes installés en zones fragiles, le solde nouvelles installations – départ est en baisse sur la région. L'évolution depuis 2011 est fluctuante. En 2011, le solde était de - 5 MG, puis après une évolution positive des MG +3 (2012), +8 (2013), + 2 (2014), en 2015 en fin de PRS1, le solde retrouve une valeur négative, en deçà de celle de 2011, pour atteindre un déficit de - 8 MG sur la région. En fin de PRS1, la situation est surtout préoccupante pour les départements de la Sarthe (-5) et de la Vendée (-5) MG.

5.5. Données sources d'indicateurs PRS + données de population INSEE

Densité médicale - Examen sur 15 spécialités

Les 15 spécialités médicales observées sont :

Anesthésistes	O.R.L.
Cardiologues	Ophthalmologues
Chir. orthopédiques	Pédiatres
Dermatologues	Pneumologues
Gastro-entérologues	Psychiatres
Généralistes	Radiologues
Gynécologues	Rhumatologues
Neurologues	O.R.L.

Sur ces 15 spécialités médicales :

- on observe en région une baisse de densité médicale entre 2011 et 2015, fruit d'un effet de ciseau : le nombre de professionnels connaissant une baisse de 0,5 % tandis que la population régionale croît de 3,2% ;
- 5 spécialités ont vu la densité de professionnels s'accroître au niveau régional entre 2011 et 2015, et les inégalités entre départements se sont creusées pour 10 d'entre elles sur la même période ;

Le tableau suivant récapitule l'évolution de la densité médicale en région et par département entre 2011 et 2015 sur 15 spécialités médicales. Les spécialités sous vigilance de l'ARS sont surlignées en **jaune**.

Les constats que l'on peut en tirer sont les suivants :

	Région		Loire-Atlantique		Maine-et-Loire		Mayenne		Sarthe		Vendée		Dispersion		
	densité 2015	évolution /2011	densité 2015	évolution /2011	densité 2015	évolution /2011	densité 2015	évolution /2011	densité 2015	évolution /2011	densité 2015	évolution /2011	écart-type 2011	écart-type 2015	Evolution écart type 2011-2015
Anesthésistes	5,76	2%	7,8	9%	6,4	-6%	2,6	0%	4,4	3%	3,4	-8%	1,8	1,9	8%
Cardiologues	4,66	5%	6,3	7%	4,4	-8%	2,3	0%	3,8	36%	3,3	-4%	1,3	1,4	1%
Chir. orthopédiques	3,58	5%	3,9	5%	4,3	1%	1,9	-15%	3,8	9%	2,5	17%	0,8	0,9	9%
Dermatologues	3,42	-5%	4,3	-6%	4,1	1%	2,3	-13%	2,6	-7%	2,1	-10%	0,9	0,9	6%
Gastro-entérologues	2,72	-1%	3,2	5%	2,8	2%	2,9	12%	1,7	-24%	2,4	-10%	0,2	0,5	115%
Généralistes	84,69	-5%	93,8	-3%	94,5	0%	69,8	-5%	69,4	-9%	74,1	-11%	9,5	11,4	20%
Gynécologues	5,30	-7%	6,6	-7%	5,7	-12%	2,6	-27%	5,1	15%	3,6	-15%	1,4	1,4	6%
Neurologues	1,13	-3%	1,4	-14%	1,5	17%	0,6	99%	0,9	-29%	0,6	28%	0,5	0,4	-26%
O.R.L.	2,58	6%	2,9	1%	2,8	-2%	2,9	50%	2,3	7%	1,8	15%	0,5	0,4	-16%
Ophthalmologues	7,08	6%	9,5	5%	6,9	16%	4,2	0%	5,2	-10%	5,2	12%	1,7	1,9	10%
Pédiatres	1,16	-11%	2,9	3%	2,8	2%	1,0	-40%	2,1	-9%	0,7	-31%	0,7	0,9	35%
Pneumologues	1,37	-3%	1,5	5%	1,2	-19%	0,3	-67%	1,7	10%	1,3	8%	0,2	0,5	120%
Psychiatres	6,59	-5%	8,6	-5%	8,4	5%	5,2	6%	4,7	-21%	2,5	-18%	2,1	2,3	8%
Radiologues	6,05	-10%	7,0	-4%	5,7	2%	5,2	-6%	4,4	-15%	6,4	-28%	1,4	0,9	-35%
Rhumatologues	1,88	-13%	2,0	-19%	2,5	8%	1,6	-17%	1,2	-1%	1,6	-30%	0,4	0,4	-6%

Les constats que l'on peut tirer de ces données sont les suivants :

Au niveau régional, la densité de 10 des 15 spécialités observées a diminué dans des proportions allant de 1% à 13%.

Parmi les huit spécialités sur lesquelles l'ARS exerce sa vigilance, cinq ont connu une baisse de densité entre 2011 et 2015, les trois autres ont connu une amélioration (anesthésistes +2%, cardiologues +5%, ophtalmologues +6%), mais avec une accentuation des inégalités entre départements pour deux d'entre elles (écart type des densités progressant respectivement de 8% pour les anesthésistes, et de 10 % pour les ophtalmologues)

En ce qui concerne la dispersion des densités médicales entre départements de la région, elle ne s'atténue que pour 4 des 15 spécialités observées (neurologues, ORL, radiologues et rhumatologues). Elle a augmenté significativement (de 35 à 120%) pour 3 spécialités : gastro-entérologues, pédiatres et pneumologues.

S'agissant des médecins généralistes, leur densité a diminué de 5% en région entre 2011 et 2015. Les écarts de densité entre départements se sont, dans le même temps, accru de 20%. Des inégalités peuvent être constatées d'un département à l'autre : les deux départements où la densité est la plus élevée (Loire – Atlantique et Maine – et – Loire) sont également ceux où elle a pratiquement stagné ; les trois autres départements connaissent une densité à la fois moins favorable et orientée à la baisse (de -5% à -11% selon les départements).

Département	Densité en médecins généralistes 2015	Evolution densité 2011/2015
Loire-Atlantique	93,8	-3 %
Maine-et-Loire	94,5	0 %
Mayenne	69,8	- 5%
Sarthe	69,4	- 9%
Vendée	74,1	- 11%

Il convient de noter que ce raisonnement est assis sur un nombre de praticiens. Une analyse plus fine devrait privilégier une approche en équivalents temps plein.

En complément, le tableau suivant présente, par département et par spécialité, l'évolution des effectifs médicaux entre 2011 et 2015 :

	<i>Loire-Atlantique</i>	<i>Maine-et-Loire</i>	<i>Mayenne</i>	<i>Sarthe</i>	<i>Vendée</i>	<i>Région</i>
Anesthésistes	+13	-2	0	+1	-1	+11
Cardiologues	+9	-2	0	+6	0	+13
Chir. orthopédiques	+5	+1	-1	+2	+3	+10
Dermatologues	-1	+1	-1	-1	-1	-3
Gastro-entérologues	+4	+1	+1	-3	-1	+2
Généralistes	+18	+16	-11	-33	-38	-48
Gynécologues	-2	-5	-3	+4	-3	-9
Neurologues	-2	+2	+1	-2	+1	0
O.R.L.	+2	0	+3	+1	+2	+8
Ophthalmologues	+12	+9	0	-3	+5	+23
Pédiatres	+3	+1	-2	-1	-2	-1
Pneumologues	+2	-2	-2	+1	+1	0
Psychiatres	-1	+5	+1	-7	-3	-5
Radiologues	+1	+2	-1	-4	-14	-16
Rhumatologues	-5	+2	-1	0	-4	-8
<i>15 spécialités</i>	+58	+29	-16	-39	-55	-23

5.6. Document ARS « du Pacte Territoire Santé 1 au Pacte Territoire Santé 2 »

Nombre d'assistants spécialistes en temps partagés (entre CHU et hôpitaux périphériques – hors hôpitaux locaux)

Année	Nombre d'assistants spécialistes en temps partagés
2010	0
2013	24
2016 (1/11)	70
2017 (prévision)	96

Pacte territoire santé et accès aux soins urgents en moins de 30 minutes

Le Pacte Territoire Santé prévoyait l'accès de toute personne à des soins urgents en moins de 30 minutes

Dans ce cadre, l'ARS a :

- renforcé les lignes de SMUR terrestre (création d'une antenne SMUR à Ancenis)
- mis en place un deuxième hélismur dans la région
- conclu 21 contrats des médecins correspondants SAMU (5 en Sarthe et 16 en Vendée), ce qui a permis de couvrir des « zones blanches » dans ces départements.

Au global, l'ARS estime à 140 000 le nombre de ligériens supplémentaires à bénéficier d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes.

Pacte territoire santé – Stages en médecine en milieu ambulatoire

Généralisation des stages en médecine en milieu ambulatoire. Le taux de 100 % des étudiants en médecine faisant un stage en médecine générale ambulatoire a été atteint avant 2015 par l'UFR d'Angers (il était de 75% en 2012). Si ce taux devait être atteint par l'UFR de Nantes pour l'année scolaire 2015-2016, une progression très significative a pu être observée (55% des étudiants en 2012 ; 80% en 2014).

Pacte territoire santé – CESP

Contrat d'engagement de service public : 56 CESP ont été signés entre 2010 et 2015. 4 installations de CESP en zones fragiles étaient déjà effectives en 2015 (2 en Vendée, 1 en Sarthe et 1 en Maine – et – Loire), 40 installations supplémentaires étant prévues d'ici 2019 (et 12 au-delà de 2019)

Praticiens Territoriaux de Médecine Générale : 18 contrats signés.

Le nombre en a été multiplié par plus de 3 depuis 2013, mais le volume demeure modeste.

<i>Dpt</i>	<i>Nombre de contrats PTMG actifs fin 2015</i>
44	0
49	6
53	6
72	5
85	1
<i>Région</i>	<i>18</i>

5.7. Rapports d'activité FIR ARS

Accompagnement des MSP

Accompagnement financier des MSP : des CPOM visant des objectifs de coordination et de prévention dans un premier temps, réorienté à partir de 2015 pour que les structures existantes atteignent les engagements inscrits dans le règlement arbitral (fin 2015, sur les 60 MSP de la région, 18 bénéficient d'une rémunération d'équipe – ie CPOM signé)

5.8. Données ARS +données de population RP 1999+ Projection Omphale INSEE 2016 – scénario central

Lien entre créations de places et objectif de réduction des inégalités inter-départementales

L'ARS a travaillé la convergence des taux d'équipement à partir de projections de population à l'horizon 2016

Les tableaux suivants comparent le niveau d'équipement 2010 rapporté à la projection de population 2016, le nombre de places créées, et le taux d'équipement 2016. Ils mettent en exergue l'application très scrupuleuse par l'ARS de l'objectif de convergence des taux d'équipement entre départements dans le champ médico-social PH

Les taux d'équipement sont exprimés en nombre de lits et places pour 1 000 personnes (0-19 ans pour les enfants ; 20-59 ans pour les adultes)

sces enfance

	eq2010/pop 2016	créations 2010- 2016	tx eq 2016
44	2,87	+327	3,80
49	3,63	+224	4,66
53	4,31	+21	4,57
72	3,56	+54	3,94
85	2,75	+173	3,81
région	3,25	+799	4,08

ets enfance

	eq2010/pop 2016	créations 2010- 2016	tx eq 2016
44	5,89	+22	5,95
49	6,59	- 100	6,13
53	3,78	+ 27	4,12
72	5,22	+13	5,31
85	4,34	+40	4,58
région	5,50	+2	5,51

sces adultes

	eq2010/pop 2016	créations 2010- 2016	tx eq 2016
44	0,28	+60	0,37
49	0,42	+36	0,51
53	0,77	0	0,77
72	0,35	+60	0,56
85	0,30	+36	0,41
région	0,36	+192	0,47

ets adultes

	eq2010/pop 2016	créations 2010- 2016	tx eq 2016
44	1,51	+301	1,94
49	1,71	+47	1,82
53	1,55	+30	1,75
72	2,10	-2	2,09
85	1,78	+167	2,30
région	1,69	+543	1,99

Convergence des taux d'équipement dans le champ handicap – analyse par les écarts types

Des écarts-types de taux d'équipement entre département en diminution entre 2010 et 2016, en particulier dans le champ de l'enfance handicapée (moins marquée sur le champ adultes handicapés)

Tx eq enfance

	SESSAD		ETS	
	2010	2016	2010	2016
44	2,96	3,80	6,07	5,95
49	3,66	4,66	6,63	6,13
53	4,30	4,57	3,77	4,12
72	3,50	3,94	5,13	5,31
85	2,96	3,81	4,67	4,58
région	3,32	4,08	5,63	5,51
écart-type	0,50	0,38	1,01	0,77
		-24%		-24%

Tx eq adultes

	SAMSAH/SSIAD/SPASAD		MAS/FAM	
	2010	2016	2010	2016
44	0,30	0,37	1,61	1,94
49	0,44	0,51	1,76	1,82
53	0,76	0,77	1,53	1,75
72	0,36	0,56	2,11	2,09
85	0,31	0,41	1,87	2,30
région	0,38	0,47	1,76	1,99
écart-type	0,17	0,14	0,20	0,20
		-18%		-4%

6. LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

6.1. Base OSCARS – Pays de la Loire – 2010-2015

Voir § « Développement de la prévention », les analyses par thématique et par publics issues d'OSCARS

6.2. Indicateurs PRS

Ecart du taux de participation au dépistage organisé ou individuel du cancer du sein entre la population totale et la population couverte par la CMU et la CMUC

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ecart du taux de participation au dépistage organisé ou individuel du cancer du sein entre population totale, population CMU et population CMUC	0	nd	63,7% vs 37,9 %	nd	63,5% vs 31,6%	nd
Valeur cible et/ou valeur de référence			Baisse	Baisse	Baisse	

Pourcentage des professionnels de santé en secteur 1 (tarifs opposables) sur un échantillon de 15 spécialités

	2011	2012	2013	2014	2015
Pourcentage des professionnels de santé en secteur 1 (tarifs opposables) - valeur régionale sur un échantillon de 15 activités	85,6%	85,3%	85,9%	85,5%	85,3%
Valeur cible et/ou valeur de référence	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse	Hausse

Taux d'établissements de santé certifiés HAS V2010 présentant l'appréciation "oui" sur l'EA " L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées." (critère 16a)

Données au 31/12	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux d'établissements de santé certifiés HAS V2010 présentant l'appréciation "oui" sur l'EA " L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées." (critère 16a)		31,8%	33,9%	36,3%	40,4%	39,5%
nb d'activités certifiés en V2010 présentant l'appréciation "oui" sur l'EA " L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées." (critère 16a du guide)		21	39	62	78	79
nb d'activités de santé certifiés en V2010		66	115	171	193	200

Ratio nombre de nouveaux consultants des PASS / nombre de personnes accueillies par les PASS

Données au 31/12	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de nouveaux consultants des PASS / Nombre de personnes accueillies par les PASS	67%	65%	67%	67%	69%	57%
Taille échantillon - Nombre d'établissement pour lesquels on dispose A LA FOIS du nombre de nouveaux consultants et du nombre de personnes accueillies		16/17 étés	13/17 étés	15/17 étés	15/18 étés	14/17 étés
Nombre de nouveaux consultants des PASS (dans les établissements pour lesquels on dispose aussi du nombre de personnes accueillies)	3 853,00	4 137,00	4 037,00	4 088,00	3 933,00	3 455,00
Nombre de personnes accueillies par les PASS (dans les établissements pour lesquels on dispose aussi du nombre de nouveaux consultants)	5 757,00	6 334,00	6 025,00	6 094,00	5 711,00	6 040,00

6.3. Rapports de certification HAS V2010 /exploitation DEPS

Il ressort des rapports de certification (v2010, état au 27/10/20106) des établissements de santé établis par la HAS que, sur l'item "Personnes démunies-Populations nécessitant une prise en charge particulière" (19a) :

- 36 % des établissements sont cotés A
- 63% des établissements sont cotés B
- 0% des établissements sont cotés C
- 1% des établissements sont cotés D

6.4. CPOM ARS-établissements de santé / exploitation DEPS

40 établissements de santé ont des objectifs touchant aux inégalités sociales de santé dans leur CPOM, soit 33% de l'ensemble des établissements. Cela représente 4% de l'ensemble des objectifs des CPOM.

E. ETUDE DELPHI



ENQUÊTE DE TYPE DELPHI AUPRES D'EXPERTS REGIONAUX SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

-

EVALUATION FINALE DU PROJET REGIONAL DE SANTE (PRS) DES PAYS DE LA LOIRE

Rapport d'étude

Octobre 2016

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	134
A. Inégalités sociales de santé : éléments de définition	134
B. Projet Régional de Santé et inégalités sociales de santé	135
C. Objectif de l'étude	136
II. METHODOLOGIE UTILISEE	137
A. Recueil de l'avis d'experts via la méthode Delphi	137
B. Recueil de l'avis de représentants d'usagers.....	138
III. RESULTATS : IMPACTS DE LA RE ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE VIA LE PRS 1 SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN REGION	140
A. La prise en compte par l'Agence Régionale de Santé des inégalités sociales de santé et l'impact de sa politique.....	141
B. La prise en compte par les acteurs de santé des inégalités sociales de santé et l'impact de leur action.....	143
IV. RECOMMANDATIONS POUR MIEUX LUTTER CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE AU TRAVERS DE L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DANS LE CADRE DU PRS 2.....	147
A. Orientations prioritaires pour l'Agence Régionale de Santé.....	147
B. Orientations prioritaires pour les acteurs de santé.....	149
V. ZOOM SUR L'IMPACT DE CERTAINS DISPOSITIFS « PHARES » DU PRS 1 SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET LE RÔLE QU'ILS POURRAIENT JOUER POUR LUTTER PLUS EFFICACEMENT CONTRE LES ISS DANS LE CADRE DU PRS 2 152	152
A. Les structures d'exercice coordonné de 1er recours (SEC).....	152
B. Les programmes d'éducation thérapeutiques du patient	154
C. Autres dispositifs soutenus dans le cadre du PRS et inclus dans l'étude.....	156
VI. CONCLUSION	159
VII. ANNEXES.....	161
A. Détail des principaux résultats des questionnaires	162
B. Liste des experts répondants	170
C. Liste des associations représentantes d'usagers participantes	172

I. INTRODUCTION

A. Inégalités sociales de santé : éléments de définition

Il s'agit des différences d'état de santé entre des individus de situations sociales différentes (écarts d'états de santé socialement stratifiés⁵). Elles sont observées selon divers indicateurs, individuels, tels que la catégorie sociale, le revenu, le niveau d'étude, ou collectifs tels que le niveau de pauvreté des quartiers de résidence. Comme le précise le Haut Conseil en Santé Publique (2009)⁶, les inégalités sociales de santé n'opposent pas des populations vulnérables, exclues ou précaires à une population dont l'état de santé s'améliorerait de façon homogène, mais traversent l'ensemble de la population. Elles reproduisent, dans le domaine de la santé, les inégalités existant entre les groupes sociaux.

Les facteurs des inégalités sociales de santé sont tant des déterminants socio-économiques (éducation, accès à l'emploi, conditions de travail, logement...), que des comportements de santé (facteurs de risque) et l'organisation même du système de santé (accès aux soins et résultats des soins).

Cette étude s'intéresse au dernier facteur : ***en quoi l'organisation du système de soins contribue à réduire les inégalités sociales de santé voire les accroît.***

La question d'accès au système de santé interroge l'accessibilité en termes de droits sociaux de l'utilisateur ou le recours qui en est fait : il s'agit de s'intéresser non seulement à « l'accès primaire » (à l'entrée dans le système de soins) qu'à l'accès secondaire soit à la manière dont se déroulent les soins après un premier contact.⁷

⁵ INPES, Réduire les inégalités sociales en santé ; Dossier La santé en Action et IGAS, RAPPORT N°RM2011-061P

⁶ Haut Conseil de la santé publique, rapport « les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », 2009

⁷ Lombrail Pierre et Pascal Jean, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *les tribunes de la santé*, 2005

B. Projet Régional de Santé et inégalités sociales de santé

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 a confié aux Agences Régionales de Santé (ARS) la mission d'élaborer un premier Projet régional de santé (PRS) pour 5 ans. L'article L. 1434-1 du code de santé publique précise que « le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre ».

Le contenu même des Projets régionaux de santé a été modifié par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le PRS comprend désormais (article L.1434-2 du code de santé publique) :

- un cadre d'orientation stratégique ;
- un schéma régional de santé pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé (fusionnant les différents schémas préexistants);
- un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Le cadre législatif précise que les objectifs fixés par le schéma régional de santé « portent notamment **sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé**, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. » Ce nouveau cadre législatif s'applique pour la révision de la première génération de Projets régionaux de santé (en cours).

En Région Pays de la Loire, le Projet Régional de Santé 2012 – 2016 (« PRS 1 ») fait l'objet d'une évaluation finale depuis début 2016. Plusieurs questions évaluatives ont été définies dans le cadre de l'évaluation finale. Parmi elles, deux questions intéressent directement la présente étude :

- « *Dans quelle mesure l'ARS a-t-elle mis en œuvre des réalisations en faveur de la qualité des réponses en santé, en termes de réduction des inégalités ?* »
- « *La politique de l'ARS a-t-elle favorisé l'amélioration de la qualité des réponses en santé, notamment en termes de réduction des inégalités ?* »

C. Objectif de l'étude

Afin de répondre aux questions évaluatives du PRS, l'ARS cherche à savoir si concrètement, « la ré organisation du système de santé (prévention et soins) impulsée par l'ARS au travers de la mise en œuvre de nouveaux dispositifs a eu un effet mesurable sur les inégalités sociales de santé ? Le cas échéant, les effets mesurables peuvent-ils être qualifiés de négatifs ou de positifs ? ».

L'étude s'est intéressée à l'impact sur les inégalités sociales de santé de l'action de l'ARS sur l'organisation du système de santé qu'elle a impulsée en région, dans une visée prospective afin *in fine*, d'identifier des orientations en termes de lutte contre les inégalités sociales de santé pour le prochain Projet Régional de Santé.

II. METHODOLOGIE UTILISEE

L'Agence souhaitait recueillir une appréciation qualitative de l'impact sur les inégalités sociales de santé de la réorganisation du système de santé qu'elle a impulsée dans le PRS 1 au travers des avis et préconisations d'experts et de représentants d'usagers.

A. Recueil de l'avis d'experts via la méthode Delphi

La méthode a consisté à recueillir l'avis d'experts afin de disposer de leur :

- Analyse de l'impact de la réorganisation du système de santé, notamment au travers de certains dispositifs, sur les inégalités sociales de santé ;
- Choix d'orientations à suivre dans la perspective du prochain Projet Régional de Santé (PRS 2).

Le choix méthodologique pour recueillir l'avis des experts s'est porté sur la méthode Delphi.

Qu'est-ce que la méthode Delphi ?

La méthode Delphi est une méthode visant à organiser la consultation d'experts sur un sujet, le plus souvent avec un caractère prospectif et à des fins décisionnelles. Il faut entendre par « expert » toute personne ayant une bonne connaissance pratique, légale ou administrative du sujet (et dans le cas présent de certains dispositifs) et ayant une légitimité suffisante pour exprimer un avis ou un jugement d'intérêt représentatif du groupe d'acteurs auquel il appartient.

La méthode a pour but de mettre en évidence des convergences et des consensus sur les orientations à donner en soumettant ces experts à des vagues successives de questionnement qui permettent, par consolidation, d'identifier des orientations en vue d'une aide à la décision.

Le panel d'experts a été constitué avec l'Agence en regroupant des experts « régionaux », en capacité de fournir une appréciation générale de l'organisation du système de santé en région et des experts plus « spécialisés » impliqués en tant qu'acteurs de santé dans un des dispositifs promus, mis en place, dans le cadre de la réorganisation du système de santé dans le PRS 1⁸.

Les dispositifs ayant fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre de cette enquête sont :

1. Les structures d'exercice coordonné de 1^{er} recours ;
2. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient ;

⁸ Une liste précisant les experts répondants mobilisés figure en annexe du document

3. Les centres fédératifs de prévention et de dépistage ;
4. La restructuration des réseaux de santé ;
5. Les dispositifs de coordination d'aval (DCA) ;
6. Les équipes d'appui en adaptation réadaptation (EAAR) ;
7. L'hospitalisation à domicile (HAD).

Ainsi, le panel d'experts initialement constitué a été composé :

- D'experts « régionaux » du système de santé : représentants d'Unions Régionales des Professionnels de santé, de l'Assurance Maladie, de l'Institut Régionale d'Education et de Promotion à la Santé, de la Fédération addictions etc.
- D'experts « acteurs » de chaque dispositif précité.

Les experts pressentis pour cette démarche ont été identifiés avec les différents services en charge des dispositifs de l'Agence Régionale de Santé.

58 experts ont été sollicités, 42 ont donné leur accord pour participer à la démarche. Cette démarche était bénévole.

Les experts ont été mis à contribution en participant à quatre questionnaires :

- **Questionnaire 1** : caractérisation de l'impact sur les inégalités sociales de santé des actions de l'ARS sur l'organisation du système de santé notamment au travers de certains dispositifs ;
- **Questionnaire 2** : recherche d'un consensus entre experts sur l'analyse de l'existant exprimée via le questionnaire 1 ;
- **Questionnaire 3** : propositions d'évolutions favorisant la réduction des inégalités sociales de santé ;
- **Questionnaire 4** : priorisation des propositions d'évolutions proposées via le questionnaire 3.

Chaque questionnaire a été transmis aux experts entre juin et septembre 2016, sous un format dématérialisé, accessible pendant un délai de deux semaines.

Le nombre d'experts participants a évolué de 39 experts (pour le questionnaire 1) à 26 experts (pour le questionnaire 4). Pour chaque sollicitation, des relances mails et téléphoniques ont été réalisées.

B. Recueil de l'avis de représentants d'usagers

A l'issue de la démarche participative avec les experts, l'avis de représentants d'usagers sur les propositions d'évolutions des experts favorisant la réduction des inégalités sociales de santé a été sollicité. Ce recueil de l'avis de représentants des usagers a été organisé lors d'un temps d'échanges (focus groupe) en octobre 2016. Les représentants d'usagers conviés à ce temps de travail⁹ étaient des associations « généralistes » d'usagers du système de santé et des associations représentant des patients atteints de maladies chroniques, faisant l'objet d'une reconnaissance par l'Agence et pouvant fournir des avis sur l'organisation régionale du système de santé.

L'objectif de cette séquence unique était de soumettre les propositions des experts aux représentants d'usagers afin qu'ils les qualifient et le cas échéant les complètent.

16 associations ont été conviées, 10 ont été représentées lors de cette rencontre.

⁹ Une liste précisant les associations représentantes d'usagers du système de santé présentes à ce temps de rencontre figure en annexe du document

III. RESULTATS : IMPACTS DE LA RE ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE VIA LE PRS 1 SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN REGION

Pour rappel, la présente étude s'intéresse à l'impact d'un seul facteur des inégalités sociales de santé : l'organisation du système de santé. Le système de santé peut entretenir voire créer des inégalités sociales de santé « par omission » (fonctionnement même du système fondé sur la prédominance de soins curatifs et la réponse à la demande individuelle) ou « par construction » (référentiels ou programmes conçus par les institutions qui méconnaissent et parfois accentuent les inégalités sociales de santé)¹⁰

Tous les résultats présentés ci-dessous « à dire d'experts » ont fait l'objet d'un consensus minimal entre les experts répondants : le détail des réponses est présenté en annexe.

Nous identifions dans cette partie dans des encadrés grisés clairs, les leviers d'action sur les inégalités sociales de santé identifiés comme déjà bien utilisés même s'ils peuvent être renforcés et nous identifions dans des encadrés gris foncé ceux qui sont estimés comme insuffisamment déployés.

¹⁰ Lombraïl et al., 2005

A. La prise en compte par l'Agence Régionale de Santé des inégalités sociales de santé et l'impact de sa politique

Les experts interrogés estiment que l'Agence Régionale de Santé, au travers de sa politique de santé, prend en compte la réduction des inégalités sociales de santé.

Cependant l'impact même de la réorganisation du système sur les inégalités sociales de santé est jugée difficile à qualifier par la majorité des experts (seul un tiers des experts qualifie cet impact comme positif).

Pour les experts interrogés la politique actuellement menée par l'ARS a un rôle dans la réduction des inégalités sociales de santé grâce aux leviers d'action suivants :

La promotion d'une animation territoriale par l'Agence :

L'Agence a défini des territoires de santé et met en valeur une vision globale de la santé dans chaque territoire avec l'ambition de décloisonner les parcours de santé et de proposer une même approche quel que soit le territoire. La promotion de cette approche territoriale est bien identifiée par les experts. Pour eux, elle favorise la coordination des parcours de santé, la responsabilisation des acteurs locaux et l'accès aux soins de proximité et de ce fait a un impact sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Si ce levier d'action est perçu comme bien utilisé par l'ARS, les experts estiment néanmoins que des marges de progression existent pour structurer des dynamiques territoriales dans l'ensemble du territoire régional.

La volonté de couvrir tout le territoire par une offre de santé diversifiée :

La mission de régulation de l'offre de santé par l'ARS est perçue comme garante d'une meilleure répartition de l'offre sur le territoire, dans les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier, favorisant ainsi l'accès à cette offre pour tous et à même de réduire les inégalités sociales de santé.

La proposition par l'Agence de différents types d'accompagnement et de prise en charge est perçue comme garante d'une adaptation de l'offre aux publics et d'une réduction par là-même des inégalités sociales de santé.

Si ce levier d'action est reconnu comme bien utilisé par l'ARS, les experts estiment néanmoins que des marges de progression existent dans la couverture territoriale de la région en offre de

prévention et dans la couverture de certains territoires ruraux par toute offre de santé.

Le soutien et l'accompagnement de l'offre ambulatoire :

L'Agence Régionale de Santé agit sur l'évolution de l'offre ambulatoire (sur sa répartition, ses modalités d'exercice). Cette action a été identifiée par les experts comme ayant des impacts sur les inégalités sociales de santé. En effet, plus que l'accès à des soins hospitaliers ou spécialisés, l'offre ambulatoire de 1^{er} recours et médico-sociale est perçue comme jouant un rôle primordial pour réduire les inégalités sociales de santé. Plus accessible, elle permet ensuite d'orienter les usagers au sein du système de santé.

Ce levier d'action a été estimé comme insuffisamment utilisé par l'ARS. Le soutien à l'offre ambulatoire (structurée en Maisons, centres ou pôles de santé pluri-professionnelles ainsi que hors MSP) ou encore le développement de programmes d'éducation thérapeutique en ville ont été les exemples les plus mentionnés de leviers d'action à renforcer.

Le soutien de prises en charge spécifiques pour les plus vulnérables au sein des dispositifs de droit commun :

Dans son rôle de structuration de l'offre de santé, les experts identifient la capacité de promotion par l'Agence Régionale de Santé de dispositifs spécifiques pour les plus vulnérables.

Ce levier d'action a été perçu comme insuffisamment utilisé par l'ARS. Le recours sans rendez-vous à une réponse de soins, des équipes mobiles (notamment dans le champ de la santé mentale) ou encore de programmes d'éducation thérapeutique pour les plus vulnérables seraient insuffisamment développés pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Le soutien à la prise en charge de soins non remboursés :

Si le remboursement des soins revient à l'Assurance Maladie, les experts perçoivent un rôle à jouer pour l'Agence Régionale de Santé sur l'accès aux soins non remboursés pour les plus vulnérables.

La question de la prise en charge de soins non remboursés a été analysée comme insuffisamment traitée par l'Agence. Les difficultés de recours aux soins de diététique, pédicurie, psychologie ou

encore d'ergothérapie pour des populations vulnérables dans le cadre de certaines pathologies a été identifié comme aggravant les inégalités sociales de santé.

B. La prise en compte par les acteurs de santé des inégalités sociales de santé et l'impact de leur action

Les experts interrogés estiment que, les acteurs de santé, au travers de leur participation au système, prennent en compte les inégalités sociales de santé mais dans une moindre proportion que pour l'Agence Régionale de Santé.

Les experts interrogés estiment que les acteurs de santé ont un rôle dans la réduction des inégalités sociales de santé autour des leviers d'action suivants :

L'organisation d'une offre de santé en proximité et accessible :

Selon les experts, les acteurs de santé sont en capacité de proposer des soins et/ou un accompagnement soit à proximité soit en organisant l'accessibilité pour les usagers. En effet, au travers d'équipes mobiles ou de permanences chez d'autres acteurs (de santé, institutionnels...), l'offre de santé peut se rapprocher des usagers, voire s'adapter, devenir plus visible et faciliter la création de liens de confiance. L'organisation de la proximité n'étant pas toujours possible (notamment en cas de recours nécessaire à un plateau technique, d'organisation des équipes...), la mobilité de l'utilisateur peut être organisée avec des partenaires institutionnels (accessibilité de l'offre en transports en commun, transport à la demande, transport accompagné...).

Les experts identifient que les acteurs se saisissent effectivement des questions de proximité et d'accessibilité. Des marges de progression importantes sont identifiées sur le développement du transport vers l'offre de santé.

L'organisation d'une offre de santé personnalisée et souple :

Selon les experts, le fonctionnement des services proposés par les acteurs de santé a un impact direct sur les inégalités sociales de santé selon leur capacité à proposer un accompagnement personnalisé et une souplesse d'organisation. En effet, par l'idée de personnalisation, les experts insistent sur la notion de prise en charge globale, garante de la prise en compte d'éléments sanitaires et sociaux pour le suivi. La souplesse du système de santé est quant à elle attendue afin de favoriser l'adaptation aux situations différentes et la collaboration entre acteurs.

Les experts estiment que les acteurs de santé se saisissent effectivement de ces enjeux de personnalisation et de nécessité de souplesse de la prise en charge. Cependant, la simplification du cadre d'intervention des acteurs ou encore la mise à disposition d'outils favorisant la personnalisation de la prise en charge ne seraient pas assez développés pour soutenir les acteurs dans leur démarche.

Le décroisement entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux :

La coordination et l'intégration entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux seraient garantes, selon les experts, d'une réduction des inégalités sociales de santé. L'idée sous-jacente est la suivante : le cloisonnement des acteurs renforce les difficultés d'orientation au sein de système, peut provoquer des ruptures dans les parcours de santé et diminuer les possibilités de recours à la bonne personne au bon moment pour tous les publics. Ce cloisonnement ne permet pas au système de santé de traiter la complexité des situations (notamment en cas d'imbrication de problématiques médicales et sociales) et renforce par là-même les inégalités sociales de santé.

Selon les experts, les acteurs de santé ne se saisiraient pas assez de la question du décroisement du système. Le lien ville-hôpital a été identifié comme perfectible mais pas seulement : en extra hospitalier, l'articulation entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux a été clairement identifiée comme insuffisante.

Les freins culturels et informationnels à l'accès au système de santé :

Les experts ont mis en valeur le rôle des acteurs de santé dans le renforcement ou la diminution des freins culturels et informationnels au système de santé. En effet, face à des usagers qui éprouvent des difficultés tant sur la connaissance de l'offre existante que sur les modalités de recours, les acteurs ont un rôle à jouer de « relais » dans le système de santé soit d'information et d'orientation.

Selon les experts, l'organisation actuelle ne permet pas aux acteurs de santé de jouer un rôle de « relais » suffisant dans le système : au contraire, les freins culturels et informationnels vis-à-vis de l'accès à l'ensemble de l'offre de santé semblent être largement partagés entre usagers et acteurs.

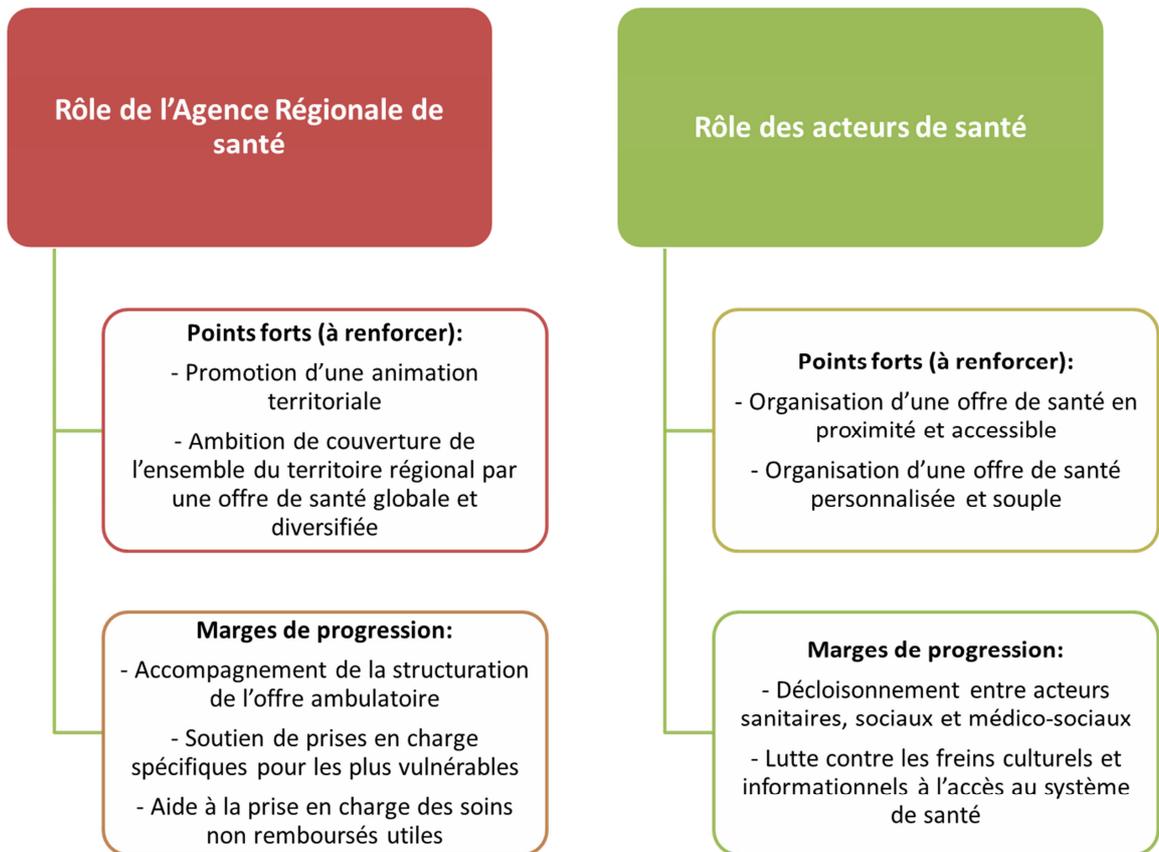
Le point de vue des usagers :

Les associations représentantes d'usagers ont donné une analyse plus sévère de l'impact de la réorganisation du système de santé sur les inégalités sociales de santé.

Malgré les ambitions affichées dans le cadre du PRS 1, leur traduction sur l'ensemble des territoires a été jugée insuffisante. L'accès au système de santé, pour les plus vulnérables et pas seulement, en dehors des grandes agglomérations, reste un problème selon les représentants d'usagers. Certains dispositifs promus, notamment les programmes d'éducation thérapeutique du patient, ont été identifiés comme contribuant au maintien des inégalités sociales de santé car pas assez nombreux et limités par leur thématique d'intervention (cf. paragraphe V.B. détaillant la perception par les représentants d'usagers de cette offre).



En synthèse :



IV. RECOMMANDATIONS POUR MIEUX LUTTER CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE AU TRAVERS DE L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DANS LE CADRE DU PRS 2

A partir de l'analyse de l'impact de la réorganisation du système de santé sur les inégalités sociales de santé, des orientations ont été proposées pour le prochain Projet Régional de santé pour renforcer la lutte contre les inégalités sociales de santé. Les orientations présentées ci-dessous ont été retenues par les experts répondants : le détail des résultats est précisé en annexe.

A. Orientations prioritaires pour l'Agence Régionale de Santé

1. Soutenir l'animation territoriale en santé

La première attente des experts en matière de politique de l'Agence Régionale de Santé pour mieux réduire les inégalités sociales de santé, est le soutien à l'animation territoriale de santé. Cette orientation recouvre l'aide au diagnostic de l'offre et des besoins de santé dans les territoires au regard des inégalités sociales de santé notamment, l'aide à la définition d'un projet de territoire, l'organisation d'un pilotage efficace, la valorisation du temps de coordination des acteurs ou encore le soutien à la communication et à l'information sur l'offre existante...

Cette attente peut en partie correspondre à un accompagnement renforcé au déploiement de Communautés professionnelles territoriales de santé avec contractualisation avec l'Agence telles qu'elles ont été introduites par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

2. Soutenir l'offre de 1^{er} recours et l'exercice regroupé et/ou coordonné

La seconde orientation prioritaire pour l'Agence Régionale de Santé est le soutien à l'organisation de l'offre de 1^{er} recours et notamment des structures d'exercice coordonné (SEC). Cela souligne que pour les experts, les SEC constituent, parmi les sept dispositifs analysés dans l'étude, le dispositif, le plus central en matière de réduction des inégalités sociales de santé.

Le détail des orientations pour renforcer le rôle des SEC vis-à-vis des inégalités sociales de santé est précisé dans la partie propre aux dispositifs (paragraphe V.A.) : soulignons que les experts estiment que ce dispositif est à renforcer à l'initiative des acteurs mais aussi et surtout à l'initiative de l'Agence.

Cependant, si l'essentiel des contributions des experts porte sur les structures d'exercice coordonné, plusieurs rappellent que l'action de l'ARS doit également être dirigée vers les professionnels hors structures d'exercice collectif. En effet, c'est l'offre de 1^{er} recours dans

son ensemble qui est jugée en capacité de jouer un rôle pour diminuer les inégalités sociales de santé.

3. Développer la coordination d'appui pour la gestion des cas complexes

Les cas complexes qui se caractérisent le plus souvent par une imbrication de problématiques médicales et sociales, ont été identifiés dans cette étude comme les situations à accompagner. L'Agence Régionale de Santé est attendue sur ce sujet au travers d'une politique active de soutien des offreurs de santé dans la gestion de ces cas complexes. Cette attente correspond pour la majorité des experts à un accompagnement renforcé au déploiement des plateformes territoriales d'appui telles qu'elles ont été introduites par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et précisées par le décret du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

4. Adapter l'offre en milieu rural et dans certains milieux urbains avec une organisation de la mobilité

Les experts interrogés proposent d'aller plus loin dans la facilitation de la mobilité et l'accessibilité à l'offre de santé. Le déploiement d'équipes mobiles pluri-professionnelles et l'organisation de transports adaptés sont les deux traductions de cette orientation les plus fréquemment proposées.

5. Soutenir le déploiement d'une offre de prévention et d'éducation à la santé

Alors même que certaines politiques de prévention peuvent avoir pour effet d'accroître le gradient social¹¹ du fait de leur meilleure appropriation par les populations les plus favorisées¹², les experts rappellent l'importance du déploiement d'une offre de prévention et d'éducation à la santé en direction de tous les publics et dont tous les publics se saisiraient, notamment les plus jeunes.

Si plusieurs experts insistent sur le caractère primordial et déterminant de cette orientation vis-à-vis des autres, elle a pourtant été confirmée dans le classement en 5^{ème} position.

Le point de vue des usagers

Les orientations jugées prioritaires par les représentantes d'usagers sont classées

¹¹ Gradient social de santé : Observation robuste d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Un gradient social de santé est observable lorsque la fréquence d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque augmente régulièrement à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées ; INPES, Réduire les inégalités sociales en santé ; Dossier La santé en Action

¹² IGAS, rapport « les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action », 2011

différemment :

1. Soutenir le déploiement d'une offre de prévention et d'éducation à la santé et soutenir l'offre de 1^{er} recours et l'exercice regroupé et/ou coordonné (les deux propositions ont recueilli autant de suffrages pour figurer en 1^{ère} proposition)
2. Adapter l'offre en milieu rural et dans certains milieux urbains avec une organisation de la mobilité et de l'accès
3. Développer la coordination d'appui pour la gestion des cas complexes
4. Soutenir l'animation territoriale en santé

Ainsi, les représentants d'usagers ont une priorisation presque opposée à celle des acteurs de santé experts, à l'exception du soutien à l'offre de 1^{er} recours et l'exercice regroupé et/ou coordonné qui semble faire consensus.

Les associations représentantes d'usagers ont clairement insisté sur l'importance de la politique de prévention et de la couverture de l'ensemble du territoire d'une offre de 1^{er} recours comme principaux leviers à disposition de l'ARS pour lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé.

B. Orientations prioritaires pour les acteurs de santé

1. S'engager dans le développement de la coordination entre acteurs

Alors que l'impératif de coordination entre acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social est ancien, les experts insistent sur l'importance d'aller plus loin pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Leur préconisation s'articule autour de la généralisation de différents outils (formations croisées, systèmes d'information partagés, rencontres pluri-professionnelles),

2. Privilégier l'innovation organisationnelle pour lutter contre les ISS

Les experts consultés demandent qu'une certaine souplesse et une autonomie dans leurs organisations soit préservée et renforcée pour aller plus loin dans la réduction des inégalités sociales de santé. En contrepartie d'objectifs de résultats clairs et précis définis avec l'Agence, les acteurs doivent pouvoir proposer le développement d'organisations innovantes, de nouveaux métiers et compétences (comme des médiateurs en santé...) afin

d'obtenir de meilleurs résultats sur l'accès aux soins et la continuité des prises en charge de toutes les populations.

3. Privilégier les formations et l'information des professionnels sur les inégalités sociales de santé

Il ressort des contributions des experts, que la notion d'inégalités sociales de santé reste relativement floue pour beaucoup d'acteurs (elle est essentiellement assimilée à la question de l'accès aux soins des populations les plus vulnérables) et surtout que les moyens à leur disposition pour contribuer à leur réduction sont en partie méconnus. Cette orientation traduit donc une demande des acteurs d'être orientés vers des actions probantes qu'ils pourraient mener pour réduire les inégalités sociales de santé par différents moyens (formation initiale et continue des acteurs, communication ciblée, dans le cadre des contrats locaux de santé...).

Le rôle des acteurs de santé le plus en contact avec les usagers (médecin généraliste, infirmier ou pharmacien ont été le plus souvent cités) ainsi que le rôle du personnel d'accueil des lieux de soins a été souligné comme essentiel dans la réduction des inégalités sociales de santé. Les experts estiment qu'il est nécessaire de veiller à la formation de ces acteurs pour qu'ils jouent à plein leur rôle de « relais » dans le système de santé.

4. Développer les actions en proximité (« allant vers »)

En écho à l'orientation de l'Agence Régionale de Santé « d'adapter l'offre en milieu rural et dans certains milieux urbains avec une organisation de la mobilité », les experts estiment que les acteurs de santé doivent aller plus loin dans le développement d'une offre en proximité. En contrepartie d'un soutien financier (valorisation du temps passé à déployer ces actions) et méthodologique (accompagnement sur le terrain par des acteurs spécialisés), le développement d'actions allant vers tous les publics est identifié comme un levier fort de réduction des inégalités sociales de santé à renforcer.

5. Généraliser les outils favorisant la personnalisation du suivi

La personnalisation de la prise en charge et du suivi a été identifiée comme un levier de réduction des inégalités sociales de santé. Déjà existante, elle devrait se renforcer selon les experts : au travers d'outils tels que les projets personnalisés de soins et de vie ou encore le dossier médical partagé et au travers d'organisations (avec des professionnels référents, en complémentarité, en support du médecin traitant). La généralisation de ces outils concourt au recueil de l'avis de l'utilisateur et à la personnalisation de sa prise en charge selon ses attentes et ses besoins pour recourir au système de santé.

6. Diversifier et adapter l'information « grand public » par les acteurs

Enfin, la réduction des inégalités sociales de santé passera selon les experts interrogés par une information plus efficace en direction du « grand public ».

Pour être efficace, cette information doit être large (éducation à la santé mais également sur les modalités de recours au système de santé) et surtout ciblée selon les publics. En fonction des cibles populationnelles, les supports de communication et d'information ainsi que le contenu doivent être modulés pour gagner en efficacité.

Le point de vue des usagers

Une seule orientation jugée prioritaire est partagée par les représentantes d'usagers

:

Les associations contributrices, représentantes d'usagers, ne valident pas les orientations des experts pour les acteurs de santé en matière de réduction des inégalités sociales de santé. La plupart des propositions ont été jugées peu innovantes et trop « acteurs centrées ».

Parmi les orientations proposées, une seule est largement soutenue par les associations : celle de diversifier et d'adapter l'information « grand public ». Les associations ont insisté sur le rôle de l'information tant des usagers que des aidants et d'une aide à l'orientation. Les associations représentantes d'usagers partagent l'idée selon laquelle l'efficacité de l'information passe par un « ciblage populationnel ». Selon les associations, l'information doit être relayée par les acteurs de santé mais également directement transmise aux usagers et à leurs aidants.

Outre la question de l'information, une orientation essentielle et transversale pour réduire les inégalités sociales de santé reste pour les associations de conforter et renforcer les partenariats entre acteurs de santé et associations représentantes d'usagers.

V. ZOOM SUR L'IMPACT DE CERTAINS DISPOSITIFS « PHARES » DU PRS 1 SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET LE RÔLE QU'ILS POURRAIENT JOUER POUR LUTTER PLUS EFFICACEMENT CONTRE LES ISS DANS LE CADRE DU PRS 2

Parmi les sept dispositifs promus dans le cadre du Projet régional de santé 1 et inclus dans l'étude, deux ont fait l'objet de contributions plus étoffées et consensuelles tant sur leur rôle actuel en matière de réduction des inégalités sociales de santé que sur leur rôle potentiel pour aller plus loin : il s'agit des structures d'exercice coordonné de 1^{er} recours et des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

A. Les structures d'exercice coordonné de 1er recours (SEC)¹³

Les experts ont très majoritairement estimé que les SEC ont un impact positif sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Le rôle des SEC dans la réduction des inégalités sociales de santé a été facilement identifié par les experts au travers de plusieurs caractéristiques de l'offre de 1^{er} recours ainsi organisée :

- Le souci de proximité et d'accessibilité ;
- La promotion d'une prise en charge globale du patient (non segmentée) ;
- Le déploiement d'actions de prévention et d'accès aux droits en direction des patients ;
- L'approche pluri-professionnelle et coordonnée pour répondre à la complexité des situations ;
- La présence d'acteurs du secteur médico-social et social au sein de ces structures sanitaires.

Cependant, les experts interrogés estiment que les SEC pourraient aller plus loin en matière de réduction des inégalités sociales de santé notamment en renforçant les liens entre les différents secteurs (social, médico-social et sanitaire) et avec les usagers.

¹³ Les structures d'exercice coordonné (Maisons de santé pluri professionnelles, Pôles de santé, Centres de santé, Equipes de soins primaires organisées) rassemblent des équipes de professionnels de santé de 1^{er} recours de différentes professions qui exercent de manière coordonnée et partagent un projet de santé et d'organisation professionnelle.

Plusieurs pistes d'action ont été proposées pour que les SEC contribuent à mieux réduire les inégalités sociales de santé et renforcent leur positionnement et leur responsabilité populationnelle :

1. Renforcer la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les projets de santé
Accompagnement renforcé des MSP dans des territoires aux fortes inégalités sociales de santé

Soutien aux actions favorisant l'accès aux soins au sein de ces structures : accès à des traducteurs, partenariats avec des acteurs sociaux

Valorisation du temps dédié dans le cadre des prises en charge de publics vulnérables et notamment l'accompagnement organisationnel des prises en charges (aide à la prise de rendez-vous, organisation du transport...)
2. Soutenir l'approche pluri-professionnelle et la coordination pour répondre à la complexité entre professionnels et acteurs de santé (sanitaire, social, médico-social)
Soutien à l'articulation entre 1^{er} et 2nd recours (organisation de filières de soins, télémédecine, orientation...)

Valorisation de la coordination (travail de diagnostic partagé, réunions pluri-professionnelles, temps d'échanges de pratiques...)

Soutien à l'évolution en Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Pour renforcer le rôle des SEC dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, il est attendu à la fois une mobilisation des acteurs eux-mêmes mais également une politique volontariste de la part de l'Agence Régionale de Santé à ce sujet : c'est dans ce sens que « Soutenir l'offre de 1^{er} recours et l'exercice regroupé et/ou coordonné » a été positionné par les experts comme seconde orientation prioritaire pour l'action de l'Agence. (Cf. IV. A. 2.).

B. Les programmes d'éducation thérapeutiques du patient¹⁴

Les experts répondants ont très majoritairement estimé que les programmes d'éducation thérapeutique ont un impact positif sur la réduction des inégalités sociales de santé. L'offre actuelle de programmes d'éducation thérapeutique du patient contribuerait selon eux à la réduction des inégalités sociales de santé au travers de plusieurs de leurs caractéristiques :

- La gratuité de l'offre et la personnalisation possible (à partir du diagnostic éducatif du patient) et le contenu des programmes est choisi en fonction des besoins de la population ;
- L'organisation de l'offre pour en faciliter son accès : actions facilitant le transport, partenariats pour faciliter le recrutement, actions ciblées allant vers la population ;
- La continuité de la prise en charge avec des programmes de suivi ou de renforcement.

Cependant, pour les experts, l'offre en éducation thérapeutique reste encore trop majoritairement hospitalière et c'est selon eux sans doute un obstacle à la réduction efficace des inégalités sociales de santé. En effet, malgré l'intérêt de prendre en compte les inégalités sociales de santé dans des programmes en proximité portés par des structures ambulatoires ou par un portage mixte (hospitalier et secteur médico-social par exemple), l'offre extrahospitalière resterait limitée.

En outre, l'orientation vers l'offre existante d'éducation thérapeutique par les acteurs du secteur ambulatoire (et notamment la médecine de ville) a été identifiée comme insuffisante et nuit à l'accès à l'éducation thérapeutique pour un plus grand nombre.

Enfin, si la continuité d'un projet personnalisé d'éducation thérapeutique est un objectif important (elle doit assurer une orientation entre les acteurs de l'hospitaliers vers les acteurs de l'ambulatoire et inversement), la coordination entre acteurs de l'ETP est selon les experts variable et insuffisante.

¹⁴ L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoins pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique : elle est développée au travers de programmes autorisés par l'Agence Régionale de Santé, qui peuvent être animés par différents acteurs de santé (établissements de santé, réseaux de santé, structures d'exercice coordonné...).

Le point de vue des usagers

L'éducation thérapeutique du patient a été particulièrement identifiée par les associations représentantes d'usagers comme un dispositif au cœur des actions à mettre en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé.

Cependant, malgré l'intérêt de cette offre et les résultats qu'elle peut avoir sur l'état de santé, son accessibilité est jugée trop difficile tant géographiquement que par son champ d'intervention (toutes les pathologies ne sont pas couvertes, les programmes transversaux restent trop rares).

Selon les associations représentantes d'usagers, l'offre d'éducation thérapeutique se caractérise par de fortes lacunes tant en termes de couverture du territoire qu'en termes d'information sur l'existant.

Ainsi, afin de réduire les inégalités sociales de santé, les programmes d'éducation thérapeutique du patient devraient être mieux connus, mieux articulés avec l'offre de 1^{er} recours et plus souvent disponibles en extra hospitalier. Les orientations proposées par les experts sont les suivantes :

1. Communiquer et informer sur les programmes d'ETP

2. Développer la coordination entre l'offre d'éducation thérapeutique (majoritairement hospitalière) et l'offre de 1^{er} recours
 - Information et formation des professionnels de santé de ville et notamment en SEC à l'éducation thérapeutique du patient (avec une promotion des formations innovantes adaptées au 1^{er} recours : formation en ligne, temps d'échanges de pratiques...)
 - Conventionnement (notamment entre centres hospitaliers et SEC)
 - Organisation des échanges et de la transmission
 - Evolution du mode de financement pour prévoir cette articulation, pour intégrer des ressources de ville (infirmier, médecin...) dans un programme hospitalier

3. Développer l'offre en éducation thérapeutique en dehors des établissements hospitaliers
 - Soutien dans le cadre des appels à projet un portage non hospitalier (en SEC, en ACT...) ou un co-portage hôpital et ville
 - Soutien de nouveaux modes de pratiques de l'ETP (équipes mobiles)
 - Assouplissement et renforcement des modes de rémunération

Maintien d'une harmonisation des pratiques au travers de
« référents ETP » dans les territoires ou d'un « comité de
pilotage multidisciplinaire en matière d'ETP »

En complément de ces orientations des experts, les représentants d'usagers suggèrent de renforcer l'offre en éducation thérapeutique autour de programmes plus transversaux intégrant la question des inégalités sociales de santé.

C. Autres dispositifs soutenus dans le cadre du PRS et inclus dans l'étude

Parmi les cinq autres dispositifs inclus dans l'étude, les experts ont estimé que trois d'entre eux ont un impact positif sur la réduction des inégalités sociales de santé : les Centres fédératifs de prévention et de dépistage, les Equipes d'appui en adaptation et réadaptation et les Dispositifs de coordination de l'aval de l'hospitalisation.

- Les **Centres fédératifs de prévention et de dépistage**¹⁵ contribueraient à la réduction des inégalités sociales de santé car l'offre est gratuite, personnalisée, garantit la confidentialité et qu'elle est organisée pour favoriser son accessibilité (actions « allant vers », coopération avec des partenaires afin de favoriser leur information sur la prévention et leur capacité d'orienter vers les dispositifs existants dont les CFPD).
- Les **Equipes d'appui en adaptation et réadaptation**¹⁶ contribueraient à la réduction des inégalités sociales de santé car leur intervention est gratuite, personnalisée selon l'évaluation de la personne, qu'il s'agit d'équipes mobiles et qu'elles jouent un rôle de relais et d'orientation dans le système des patients auprès desquels elles interviennent.
- Les **Dispositifs de coordination de l'aval de l'hospitalisation**¹⁷ contribueraient à la réduction des inégalités sociales de santé car l'outil Via Trajectoire favoriserait la proximité (via des critères géographiques) et la prise en compte de caractéristiques sociales.

¹⁵ En Pays de la Loire, des centres fédératifs de prévention et de dépistage ont été mis en place dans chaque département à l'exception du département du Maine et Loire qui se caractérise par une organisation différente. Chaque centre réalise pour l'ensemble du département les missions de vaccination, de lutte contre la tuberculose et contre les infections sexuellement transmissibles.

¹⁶ Les EAAR participent à une politique d'accompagnement personnalisé : en sortie d'hospitalisation, elles favorisent le maintien ou le retour des patients âgés à domicile, en soutien du 1^{er} recours, lorsque les conditions sont réunies. Ces équipes assurent des missions d'évaluation des besoins à domicile et de préconisation d'un plan d'intervention, d'aide à la mise en place de ce plan et soutiennent les professionnels de santé du 1^{er} recours.

¹⁷ Les dispositifs territoriaux de coordination de l'aval du court séjour hospitalier ont pour objectif de veiller à la fluidité des parcours des patients en sortie d'hospitalisation. Ces dispositifs s'appuient sur l'outil Via Trajectoire. Ils remplissent les missions suivantes : d'observation, d'analyse et de partage des données entre acteurs (appui à l'utilisation de l'outil Via Trajectoire et à l'exploitation des données) et d'appui, voire de régulation, assurant la meilleure fluidité possible des parcours en aval du court séjour.

Concernant les deux derniers dispositifs proposés à la réflexion des experts, les avis sur leurs impacts sur les inégalités sociales de santé sont différents :

- Pour **l'hospitalisation à domicile**¹⁸, les experts répondants se sont partagés entre un jugement positif ou neutre. Certains estiment qu'elle a un impact positif sur la réduction des inégalités sociales de santé, car l'offre s'adresse à tout public sans discrimination, peut s'adapter à des populations éloignées du soin, bénéficie d'un réseau de partenaires et travaille avec le secteur social. D'autres estiment au contraire que cette offre est éloignée des inégalités sociales de santé car trop restrictive en termes d'inclusion.
- Pour les **réseaux de santé restructurés**¹⁹ les experts ont clairement jugé l'impact de cette réorganisation neutre vis-à-vis des inégalités sociales de santé.

D'un point de vue prospectif, les experts ont estimé que tous ces dispositifs (y compris les réseaux de santé restructurés) pourraient jouer un rôle accru en matière de réduction des inégalités sociales de santé s'ils se faisaient mieux connaître par l'ensemble des acteurs de santé et s'ils renforçaient leur inscription et leur rôle dans le système de santé.

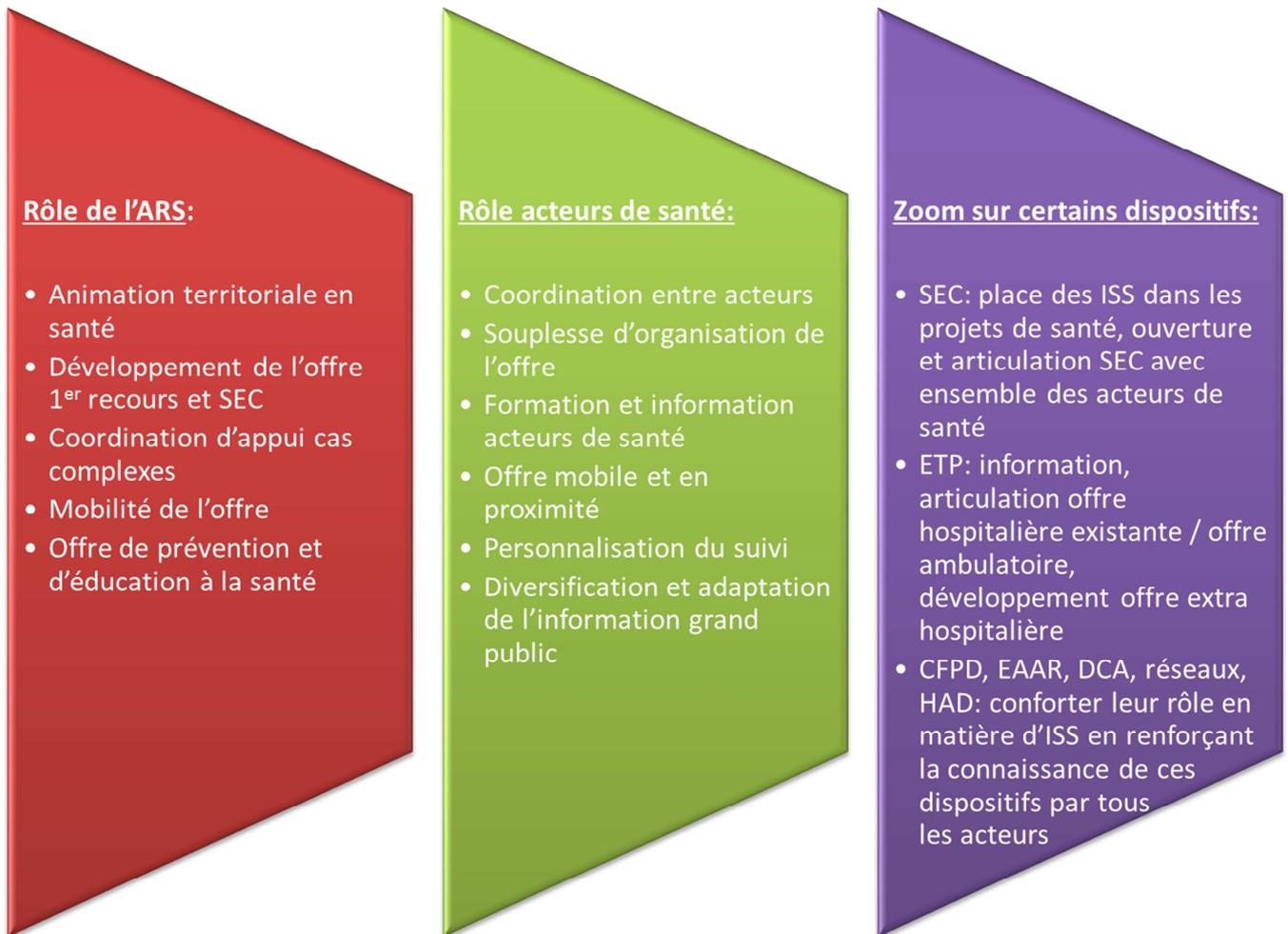
En outre, la pérennisation des dispositifs expérimentaux dans un temps suffisamment long, voire leur extension après évaluation, a bien été identifiée comme un préalable indispensable pour être en mesure de renforcer leur action sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Concernant les EAAR, en particulier, les experts ont souligné l'intérêt d'assurer la couverture de l'ensemble du territoire régional par une EAAR (effective à ce jour que dans certains départements et non dans d'autres) ainsi que leur ouverture à une cible populationnelle plus large que les personnes âgées (pathologies neurodégénératives, handicap moteur, soins palliatifs, jeunes vulnérables...).

¹⁸ L'hospitalisation à domicile est un mode de prise en charge qui permet à une personne atteinte de pathologies lourdes, complexes et évolutives de bénéficier à son domicile de soins médicaux et paramédicaux coordonnés par un établissement de santé. On entend par domicile le domicile personnel ou une structure d'hébergement (établissement médico-social).

¹⁹ La restructuration des réseaux de santé en Pays de la Loire a été entreprise par l'Agence Régionale de Santé afin de développer une offre de réseaux experts (structures régionales d'appui et d'expertise) complémentaires d'une organisation de réseaux de proximité recentrés sur la gestion des files actives de patients.

En synthèse – orientations prioritaires en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé :



VI. CONCLUSION

Par le choix de répondre de manière qualitative, avec des experts régionaux, à la question évaluative « *la ré organisation du système de santé (prévention et soins) impulsée par l'ARS au travers de la mise en œuvre de nouveaux dispositifs a-t-elle eu un effet mesurable sur les inégalités sociales de santé ? Le cas échéant, les effets mesurables peuvent-ils être qualifiés de négatifs ou de positifs ?* » l'Agence a cherché avant tout à mettre en évidence les points forts ou faibles de sa démarche globale par rapport à la réduction des inégalités sociales de santé afin d'améliorer son action dans le PRS de seconde génération.

Même si des approfondissements resteraient à faire, les éléments issus de cette phase d'évaluation permettent d'avancer les constats suivants :

- La prise en compte par l'Agence Régionale de Santé des inégalités sociales de santé, au travers notamment des dispositifs qu'elle a promus dans le cadre de son PRS 1, a été confirmée par les experts répondants.
- L'impact sur les inégalités sociales de santé des nouveaux dispositifs, apprécié par les seules « réflexions d'experts » (sans analyse d'indicateurs quantitatifs), a été jugé globalement positif même s'il varie selon les dispositifs. La structuration de l'offre de 1^{er} recours en structure d'exercice coordonné et l'éducation thérapeutique du patient sont cités comme les dispositifs les plus intéressants pour lutter contre les ISS.
- Les représentants d'usagers ont une analyse plus sévère que les experts tant sur la prise en compte par l'Agence Régionale de Santé des inégalités sociales de santé que sur l'impact des dispositifs (les programmes d'éducation thérapeutique sont par exemple jugés à trop faible impact et l'information des usagers insuffisante).

Cette analyse de l'impact du PRS 1, a permis d'identifier des priorités pour améliorer la performance du système et de ses acteurs dans la réduction des inégalités sociales de santé au travers du PRS 2. Celles-ci pourront nourrir la réflexion de l'Agence pour le PRS 2.

On peut néanmoins identifier que, si les contributions ont été riches, elles ont beaucoup été centrées sur la question de l'accès aux soins et à la prévention et moins sur la continuité de la prise en charge au sein du système de santé. En outre, les réflexions se sont beaucoup concentrées sur l'accès au système de santé des populations les plus vulnérables et moins sur la prise en compte de l'ensemble du gradient social.

VII. ANNEXES

Liste des annexes :

- Détail des principaux résultats des questionnaires
- Liste des experts répondants
- Liste des associations représentantes d'usagers présentes au temps de rencontre

A. Détail des principaux résultats des questionnaires

I. L'incitation par l'ARS au travers de sa politique de santé à la prise en compte des inégalités sociales de santé

- ✚ 31 des 38 experts s'étant prononcé sur l'incitation par l'ARS à la prise en compte des inégalités sociales de santé estiment que l'ARS a effectivement incité au travers de sa politique de santé.
- ✚ Parmi 32 experts, 18 estiment ne pas savoir si la réorganisation du système de santé soutenue par le PRS a un impact sur les ISS ; 11 estiment qu'elle a un impact positif, 1 un impact négatif et 2 un impact neutre.
- ✚ 37 experts ont analysé les leviers d'actions et marges de progression de la politique de l'ARS en matière d'inégalités sociales de santé :

Les résultats présentés ici ont été retenus selon le degré d'adhésion qu'ils ont suscité. Un levier ou une marge de progression a été retenu si plus de 75% des experts répondants au questionnaire se sont prononcés (et n'ont pas indiqué qu'ils ne savaient pas) et que parmi ceux s'étant prononcé le seuil d'adhésion dépasse 75%.

Parmi ceux bénéficiant d'un niveau d'adhésion **suffisant, les leviers et marges de progression qui ont été considérés comme prioritaires** par plus de 5 experts sont surlignés dans ce document (seuil proposé au regard des résultats relatifs au degré d'importance : au maximum 11 experts s'accordent à prioriser un levier ou une marge de progression).

Les leviers d'action présentés ci-après font consensus auprès des experts, à savoir :

- L'application de plans nationaux
- Le discours général de l'Agence et conseil aux acteurs sur les inégalités sociales de santé
- **La promotion d'une approche territoriale**
- La démocratie sanitaire : représentation des usagers, des acteurs de santé...
- **La couverture territoriale en offre de santé**
- **Le soutien à la diversification de l'offre de santé**

- Les outils de pilotage : contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens (CPOM), appels à projet, cahier des charges, autorisation...

Les marges de progression présentées ci-après font consensus auprès des experts, à savoir :

- L'observation et les études à développer (ex: évolution gradient social selon couverture par dispositif, appui diagnostic pour projet de santé MSP...)
- Les objectifs poursuivis par l'Agence parfois difficilement conciliables (ex : concilier rationalisation de moyens et réduction des inégalités sociales de santé...)
- **Le manque de dispositifs spécifiques pour les plus précaires (ex : équipes mobiles, programmes ETP adaptés...)**
- La couverture et l'accessibilité de l'offre de santé variables (ex : couverture régionale en réseaux de santé, en offre d'hospitalisation à domicile...)
- **Le soutien et l'accompagnement de l'offre ambulatoire à renforcer (ex : professionnels de santé libéraux hors MSP, programmes ETP en ville...)**
- **Le soutien à la prise en charge des soins non remboursés (diététique, pédicurie, psychologie)**
- La concertation entre l'ARS et les collectivités territoriales

En fonction de ces éléments de diagnostic, il a été demandé aux experts de proposer des orientations puis de les classer en fonction de leur importance dans la prise en charge des inégalités sociales de santé. L'analyse des réponses de 26 experts donne le classement suivant :

- Soutenir l'animation territoriale en santé : 18 votes en (1°)
- Soutenir l'offre de 1er recours et l'exercice regroupé et/ou coordonné : 13 votes en (2°)
- Développer la coordination d'appui pour la gestion des cas complexes : 10 votes en (3°)
- Adapter l'offre en milieu rural et dans certains milieux urbains avec une organisation de la mobilité : 11 votes en (4°)
- Soutenir le déploiement d'une offre de prévention et d'éducation à la santé : 12 votes en (5°)

II. L'organisation du système de santé dans la réduction des inégalités sociales de santé

- ✚ 20 des 34 experts s'étant prononcé sur la prise en compte par les acteurs de santé des inégalités sociales de santé estiment que c'est le cas.
- ✚ 37 experts ont analysé les leviers d'actions et marges de progression de l'action des acteurs de santé en matière d'inégalités sociales de santé :

La même méthodologie a été utilisée pour l'analyse des leviers d'action et marges de progression des acteurs de santé en matière d'inégalités sociales de santé que pour l'Agence régionale de santé (cf. ci-dessus)

Les leviers d'action présentés ci-après font consensus auprès des experts, à savoir :

- Le ciblage de populations spécifiques par des projets, une offre adaptée
- **La personnalisation de la prise en charge**
- La formation et sensibilisation aux inégalités sociales de santé des acteurs de santé
- Les dynamiques collectives de collaboration
- **La souplesse d'organisation des dispositifs**
- **Le travail en proximité et actions « allant vers »**
- Les démarches d'évaluation en lien avec les inégalités sociales de santé
- Les outils d'orientation et continuité de la prise en charge
- L'accessibilité financière (gratuité de l'offre...)
- **Les actions favorisant le transport vers le système de santé**

Les marges de progression présentées ci-après font consensus auprès des experts, à savoir :

- Les freins géographiques à l'accès au système de santé
- **Les freins culturels et informationnels à l'accès au système de santé**
- Les freins financiers à l'accès au système de santé
- La sensibilisation insuffisante des acteurs aux inégalités sociales de santé
- **Le manque d'accompagnement d'information des acteurs de santé sur les actions probantes en matière de réduction des inégalités sociales de santé**
- **Le cloisonnement entre acteurs sanitaires et acteurs sociaux**

En fonction de ces éléments de diagnostic, il a été demandé aux experts de proposer des orientations puis de les classer en fonction de leur importance dans la prise en charge

des inégalités sociales de santé. L'analyse des réponses de 26 experts donne le classement suivant :

- S'engager dans le développement de la coordination entre acteurs: 17 votes en (1°)
- Privilégier les formations et l'information des professionnels sur les actions probantes en matière d'inégalités sociales de santé: 9 votes en (2°)
- Privilégier l'autonomie et l'innovation organisationnelles pour s'adapter à tous les publics: 9 votes en (3°)
- Généraliser les outils favorisant la personnalisation du suivi: 7 votes en (4°)
- Développer les actions « allant vers »: 10 votes en (5°)
- Diversifier et adapter l'information « grand public » par les acteurs : 17 votes en (6°)

III. Résultats par dispositif

1. Les structures d'exercice coordonné de 1er recours

- ✚ Parmi les 9 experts s'étant prononcé sur l'impact des SEC de 1^{er} recours sur les inégalités sociales de santé, 7 estiment qu'elles les réduisent (impact positif)

Les résultats présentés ici ont été retenus selon le degré d'adhésion qu'ils ont suscité. Un levier ou une marge de progression a été retenu si plus de 75% des experts répondants pour ce dispositif se sont prononcés (et n'ont pas indiqué qu'ils ne savaient pas) et que parmi ceux s'étant prononcé le seuil d'adhésion dépasse 75%.

Parmi ceux bénéficiant d'un niveau d'adhésion suffisant, **les leviers et marges de progression qui ont été considérés comme prioritaires** par plus 1 expert **sont surlignés dans ce document** (seuil proposé au regard des résultats relatifs au degré d'importance : au maximum 6 experts s'accordent à prioriser un levier ou une marge de progression pour un dispositif).

Les leviers présentés ci-après font consensus auprès des experts, à savoir :

- Le positionnement géographique des structures et organisation de l'offre dans un souci d'accessibilité
- La promotion d'une prise en charge globale du patient dans le projet de santé
- Le contenu du projet de santé (actions de prévention en fonction des besoins, accès aux droits ...)

- L'approche pluri professionnelle, développement des expertises en proximité et de la coordination pour répondre aux situations les plus difficiles
- Présence d'acteurs du secteur médico-social et social au sein des structures

Les marges de progression présentées ci-après font consensus auprès des experts, à savoir :

- **Manque de fonctions supports pour les liens entre les différents secteurs (social-médico-social et sanitaire) et avec les usagers**

2. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient

- ✚ Parmi les 8 experts s'étant prononcé sur l'impact des programmes d'ETP du patient sur les inégalités sociales de santé, 6 estiment qu'ils les réduisent (impact positif)

La même méthodologie a été retenue pour tous les dispositifs (cf. ci-dessus)
--

Les leviers présentés ci-après font consensus auprès des experts, à savoir :

- Le choix des programmes en fonction des besoins de la population
- La prise en charge de tous les publics et gratuité de l'offre
- La personnalisation de la prise en charge du patient (à partir notamment du diagnostic éducatif du patient)
- Le développement d'actions ciblées, « allant vers » des populations
- La construction de partenariats pour « élargir » le recrutement
- La réalisation de programmes en proximité notamment portés par des structures ambulatoires
- Les actions facilitant le transport
- La continuité de la prise en charge avec des programmes de suivi ou de renforcement
- La mixité du portage par acteurs sanitaires et médico-sociaux

Les marges de progression présentées ci-après font consensus auprès des experts, à savoir :

- L'offre en éducation thérapeutique trop limitée en particulier en dehors des établissements hospitaliers
- Le faible nombre de bénéficiaires CMU-C d'un programme en éducation thérapeutique
- **L'insuffisante coordination et implication de la médecine de ville**
- L'orientation vers d'autres acteurs de santé du système après bénéfice d'un programme d'éducation thérapeutique variable

3. Les centres fédératifs de prévention et de dépistage

- ✚ Parmi les 3 experts s'étant prononcé sur l'impact des CFPD sur les inégalités sociales de santé, 2 estiment qu'ils les réduisent les ISS (impact positif)

La même méthodologie a été retenue pour tous les dispositifs (cf. ci-dessus)

Les leviers présentés ci-après font consensus auprès des experts, à savoir :

- La gratuité de la prise en charge, confidentielle, individualisée et pour tout public
- L'organisation d'antennes dans leur territoire d'intervention pour favoriser l'accessibilité géographique et mise en place d'une dynamique du « aller vers »
- La coopération et développement de réseaux avec les partenaires favorisant l'accès et l'orientation des patients
- L'information de professionnels relais (travailleurs sociaux, associatifs...) sur les thématiques de prévention et les dispositifs existants

Les marges de progression présentées ci-après font consensus auprès des experts, à savoir :

- Les difficultés des centres à se déplacer dans d'autres structures, en proximité
- L'information variable des autres acteurs de santé sur l'existence des centres
- Le non accès de certaines populations (exemple des gens du voyage)

4. Les réseaux de santé restructurés

- ✚ Parmi les 6 experts s'étant prononcé sur l'impact des réseaux de santé sur les inégalités sociales de santé, 4 estiment qu'ils n'ont pas d'impact (impact neutre)

La même méthodologie a été retenue pour tous les dispositifs (cf. ci-dessus)

Un seul levier d'action a fait consensus auprès des experts, à savoir les partenariats notamment avec des acteurs du secteur social favorisant l'accès et l'orientation des patients dans le système de santé

5. Les dispositifs de coordination de l'aval du court séjour hospitalier (DCA)

- ✚ Parmi les 3 experts s'étant prononcé sur l'impact des DCA sur les inégalités sociales de santé, 3 estiment qu'ils les réduisent (impact positif)

La même méthodologie a été retenue pour tous les dispositifs (cf. ci-dessus)

Un seul levier fait consensus auprès des experts, à savoir, l'orientation avec l'outil via Trajectoire favorisant la proximité (critères géographiques) et la prise en compte de caractéristiques sociales.

Une seule marge de progression fait consensus auprès des experts, à savoir, la multiplicité des dispositifs et le manque d'une porte d'entrée unique.

6. Les équipes mobiles d'appui en adaptation – réadaptation (EAAR)

- ✚ Parmi les 4 experts s'étant prononcé sur l'impact des EAAR sur les inégalités sociales de santé, 3 estiment qu'elles les réduisent (impact positif)

La même méthodologie a été retenue pour tous les dispositifs (cf. ci-dessus)

Les leviers présentés ci-après font consensus auprès des experts, à savoir :

- La gratuité de l'intervention
- La mobilité et la disponibilité de l'équipe
- La personnalisation de l'intervention selon l'évaluation de la personne
- Le développement de partenariats et rôle de relais et d'orientation

Les marges de progression présentées ci-après font consensus auprès des experts, à savoir :

- Les possibilités d'intervention sur l'ensemble du territoire couvert variables
- La prise en charge concentrée sur les personnes âgées bénéficiant d'un domicile

7. L'hospitalisation à domicile (HAD)

- ✚ Parmi les 7 experts s'étant prononcé sur l'impact de l'HAD sur les inégalités sociales de santé, 3 estiment qu'elle les réduit (impact positif), 3 estiment qu'elle n'a pas d'impact (impact neutre)

La même méthodologie a été retenue pour tous les dispositifs (cf. ci-dessus)

Les leviers présentés ci-après font consensus auprès des experts, à savoir :

- L'offre s'adressant à tout public (dont les personnes seules) sans discrimination
- L'adaptation de l'offre à certaines populations éloignées du soin comme les gens du voyage
- La connaissance de l'HAD par les acteurs de santé
- L'organisation avec des équipes sociales et avec un réseau de partenaires

Une seule marge de progression fait consensus auprès des experts, à savoir : les critères d'inclusion de l'HAD ne permettant pas de prendre en charge les situations sociales les plus difficiles (notamment en l'absence de logement)

B. Liste des experts répondants

La liste ci-après comprend les experts répondants ayant participé aux 4 questionnaires de la démarche. D'autres experts (13) ont participé à 1 ou plusieurs questionnaire(s) et non à l'ensemble et ne sont pas cités ci-dessous.

	NOM/PRENOM - EXPERT REpondant	FONCTION ET STRUCTURE
EXPERTS GENERALISTES		
1	Daniel BERNIER	Directeur de l'association TRIANGLE, Fédération addictions
2	Gérard BOUSSIN	Représentant Ville d'Angers
3	Thomas BOUVIER	Sous-directeur responsable GDR Assurance maladie
4	Dr Dominique BRACHET	Président URPS chirurgiens-dentistes
5	Alain GUILLEMINOT	Président URPS pharmaciens
6	Arnaud GOULLIARD	Directeur Instance régionale en éducation et promotion de la santé des Pays de la Loire (IREPS - Pays de la Loire)
7	Jean Michel LERAY	Représentant Mutualité Française
8	Patricia SARAUX - SALAUN	Représentant Ville de Nantes
9	Olivier TRAINÉAU	Responsable pôle qualité de vie - direction des solidarités, Conseil Régional des Pays de la Loire
EXPERTS SPECIALISTES SEC		
10	Dr Fabien CESARO	Président association Pôle de santé Meslay-Grez
11	Dr Pascal GENDRY	Président Association Pôles et Maisons de santé PDL (APMSL)
12	Dr Céline MOREAU	Médecin généraliste MSP Angers

ENQUETE DE TYPE DELPHI AUPRES D'EXPERTS REGIONAUX SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE
EVALUATION FINALE PRS PDL – OCTOBRE 2016

EXPERTS SPECIALISTES ETP		
13	Sophie CHARRIER	Coordinatrice programme ETP MSP Cholet
14	Amandine DEVIENNE	Médecin coordinateur ETP polyclinique du parc
15	Catherine GREFFIER	Ingénieur UTEP CHU Nantes
EXPERTS SPECIALISTES ETP + RESEAUX DE SANTE		
16	Gérard FRADET	Médecin coordinateur réseau de proximité diabète 85
17	Anne Laure LAPRERIE	Médecin coordinatrice réseau de proximité maladies chroniques 44
18	Laurence LECOMTE et Cécile PEAN	Directrice et infirmière coordinatrice réseau de proximité diabète 72
19	Anne SCHLETZER MARIE	Médecin coordinatrice réseau de proximité diabète 53
EXPERTS SPECIALISTES CFPD		
20	Dr Julie COUTHERUT	Médecin coordinateur CFPD Loire Atlantique
EXPERTS SPECIALISTES RESEAUX DE SANTE		
21	Sabrina LECHEVALLIER	Directrice SRAE Nutrition
EXPERTS SPECIALISTES DCA		
22	Bernard CHATAIGNER	Médecin coordonnateur DCA 49
23	Catherine VISART AUDINEAU	Médecin coordonnateur DCA 44
EXPERTS SPECIALISTES EAAR		
24	Elodie BOUCHER	Coordinatrice EAAR UDAMAD - UDAMAD
25	Fanny LERAY	Coordinatrice EAAR Georges Coulon - Fondation Georges Coulon
26	Morgane PEDRON	Coordinatrice EAAR Centre Mayenne - CCAS Laval

C. Liste des associations représentantes d'usagers participantes

Association	Représentant(s)
Association Espace des Usagers	CHARTRON Dominique
Association Française des Diabétiques	HERVOUET André
Union Nationale des Associations Française des Traumatisés Crâniens et cerebro lésés	PETITEAU Hélène
Alcool Assistance Croix d'Or	MOUREAU François
Union Nationale des Associations France Alzheimer et maladies Apparentées	TELLIER Jean François
Collectif Interassociatif sur la santé	POZZA Véronique
Association des insuffisants rénaux	TROUILLET Alain HIEGEL Anne
Ligue Nationale Contre le Cancer	MONY Jean
Union Régionale des Associations Familiales	LE GENTILHOMME François
Union Fédérale des Consommateurs Que Choisir	FAZAL CHENAI Méry

F. SIGLES

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS

AAP : Appel A Projet
ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique
ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins
ALD : Affection Longue Durée
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
APMSL : Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux
ARLIN : Association Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales
AROMSA : Association Régionale des Organismes de Mutualité Sociale Agricole
ARS : Agence Régionale de Santé
ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CATS : Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de 1er recours
CBUM : Contrat de Bon Usage du Médicament
CCPP : Commission de Coordination des Politiques Publiques
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDOS : Comité Départemental Olympique et Sportif
CEGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CES : Centre d'Examen de Santé
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
CFPD : Centre Fédératif de Prévention et Dépistage
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CIAP : Comité d'Intégration des Acteurs et des Projets
CIDDIST : Centre d'Information, de Diagnostic, de Dépistage, des Infections Sexuellement Transmissibles
CIRE : Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire
CLS : Contrat Local de Santé
CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CORECS : Comité Régional de Concertation des Soins de premiers recours
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPTS : Communautés Professionnelles de Territoires de Santé
CRA : Centre de Ressources Autisme
CReHPsy : Centre Ressource Handicap Psychique
CREPS : Comité Régional d'Education Physique et Sportive
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CVM : Chlorures Vinyl Monomères
DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DCC : Dossier Communiquant en Cancérologie
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DMP : Dossier Médical Personnel
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DRAAF : Direction Régionale de l'Alimentation de l'Agriculture et de la Forêt
DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EAAR : Equipe d'Appui en Adaptation Réadaptation

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
 EIS : Evaluation d'Impact sur la Santé
 EMG : Equipe Mobile de Gériatrie
 EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
 ENMR : Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération
 ENRS : Espaces Numériques Régionaux de Santé
 EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
 EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
 ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
 ESMS : Etablissements de Santé Médico Sociaux
 ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
 ETP : Education Thérapeutique du Patient
 FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
 FIR : Fonds d'Intervention Régional
 GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
 GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico Sociale
 GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
 GRSE : Groupe Régional Santé Environnement
 HAD : Hospitalisation A Domicile
 HAS : Haute Autorité de Santé
 HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
 HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
 IME : Institut Médico Educatif
 IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
 IRC : Insuffisance Rénale Chronique
 IRCT : Insuffisance Rénale Chronique Terminale
 IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
 ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
 LENA : Logement Evolutif pour une Nouvelle Autonomie
 MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
 MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
 MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
 MCS : Médecin Correspondant du Samu
 MDA : Maison de l'Autonomie
 MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
 MISE : Missions inter-Services de l'Eau
 MMG : Maison Médicale de Garde
 MSAP : Mise Sous Accord Préalable
 MSP : Maison de Santé Pluri-Professionnelle
 OMÉDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé
 ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
 ORS : Observatoire Régional de la Santé
 OSCARS : Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
 PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
 PANJO : Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents
 PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé
 PAPRAPS : Plan d'Action Pluriannuel d'Amélioration de la Pertinence des Soins
 PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
 PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires
 PGSSE : Plan de Gestion de Sécurité Sanitaire des Eaux
 PLASE : PLAns Santé Environnement
 PMI : Protection Maternelle et Infantile
 PNNS : Plan National Nutrition et Santé
 PPC : Périmètre de Protection des Captages
 PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie
PRS : Projet Régional de Santé
PRSE : Programme Régional Santé Environnement
PSP : Pôle de Santé Pluri-professionnel
PSSBE : Plan Sport Santé Bien-Etre
PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico Social pour Adulte Handicapé
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SEP : Sclérose En Plaques
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SI : Système d'Information
SOLEN : SOLution d'ENquête du Ministère de la Santé
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SRAE : Structure Régionale d'Appui et d'Expertise
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
UPAO : Unité Psychologique d'Accueil et d'Orientation
URADEL : Union Régionale de l'Association des Directeurs de l'Enseignement Libre
URRAA : Union Régionale de Réseaux et d'Associations en Addictologie
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

17 boulevard Gaston Doumergue - CS 56233

44262 NANTES cedex 2

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

www.ars.paysdelaloire.sante.fr