

**Evaluation  
de politique de santé**

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

**Questions évaluatives  
relatives au processus du PRS**

**Annexe au rapport final**

*Evaluation réalisée par*

**François MOUTERDE  
Caroline MASSOT  
Lamia BENJANKHAR**

*Evaluation pilotée par*

**Claude PICHON**

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

**DECEMBRE 2016**

# AVERTISSEMENT

Le présent document constitue le rapport final relatif aux questions 1 (le PRS comme outil de cadrage), 2 (les conditions de mise en oeuvre du PRS) et 3 (le PRS comme outil de mobilisation) de l'évaluation du processus de construction et de mise en oeuvre du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire.

Les questions 4 (réalisations du PRS) et 5 (effets du PRS) font l'objet de deux autres rapports, élaborés respectivement par l'ARS Pays de la Loire et le cabinet Cemka Eval.

Le present rapport relève de la seule responsabilité des consultants de *Planète Publique* et ne saurait engager l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire.

# SYNTHESE DE L'EVALUATION

## Enjeux et questions d'évaluation

L'évaluation du Projet régional de santé (PRS) lancée par l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire s'inscrit dans un contexte réglementaire rendant cette approche obligatoire pour tous les PRS. Distincte d'un simple exercice de bilan, elle devait rendre compte des changements générés par la mise en œuvre du Projet et documenter les freins et les leviers rencontrés lors de son déploiement. Elle devait également apporter des éléments d'éclairage utiles à la construction du PRS 2018-2022.

Cinq questions d'évaluation ont été prévues dès l'élaboration du PRS, et ont été déclinées en sous-questions et critères d'évaluation par le comité de pilotage du PRS, le 5 février 2016. La présente note de synthèse concerne uniquement les questions évaluatives 1, 2 et 3, qui traitent plus spécifiquement de la pertinence, de la cohérence et de la gouvernance du PRS. Ces questions sont les suivantes :

- Question 1 : Le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?
- Question 2 : Les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?
- Question 3 : Le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs institutionnels et de terrain en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs ?

## Méthodologie d'évaluation

L'évaluation s'est déroulée de mai à novembre 2016. Elle a compris quatre phases distinctes.

La phase de cadrage de l'évaluation a consisté à lancer l'évaluation et à s'accorder définitivement sur ses objectifs, ses modalités et son calendrier. Elle a permis d'effectuer une première mise à plat du processus de construction et de mise en œuvre du PRS, et de l'articuler avec les critères et descripteurs de l'évaluation.

La phase d'investigations et de constats a permis de collecter l'ensemble des informations nécessaires, figurant au référentiel de l'évaluation. Pour cela, 8 outils ont été déployés : une analyse documentaire générale, une analyse des évaluations réalisées, 12 entretiens internes, 12 entretiens externes, 3 focus groupes internes, 3 ateliers territoriaux, une enquête interne et une enquête externe.

La troisième phase a permis de finaliser les conclusions provisoires et d'élaborer collectivement les recommandations en travaillant en transversalité avec l'ARS et Cemka-Eval.

Enfin, la phase finale a eu pour objectif de formaliser le rapport provisoire d'évaluation, d'enregistrer les observations de la gouvernance de l'évaluation, et de finaliser le rapport définitif d'évaluation. Elle a également servi à informer les acteurs concernés des résultats de l'évaluation.

## Réponse à la question 1 : Le PRS a constitué un outil de cadrage initial fort, qui a peiné à se déployer dans la durée, mais qui fait aujourd'hui l'objet d'une acculturation sur ses concepts fondamentaux

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

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

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

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

Le « PRS bis », reformulé chaque année, pose des questions d'homogénéité, en l'absence de méthodologie et de processus partagé pour l'élaborer. Mélangeant des *activités* quotidiennes des services et des *actions* liées au PRS, il n'a pas été perçu comme déclinant naturellement ce dernier et n'a pas non plus constitué un outil de management des services, fédérant l'action de l'ARS.

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

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

## **Réponse à la question 2 : Les conditions managériales de mise en œuvre du PRS n'ont pas été propices à l'atteinte des objectifs du PRS**

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

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

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

pilotage « artisanaux » ont été remplacés par un outil logique dans sa structuration, mais complexe d'utilisation (Sevalpro).

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

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

### **Réponse à la question 3 : Le PRS a aidé l'ARS à se positionner comme acteur de référence de la politique régionale de santé**

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

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

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

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

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

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



# SOMMAIRE

AVERTISSEMENT .....	
SYNTHESE DE L'ÉVALUATION .....	
Enjeux et questions d'évaluation .....	
Méthodologie d'évaluation .....	
Réponse à la question 1 : Le PRS a constitué un outil de cadrage initial fort, qui a peiné à se déployer dans la durée, mais qui fait aujourd'hui l'objet d'une acculturation sur ses concepts fondamentaux .....	
Réponse à la question 2 : Les conditions managériales de mise en œuvre du PRS n'ont pas été propices à l'atteinte des objectifs du PRS .....	
Réponse à la question 3 : Le PRS a aidé l'ARS à se positionner comme acteur de référence de la politique régionale de santé .....	
REMERCIEMENTS.....	1
1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION.....	2
1.1 Enjeux de l'évaluation .....	2
1.1.1 Le cadre national d'évaluation du PRS 1 et de programmation du PRS 2.....	2
1.1.2 Les enjeux régionaux .....	2
1.1.3 Les questions évaluatives .....	3
1.2 Objet d'évaluation : le processus de construction et de mise en œuvre du PRS.....	4
1.2.1 Conception d'ensemble du PRS.....	4
1.2.2 Elaboration des orientations stratégiques .....	5
1.2.3 Déclinaison des orientations stratégiques .....	6
1.2.4 Principes généraux de mise en œuvre du PRS .....	7
2. METHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION.....	8
2.1 Déroulé et calendrier de l'évaluation.....	8
2.2 Récapitulatif des outils utilisés .....	9
2.3 Récapitulatif de l'utilisation des outils au regard des sous-questions d'évaluation .....	10
3. RESULTATS DE L'ÉVALUATION (CONSTATS ET CONCLUSIONS) .....	11
3.1 Constats et conclusions relatifs à la question évaluative 1 : le PRS comme outil de cadrage ....	11
3.2 Constats et conclusions relatifs à la question évaluative 2 : les conditions de mise en œuvre du PRS.....	14
3.3 Constats et conclusions relatifs à la question évaluative 3 : le PRS comme outil de mobilisation .....	17
4. REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES .....	19

4.1	Réponse à la question 1 : le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ? .....	19
4.2	Réponse à la question 2 : Les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ? .....	20
4.3	Réponse à la question 3 : Le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs institutionnels et de terrain en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs du PRS? .....	22
	CONCLUSION .....	25
	PISTES DE RECOMMANDATIONS .....	27
	SIGLES .....	35
	DOCUMENTS ASSOCIES .....	36

# REMERCIEMENTS

Dans le cadre de cette évaluation, nous tenons à remercier chacun des agents de l'ARS et des acteurs externes ayant répondu à nos diverses sollicitations : entretiens individuels, entretiens collectifs, focus groups, ateliers thématiques et enquêtes.

Nous remercions également les membres des comités de direction et comité de pilotage avec lesquels nous avons eu des échanges enrichissants et constructifs.

Nous adressons enfin nos remerciements au Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs (attaché à la Direction de l'Efficiences de l'Offre), et particulièrement à Claude PICHON qui a piloté la mise en œuvre de cette évaluation.

# 1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

## 1.1 Enjeux de l'évaluation

### 1.1.1 Le cadre national d'évaluation du PRS 1 et de programmation du PRS 2

L'évaluation du Projet régional de santé lancée par l'ARS Pays de la Loire s'inscrivait dans un contexte réglementaire encadré par l'Article R1434-1 du Code de la Santé Publique, qui stipule : « [Le projet régional de santé] est révisé au moins tous les cinq ans après évaluation de sa mise en œuvre et de la réalisation des objectifs fixés dans le plan stratégique régional de santé ».

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 formule, dans son article 158, les adaptations prévues pour l'élaboration du futur Projet Régional de Santé, qui doit notamment "renforcer l'animation territoriale conduite par les agences régionales de santé". La nouvelle loi simplifie également et décloisonne la structure actuelle du PRS en trois schémas (SROS, SROMS et SRP), en demandant l'élaboration d'un seul schéma de santé à cinq ans, inscrit dans un cadre d'orientations stratégiques à dix ans. Seul le PRAPS reste un programme obligatoire pour tout PRS.

### 1.1.2 Les enjeux régionaux

Distincte d'un simple exercice de bilan, l'évaluation finale du PRS 1 devait rendre compte des changements générés par la mise en œuvre de ce dernier et documenter les freins et les leviers rencontrés lors de son déploiement. Elle devait également apporter des éléments d'éclairage utiles à la construction du PRS 2018-2022 (dénommé PRS 2).

L'évaluation finale du PRS 1 devait ainsi mettre en exergue les réalisations et les effets engendrés par ce dernier, dans une approche rétrospective, mais identifier aussi, dans une finalité prospective, ce qui était pertinent pour répondre aux enjeux à venir dans la dynamique de construction du prochain PRS.

Les questions évaluatives ont été prévues dès l'élaboration du PRS 1, et sont inscrites dans le plan stratégique de ce dernier. De légères modifications ont toutefois été apportées par rapport aux questions d'origine. Après cinq ans de mise en œuvre, l'évaluation doit ainsi répondre aux cinq questions évaluatives suivantes :

- Question 1 : Le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?
- Question 2 : Les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?
- Question 3 : Le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs institutionnels et de terrain en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs ?
- Question 4 : Dans quelle mesure les réalisations prévues dans le PRS ont-elles été mises en œuvre par l'ARS, en termes de changement dans l'organisation du système de santé et de qualité de la réponse en santé ?
- Question 5 : La mise en œuvre du PRS par l'ARS, a-t-elle produit des effets sur l'organisation du système de santé et la qualité de la réponse en santé, sur l'état de santé de la population et sur la perception du fonctionnement du système de santé par la population ?

La présente évaluation concerne uniquement les questions évaluatives 1, 2 et 3, qui traitent plus spécifiquement de la pertinence, de la cohérence et de la gouvernance du PRS. Les questions 4 et 5 sont

traitées par l'équipe d'évaluation de l'ARS et pour la partie plus spécifique relative aux usagers de la question 5 par un autre évaluateur externe : Cemka-Eval.

L'évaluation devait ainsi déterminer :

- si le PRS 2012-2016 a constitué un outil de cadrage de la politique régionale ;
- si le contexte de sa mise en œuvre a été propice à l'attente des objectifs ;
- et si la politique menée par l'ARS a su mobiliser les acteurs ?

### 1.1.3 Les questions évaluatives

Une déclinaison des trois questions d'évaluation traitées dans le présent rapport en sous-questions et critères d'évaluation a été réalisée par le comité de pilotage du PRS, le 5 février 2016. Elle est reprise ci-après.

Chacune des huit sous-questions est ensuite déclinée de manière homogène dans un référentiel (cf. document associé 1) selon des sous-critères et descripteurs qualitatifs.

#### Critères d'évaluation arrêtés par le comité de pilotage de l'ARS le 5 février 2016

Questions et sous questions d'évaluation	Critères généraux proposés
<b>1 : Le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?</b>	
1.1 La structuration et la rédaction du PRS ont-elles favorisé sa lisibilité en interne ARS ?	- la structuration interne à chaque document et la structuration d'ensemble du PRS sont claires
1.2 Dans quelle mesure le PRS a-t-il constitué le cadre de référence en interne à l'ARS ?	- le PRS est un document de référence et ses orientations sont connues par les agents - les agents se sont appropriés la dynamique portée par le PRS et l'utilisent dans leurs objectifs de travail
1.3 En quoi le PRS a-t-il favorisé une meilleure pertinence de la politique de santé des Pays de la Loire ?	- les besoins et réalités du territoire sont pris en compte - les attentes des acteurs (intra et extra) sont prises en compte
<b>2 : Les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?</b>	
2.1 Quels sont les facteurs-clé de succès et d'échec en termes de conditions de mise en œuvre en interne pour favoriser le portage des objectifs fixés ?	- le pilotage mis en place pour la mise en œuvre du PRS a été pertinent - les agents ont été accompagnés dans l'appropriation de la dynamique du projet - les agents ont été en mesure de porter les orientations du PRS à l'extérieur
2.2 Dans quelle mesure les évaluations du PRS ont-elles permis les éclairages nécessaires « en continu » pour favoriser l'atteinte des objectifs ?	- les résultats des évaluations intermédiaires (populationnelles, dispositifs) du PRS ont été pris en compte pour ajuster la stratégie. - les recommandations ont été mises en œuvre par l'ARS dans des plans d'action opérationnels.
2.3 Dans quelle mesure l'évolution du contexte a-t-elle influencé la mise en œuvre des objectifs ?	- des évolutions internes à l'ARS ont influencé la mise en œuvre des objectifs du PRS - l'évolution des besoins régionaux a influencé la mise en œuvre des objectifs du PRS - l'évolution du contexte financier a influencé la mise en œuvre des objectifs du PRS - l'évolution du contexte politique, législatif et réglementaire a influencé la mise en œuvre des objectifs du PRS

<b>3 : Le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs</b> institutionnels et de terrain en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs ?	
3.1 Quel a été le niveau d'implication des acteurs lors de la construction et la mise en œuvre du PRS ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les acteurs ont contribué à la construction du PRS</li> <li>- les acteurs ont été en mesure d'influer sur les décisions de la mise en œuvre du PRS</li> </ul>
3.2 Quel est le degré/ niveau d'appropriation du contenu du PRS par les différents acteurs?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les acteurs connaissent le PRS, savent où retrouver ce qui les concerne, connaissent ses objectifs et le contenu de la stratégie</li> <li>- les acteurs s'en sont servis pour structurer leurs propres objectifs</li> <li>- les acteurs ont pu, grâce au PRS, innover dans leurs pratiques</li> </ul>

## **1.2 Objet d'évaluation : le processus de construction et de mise en œuvre du PRS**

### **1.2.1 Conception d'ensemble du PRS**

Le PRS a été construit sur la base de quatre grands enjeux de santé identifiés :

- recomposer le premier recours et accompagner le virage ambulatoire,
- promouvoir la vie à domicile en s'appuyant sur un accompagnement par des services médico-sociaux performants,
- répondre à la tension « qualité-efficience-proximité » pour l'accès aux services spécialisés,
- promouvoir la prévention et l'action sur les déterminants de santé pour réduire les inégalités de santé.

L'ensemble de ces enjeux s'inscrivait plus généralement dans un contexte marqué, d'une part, par une logique de démocratie sanitaire élargie, et d'autre part, par un contexte économique contraint et incertain.

A partir de là, l'élaboration du PRS a été saisie comme une opportunité pour mobiliser les décideurs, les acteurs, les opérateurs de santé autour d'un document unique et transversal, du soin à la prévention et à l'accompagnement médico-social. La conception du document a donc été pensée pour ne pas risquer de se limiter à une simple actualisation et juxtaposition des documents existants.

Afin d'assurer la cohérence globale du projet, il a été décidé que le plan stratégique régional de santé (PSRS) définirait les orientations stratégiques pour l'ensemble du projet, que les trois schémas fixeraient les objectifs concrétisant ses orientations, et que les programmes régionaux et territoriaux déclinaient les plans d'action pour atteindre ces objectifs. Ainsi, l'ensemble des documents est devenu intégralement lié.

Afin de relever ensuite le défi de la transversalité, il a également été décidé que les schémas ne seraient exclusifs ni d'une thématique, ni d'un secteur.

Le schéma ci-après reprend cette arborescence :

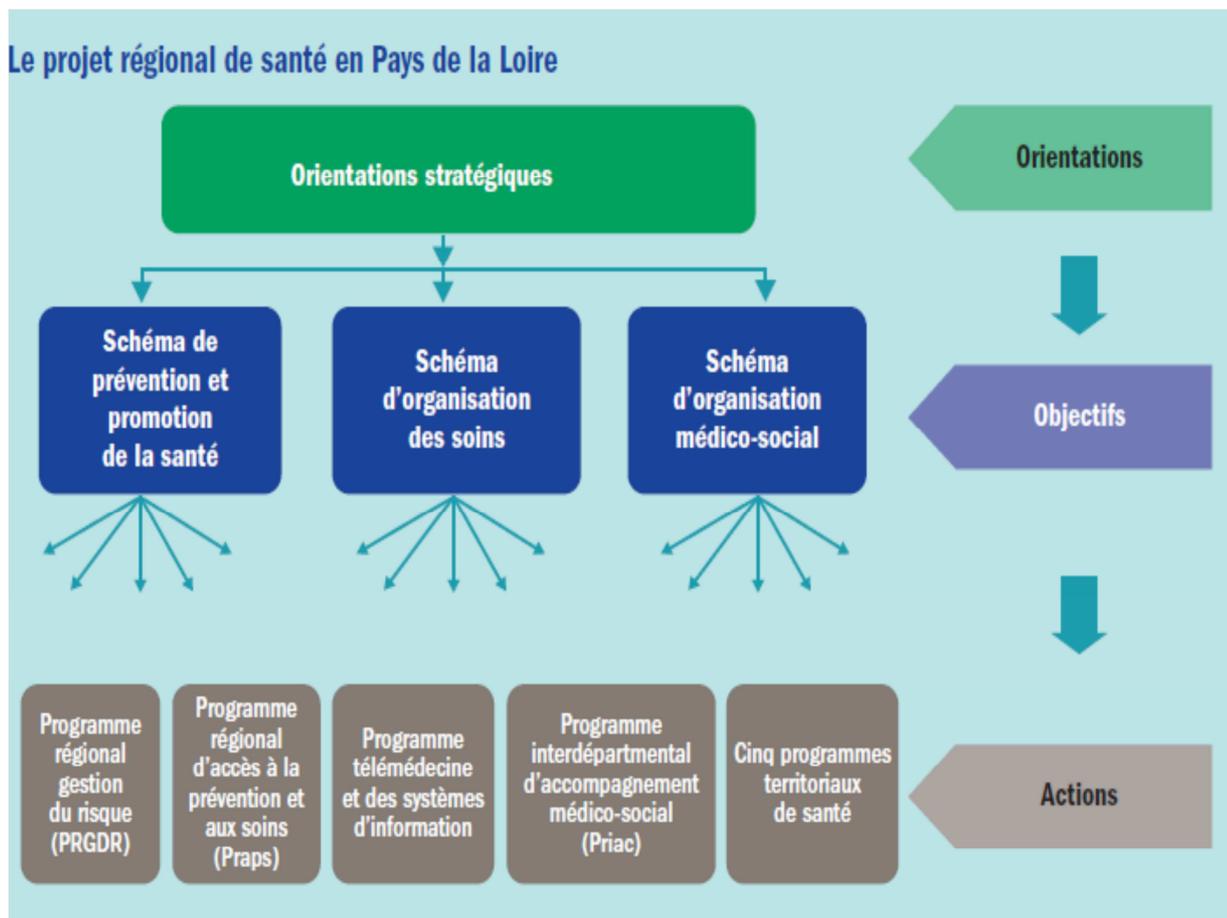


Figure 1 : composition du Projet régional de santé<sup>1</sup>

### 1.2.2 Elaboration des orientations stratégiques

S'agissant de l'élaboration des orientations stratégiques, la démarche s'est organisée en deux étapes : un diagnostic puis un séminaire stratégique.

Un diagnostic stratégique a d'abord été réalisé. Pour cela, cinq débats publics ont été organisés ainsi que sept groupes de travail associant acteurs des territoires et de l'ARS sur les thèmes suivants : organisation, besoins, vieillissement, inégalités, parcours, place des usagers, et maîtrise des dépenses.

Ces travaux se sont appuyés tant sur des éléments qualitatifs et participatifs que sur une analyse des données régionales de santé, et une approche relative aux déterminants de santé.

Dans un deuxième temps, un séminaire stratégique a permis de faire émerger quatre thématiques fondamentales, relatives à la personne, à l'accès à la santé, aux parcours et aux inégalités de santé, desquelles ont finalement découlé les trois orientations stratégiques définitivement retenues :

- **la personne au cœur du système de santé** : il s'agissait de développer un système et des approches centrés sur la personne pour plus de participation et d'autonomie ;
- **la proximité organisée** : cette orientation visait à accompagner le virage ambulatoire en évoluant progressivement vers un « système organisé », gradué et coordonné, comportant : un premier recours, global et de proximité, pivot du système ; un accès organisé au recours spécialisé, disponible au bon

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

moment, au bon endroit ; et enfin, des parcours plus fluides entre domicile, établissement médico-social et hôpital ;

- **la maîtrise des risques en santé** : cette finalité passait d'abord par la prévention intégrée dans tous les champs, qu'il s'agisse du premiers recours, de l'hospitalier ou encore dans les services et établissements médico-sociaux ; elle visait également à réduire les inégalités de santé et lutter contre l'exclusion.

L'ensemble de cette démarche a été accompagnée par une Direction spécifique du Projet et non de la stratégie. Cela permettait de différencier la question de la mobilisation portée par cette Direction du PRS et la question de la stratégie portée par la Direction générale. La Direction du PRS était significative dans sa composition puisqu'elle comptait, outre le Directeur, 13 cadres, auxquels s'ajoutaient des gestionnaires de dossiers du service Observation et Analyse.

### 1.2.3 Déclinaison des orientations stratégiques

Les orientations stratégiques ont ensuite été déclinées, en s'appuyant sur un principe de transversalité et une démarche participative. Il s'est agi de trouver les conditions optimales de déclinaison des orientations des différents schémas (médico-social, offre de soins et prévention), en préservant la transversalité et les articulations entre médico-social, ambulatoire, hospitalier, prévention, telles qu'elles étaient contenues dans les orientations stratégiques, tout en mobilisant les acteurs et experts compétents. L'idée était également de faire vivre les instances de démocratie sanitaire.

Afin de relever ce défi du décloisonnement des acteurs, les groupes de travail ont fait appel aux membres de la CRSA dont la composition est très large, plutôt qu'à des groupes techniques de professionnels, experts d'un domaine spécialisé ; ils ont mêlé des professionnels et des représentants institutionnels appartenant à des secteurs d'activités différents. Cette démarche allait à l'encontre d'approches plus « naturelles » dans lesquelles, par exemple, les représentants d'usagers auraient traité en spécialistes les questions d'accès aux soins et de respect des droits des usagers, les professionnels hospitaliers les questions d'organisation des soins hautement spécialisés, ou les professionnels de l'éducation pour la santé les questions de prévention dans les territoires de santé.

Concrètement, des contributions multiples ont ainsi été enregistrées. On dénombre ainsi sept groupes de travail ARS et CRSA, dix colloques thématiques, des rencontres bilatérales avec certains partenaires tels que les Conseils Généraux, des travaux des cinq conférences de territoire, des rencontres et contributions des cinq Unions régionales de professionnels de santé (URPS), des rencontres et contributions des établissements et fédérations, auxquels il faut ajouter des travaux techniques internes aux équipes ARS.

Afin d'assurer la qualité technique des propositions, les groupes de travail étaient alimentés par des notes techniques proposées par l'équipe projet à partir de recommandations issues de la littérature scientifique, de guides de bonnes pratiques ou de contributions d'experts venant des commissions spécialisées de la CRSA ou des services internes de l'Agence.

Avant d'arrêter les objectifs du projet, les différentes instances de démocratie sanitaire ont été sollicitées, comme le prévoient les textes réglementaires, pour produire un avis sur les objectifs du PRS fixés dans ses différents schémas.

La démarche était portée par le comité de pilotage du projet, réunissant à parité membres de la CRSA et équipe projet de l'agence, même si elle a donné lieu également à des discussions au sein de la commission permanente de la CRSA.

La sollicitation des acteurs s'est effectuée sur une période de deux ans, avec une alternance entre les travaux de groupes, d'écriture et de concertation. Le PRS a été arrêté le 9 mars 2012. Il constitue un ensemble intégré

de trois orientations stratégiques, soixante et un objectifs et neuf programmes d'action, dont un programme territorial de santé pour chacun des cinq territoires de santé de la région.

#### **1.2.4 Principes généraux de mise en œuvre du PRS**

Comme pour l'écriture du projet, les deux enjeux d'approche transversale d'une part, intégrant prévention, soins et accompagnement médico-social, et d'approche intersectorielle d'autre part, ont guidé l'ingénierie de mise en œuvre.

Celle-ci a ainsi été fondée sur l'application des principes généraux suivants :

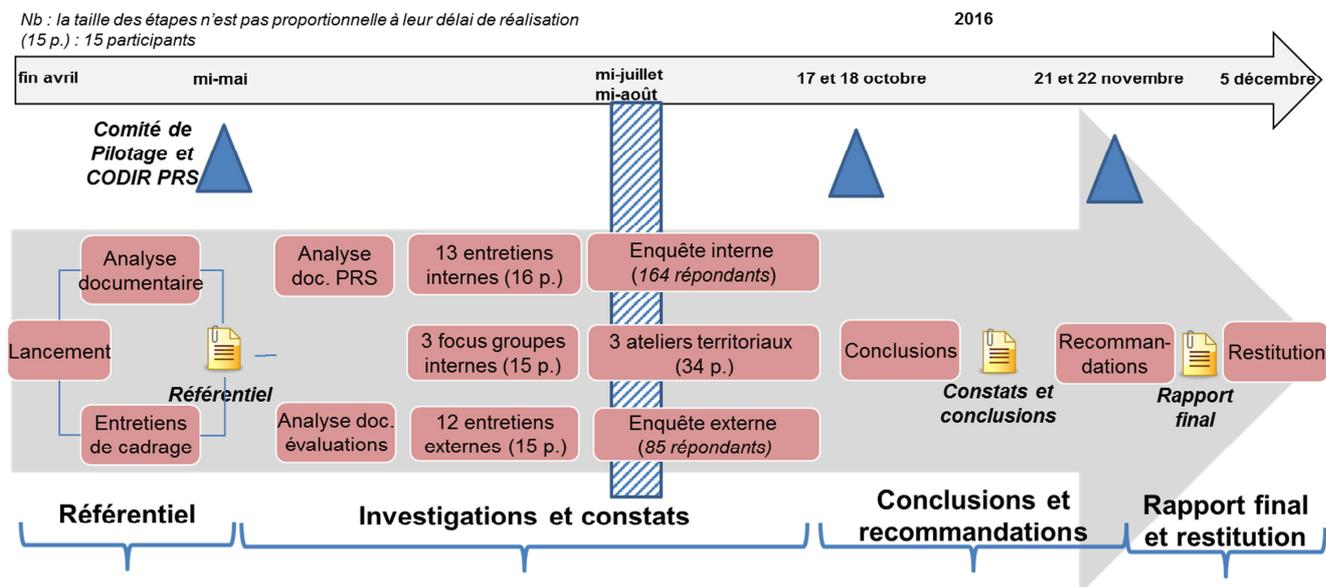
- fonctionnement en mode projet : le projet a été préalablement cadré par l'identification des instances à solliciter, l'élaboration d'un calendrier et l'élaboration d'objectifs de travail ;
- détermination annuelle de domaines d'actions prioritaires (DAP) et de feuilles de route métiers, territoriales et populationnelles pour engager les acteurs : ces feuilles de routes ont été portées par les directions métiers et les délégations territoriales ;
- utilisation du Fond d'intervention régionale (FIR) pour redistribuer les marges d'efficience ;
- mise en œuvre d'expérimentations destinées notamment à convaincre du bien-fondé des orientations et des objectifs : ces expérimentations ont notamment été portées par des appels à projets et des appels à candidatures ;
- mise en œuvre d'une démarche significative et soutenue d'évaluation de programmes et de démarches pour orienter-réorienter les actions du PRS : une équipe interne est dédiée spécifiquement à l'évaluation (département évaluation du PRS).

Enfin, la mise en œuvre de ces principes s'est concrétisée en fin de période, par la mise en place d'un logiciel de pilotage des actions (Sevalpro), s'appuyant sur la déclinaison stratégique du PRS en trois niveaux d'orientations et d'actions.

## 2. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

### 2.1 Déroulé et calendrier de l'évaluation

La démarche, sous pilotage du Département Evaluation (Claude PICHON), a compris quatre phases, schématisées ci-après :



#### ▪ Phase 1 : cadrage et référentiel de l'évaluation

La phase de cadrage de l'évaluation a consisté à lancer l'évaluation et à s'accorder définitivement sur ses objectifs, ses modalités et son calendrier. Elle a permis d'effectuer une première mise à plat du processus de construction et de mise en œuvre du PRS, et de l'articuler avec les critères et descripteurs de l'évaluation.

La réunion de lancement a eu lieu le 29 avril 2016 et a été suivie de la réalisation de trois entretiens de cadrage auprès d'acteurs de l'ARS et de la CRSA, et d'une première exploitation de la documentation disponible. Un entretien collectif avec le groupe projet PRS 2 a également été conduit.

#### ▪ Phase 2 : investigations et constats

Les objectifs principaux de cette phase ont été de collecter l'ensemble des informations nécessaires, au regard du référentiel de l'évaluation.

Pour cela, 8 outils ont été déployés : une analyse documentaire générale, une analyse des évaluations réalisées, 13 entretiens internes, 12 entretiens externes, 3 focus groupes internes, 3 ateliers territoriaux, une enquête interne et une enquête externe.

En termes de pilotage, une réunion de présentation des premiers constats et jugements a été réalisée en Codir, le 17 octobre 2016 et auprès du comité de pilotage le 18 octobre 2016.

#### ▪ Phase 3 : conclusions et recommandations

Les objectifs de cette phase ont été de finaliser les conclusions provisoires et d'élaborer collectivement les recommandations en travaillant en transversalité avec l'ARS et Cemka-Eval (réunion du 7 novembre 2016).

Cette phase s'est terminée par une réunion du comité de pilotage le 21 novembre 2016 et du Codir le 22 novembre 2016.

- **Phase 4 : finalisation du rapport complet**

Cette phase finale a eu pour objectif de formaliser le rapport provisoire d'évaluation et de finaliser le rapport définitif d'évaluation. Elle a également servi à informer les acteurs concernés des résultats de l'évaluation.

## **2.2 Récapitulatif des outils utilisés**

- **Analyse documentaire du PRS**

Cette première étape des investigations a consisté en une lecture fine du document PRS ainsi que des divers documents s'y rapportant tels que les feuilles de route et les domaines d'actions prioritaires. L'analyse de ces contenus a permis d'apporter des réponses sur la clarté, la lisibilité, l'accessibilité et la compréhension générale du document (*cf. question 1*).

- **Analyse documentaire des rapports d'évaluation intermédiaires**

L'analyse des rapports d'évaluation intermédiaires, des livrets d'évaluation ainsi que des notes stratégiques, a permis de préciser les conditions de mise en œuvre du PRS (*cf. question 2*). Une attention a ainsi été portée sur les résultats émis par ces évaluations, et notamment sur leur suivi dans les plans d'actions du PRS. L'ajustement de la stratégie du PRS, suite à ces évaluations, a également été questionné.

- **Entretiens internes à l'ARS**

Ces entretiens (voir liste en Document associé 2) ont majoritairement été centrés sur les conditions de mise en œuvre du PRS et l'atteinte des objectifs (*cf. question 2*). Ils ont contribué également, par leur caractère généraliste, à la question 1 relative à la clarté du document et à la question 3 dédiée à la mobilisation des acteurs. Ils ont traité notamment de l'animation mise en place pour favoriser l'appropriation du PRS, de l'évolution du PRS en fonction des évaluations intermédiaires, des évolutions internes et externes qui ont pu impacter la mise en œuvre du projet, etc.

- **Entretiens externes à l'ARS**

L'approche est semblable à celle des entretiens internes, mais leur contenu a principalement été centré sur la mobilisation des acteurs (*cf. question 3*). Les entretiens (voir liste en Document associé 2) ont traité ainsi des modalités d'élaboration du PRS, de sa pertinence pour le territoire, de son appropriation par les acteurs du territoire, etc.

- **Focus groupes « Analyse du PRS et appropriation en interne »**

Les focus groupes ont consisté en 3 séances rassemblant au maximum une dizaine d'agents ayant des positions d'encadrement intermédiaire ou des chargés de projets (faible mobilisation due à des difficultés d'organisation et de calendrier). Ils ont été centrés sur les questions relatives à la cohérence du PRS (*cf. question 1*) et ses conditions de mise en œuvre (*cf. question 2*). Ils ont abordé ainsi la clarté du document PRS, son appropriation, son application et sa dynamique, ainsi que sur les effets de l'évolution du contexte au cours du temps.

- **Ateliers territoriaux**

En vue d'apprécier la pertinence du PRS par rapport aux besoins du territoire (*cf. questions 1 et 2*), trois ateliers territoriaux ont été réunis. Chaque atelier a été construit autour d'un thème particulier mis en avant par le PRS, l'idée étant de choisir des sujets n'ayant pas été évalués, et d'en débattre sur trois départements : les Contrats locaux de santé en Maine et Loire (Angers), la maison des adolescents dans la Sarthe (Le Mans) et la réorganisation des CSAPA en Loire-Atlantique (Nantes).

A travers ces ateliers, un regard a été porté sur la dynamique des territoires, en questionnant notamment la coordination des acteurs et le décloisonnement des secteurs. L'accent a également été mis sur les modalités d'animation territoriale, en identifiant le portage par l'ARS et les orientations du PRS sur les territoires.

- **Enquête interne**

Une enquête interne, adressée à l'ensemble des agents, a été réalisée par le biais d'un questionnaire transmis en ligne.

Elle a recueilli 164 réponses (voir exploitation en Document associé 3), soit un taux de réponse important de 36%.

- **Enquête externe**

Dans la même visée que l'enquête interne, une enquête a été menée auprès d'acteurs externes plus particulièrement impliqués dans l'élaboration et le suivi du PRS : les membres de la CRSA et des CCPP (dont des représentants des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux, des opérateurs de prévention, d'associations d'usagers, des collectivités territoriales et des administrations de l'Etat).

Elle a recueilli 85 réponses (voir exploitation en Document associé 4).

### 2.3 Récapitulatif de l'utilisation des outils au regard des sous-questions d'évaluation

Le tableau suivant indique en ligne les outils mobilisés et, en colonne, les sous-questions concernées. Il permet de vérifier qu'au minimum trois outils ont été utilisés pour alimenter la réponse à chacune des sous-questions d'évaluation (triangulation de l'information).

Outil		Question concernée							
		1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2
Analyse documents et données	Analyse documentaire du PRS	X		X		X			
	Analyse documentaire des rapports des évaluations intermédiaires	X	X			X			
Entretiens	12 entretiens internes à l'ARS		X	X	X	X	X		
	12 entretiens externes à l'ARS			X			X	X	X
Ateliers territoriaux	3 ateliers territoriaux			X				X	X

Outil		Question concernée							
Focus Groupes	3 Focus groupes « analyse du PRS et appropriation en interne »	X	X		X	X	X		
Enquêtes	Enquête interne	X	X	X	X		X		
	Enquête externe			X			X	X	X

### 3. RESULTATS DE L’EVALUATION (CONSTATS ET CONCLUSIONS)

Les tableaux suivants décrivent pour chaque critère retenu pour répondre à la question posée :

- d’abord les principaux constats résultant des outils utilisés pour collecter l’information nécessaire<sup>2</sup>,
- ensuite, les conclusions qui peuvent être tirées de ces constats.

La formulation de la réponse à chaque question d’évaluation figure dans la partie suivante.

#### 3.1 Constats et conclusions relatifs à la question évaluative 1 : le PRS comme outil de cadrage

Question 1 : Le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?		
Critère de jugement	Constats	Conclusions pour le critère de jugement
<b>Question 1.1 La structuration et la rédaction du PRS ont-elles favorisé sa lisibilité en interne ARS ?</b>		
1.1.1 - La structuration interne à chaque document et la structuration d’ensemble du PRS sont clairs.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 76% des agents indiquent que la structuration d’ensemble est logique.</li> <li>- Le document présente logiquement l’état des besoins, qui débouche sur les orientations, puis les objectifs pour aboutir in fine sur les actions.</li> <li>- Les orientations régionales sont présentées avant d’être déclinées à l’échelle départementale.</li> <li>- Les programmes sont « logiquement » hétérogènes dans leur contenu (selon leur objet).</li> <li>- Les actions sont rattachées à des objectifs, qui sont clairement rattachés à des orientations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La structuration d’ensemble du PRS fait apparaître un cheminement intellectuel rigoureux, de même, que la structuration de chaque document.</li> <li>- La rédaction est lisible et claire pour un professionnel impliqué, mais non expert.</li> <li>- Dans le détail, le nombre d’objectifs (64) rattachés à chaque orientation stratégique (3) est important et alourdit la perception du document par les acteurs. Il est difficile d’identifier et de retenir une structuration simple de chaque orientation stratégique en objectifs.</li> </ul>

<sup>2</sup> NB : les chiffres figurant dans les tableaux, mentionnant des pourcentages d’agents ou d’acteurs ayant telle ou telle position sont issus des enquêtes interne et externe réalisées pour l’évaluation (cf. détail des réponses en documents associés 3 et 4)

**Question 1 : Le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?**

Critère de jugement	Constats	Conclusions pour le critère de jugement
<b>Question 1.2 Dans quelle mesure le PRS a-t-il constitué le cadre de référence en interne à l'ARS ?</b>		
<p>1.2.1 - Le PRS est un document de référence et ses orientations sont connues par les agents.</p>	<p>La transversalité est comprise comme le message fondamental du PRS. La construction même de ce dernier a illustré le principe de transversalité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le PRS est perçu comme un document de politique régionale. « Le PRS fournit une <i>vision régionale</i> et non une <i>vision DDASS</i> » (verbatim).</li> <li>- S'agissant des orientations stratégiques, les responsables/managers sont ceux qui les connaissent le plus (68%), puis les chargés de projets (50%) et enfin les autres agents (21%).</li> <li>- En revanche, la déclinaison initiale des 3 orientations en 7 « sous-orientations » reste mal identifiée. De plus, la troisième orientation est la moins bien connue et comprise.</li> <li>- La compréhension des documents est moins bonne chez les agents non managers ou chargés de projet.</li> <li>- Les orientations sont décrites comme relativement évidentes aujourd'hui. Mais certains cadres reconnaissent la pertinence des formules de l'époque, en « repositionnant » leur intérêt dans le contexte de 2012.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le PRS a porté une logique de transversalité, qui est devenue la référence en interne et a créé une vision régionale commune, qui n'est pas la juxtaposition de visions sectorielles. En cela, il constitue un cadre de référence légitime.</li> <li>- Les grands enjeux portés par le PRS constituent la référence de travail, même s'ils sont inégalement connus.</li> <li>- Parmi les documents qui composent le PRS, ce sont les orientations stratégiques qui sont les mieux connues par les agents (mais surtout des cadres et des managers). Elles sont fréquemment jugées très larges et consensuelles.</li> <li>- La connaissance des orientations stratégiques diminue avec la chaîne hiérarchique.</li> </ul>
<p>1.2.2 - Les agents se sont appropriés la dynamique portée par le PRS et l'utilisent dans leurs objectifs de travail.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le PRS 2012 n'est pas consulté dans la pratique au quotidien. Sur les 12 derniers mois, 78% des agents disent ne jamais avoir consulté le PRS ou seulement 1 ou 2 fois.</li> <li>- Le « PRS bis » (feuilles de route) est repéré, notamment au niveau territorial : 56% des agents des DT connaissent les FDR (feuilles de route) territoriales.</li> <li>- Chez les managers, seuls 14% déclarent se servir du « PRS bis » pour l'organisation du travail de leur équipe.</li> <li>- Les FDR sont rédigées dans chaque service, sans concertation avec les autres et ne portent donc pas l'esprit de transversalité et de découplage du PRS.</li> <li>- La structuration des FDR est peu cadrée et non homogène (absence de méthodologie et de processus partagé pour les élaborer). Elles reprennent de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le PRS « officiel » n'est pas le document de référence pour structurer les actions de l'ARS : les documents qui le composent ne sont pas consultés dans la pratique au quotidien. C'est un « PRS bis » (post 2012), composé des domaines d'actions prioritaires (DAP) et des feuilles de route (FDR) populationnelles, thématiques ou territoriales qui est utilisé.</li> <li>- En revanche, ces documents posent des questions d'homogénéité portant à la fois sur leur structuration et leur contenu.</li> <li>- Ce « PRS bis » n'est pas perçu comme déclinant naturellement le PRS et ne constitue pas un outil de management. En ce sens, il ne fédère pas l'action de l'ARS.</li> </ul>

**Question 1 : Le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?**

Critère de jugement	Constats	Conclusions pour le critère de jugement
	<p>ce fait à la fois des <i>activités</i> quotidiennes de l'ARS et des <i>actions</i> liées au PRS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'existe pas d'articulation <i>a priori</i> entre les objectifs du PRS et les DAP (Domaines d'Action Prioritaire) / FDR (reconstruction à posteriori).</li> <li>- Le bilan de 2014 faisait état d'une inscription de 80% des actions dans les objectifs du PRS. 69% des agents identifient que les objectifs des FDR sont cohérents avec les objectifs du PRS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toutefois, une cohérence « de fait » a émergé entre le « PRS de 2012 » et le « PRS bis », attestant d'une diffusion des enjeux et orientations de la démarche d'origine.</li> </ul>

**Question 1.3 En quoi le PRS a-t-il favorisé une meilleure pertinence de la politique de santé des Pays de la Loire ?**

<p>1.3.1 - Les besoins et les réalités du territoire sont pris en compte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les agents estiment que le PRS a su prendre en compte les besoins de santé de la population (71%), les connaissances sur l'état de santé de la population (87%) et les connaissances sur l'organisation du système de santé (74%).</li> <li>- Les membres de l'ensemble des instances de démocratie sanitaire estiment que le PRS a permis la prise en compte globale des publics dans une logique de parcours (68%).</li> <li>- Les membres de l'ensemble des instances de démocratie sanitaire estiment que l'élaboration du PRS a su mobiliser suffisamment les expertises nécessaires (66%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le PRS prend en compte les connaissances et les besoins en termes de santé de la population.</li> </ul>
<p>1.3.2 - Les attentes des acteurs (intra et extra) sont prises en compte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs externes ont apprécié le fonctionnement des groupes de travail, notamment pour la transversalité des réflexions et la pluridisciplinarité des profils associés. A l'inverse, ils déclarent que les contributions écrites ont été plus difficiles à réaliser, en raison, notamment, de la nouveauté du processus.</li> <li>- La prise en compte des besoins des acteurs locaux est restée inégale, dans les déclinaisons territoriales du PRS en particulier.</li> <li>- 77% des membres des instances de démocratie sanitaire pensent que leur participation n'a pas influencé les orientations du PRS, et ce quelles que soit les instances interrogées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La construction du PRS a été largement partagée en externe : elle a permis une consultation large des acteurs, et en particulier des membres de la CRSA.</li> <li>- Pour autant, la prise en compte des attentes des acteurs reste questionnée, dans un contexte (2011-2012) de grandes nouveautés et avec un calendrier de conception du PRS très rapide.</li> <li>- En revanche, la démarche de construction participative du PRS est restée limitée et ponctuelle pour les agents, en interne.</li> </ul>

<b>Question 1 : Le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?</b>		
<b>Critère de jugement</b>	<b>Constats</b>	<b>Conclusions pour le critère de jugement</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En interne, il a été souligné une mobilisation très restrictive des services et des catégories d'agents. Ce sont davantage (selon 69% des répondants) les directeurs et managers qui ont été mobilisés dans la construction du PRS que les chargés de projets (36%).</li> <li>- Pour les agents mobilisés dans le PRS, il s'agit d'une implication ponctuelle (58%) et non dans la durée. Elle n'a pas donné lieu à un processus collectif et animé.</li> </ul>	

### 3.2 Constats et conclusions relatifs à la question évaluative 2 : les conditions de mise en œuvre du PRS

<b>Question 2 : Les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?</b>		
<b>Critère de jugement</b>	<b>Constats</b>	<b>Conclusions pour le critère de jugement</b>
<b>Question 2.1 Quels sont les facteurs clé de succès et d'échec en termes de conditions de mise en œuvre en interne pour favoriser le portage des objectifs fixés ?</b>		
2.1.1 - Le pilotage mis en place pour la mise en œuvre du PRS a été pertinent.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depuis la suppression de la Direction du PRS, il n'y a plus de structure dédiée au PRS.</li> <li>- Il n'existe pas de comité de pilotage dédié au PRS (le pilotage est confié au CODIR, parmi de nombreux sujets).</li> <li>- Le processus de déclinaison stratégique du PRS est pragmatique et changeant d'une année sur l'autre.</li> <li>- Les agents de l'ARS viennent de structures et de métiers très différents.</li> <li>- L'articulation matricielle entre les directions métiers et les délégations territoriales est difficile.</li> <li>- Le pilotage a été complexifié par les groupes projets transversaux. 88% des agents jugent que le rôle de ces groupes dans la déclinaison du PRS n'était pas clair.</li> <li>- Seul un tiers des agents (36%) ont recours à Sevalpro pour assurer le suivi de leurs actions. Parmi eux, 60% des chargés de projets et 31% des directeurs et managers utilisent l'outil Sevalpro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le pilotage du PRS n'est pas adapté aux besoins de déclinaison stratégique d'une organisation de près de 500 agents, en articulation forte avec son territoire.</li> <li>- S'agissant de la déclinaison stratégique du PRS, le processus annuel ne repose pas sur une démarche structurée et est plutôt artisanal.</li> <li>- De plus, il a rencontré des difficultés d'animation liées à une culture managériale perfectible et des cultures professionnelles des agents très diverses.</li> <li>- Par ailleurs, les outils de suivi, artisanaux, ont été remplacés par un outil logique, mais complexe d'utilisation.</li> </ul>
2.1.2 - Les agents ont été accompagnés dans l'appropriation de la dynamique du projet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le changement de culture lié au PRS et à la construction de l'ARS n'a pas été suffisamment accompagné : absence de démarches d'accompagnement/formation au changement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bien que les agents n'aient pas été formés autour du PRS, quelques outils ont été déployés pour favoriser leur appropriation du document. Cependant, ils demeurent insuffisants au regard des enjeux.</li> </ul>

**Question 2 : Les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?**

Critère de jugement	Constats	Conclusions pour le critère de jugement
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des supports de communication, notamment le livret d'accueil du nouvel arrivant, ont été mis à disposition et sont jugés utiles pour 77% des agents. A l'inverse, l'intranet est peu utilisé.</li> <li>- Le dispositif d'animation 1heure / 1 thème est très apprécié. Il permet de faire le lien avec le PRS à travers les différentes thématiques traitées.</li> <li>- Les agents connaissent mal l'état d'avancement des travaux et soulignent l'absence de compte-rendu des groupes projets transversaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La communication autour des travaux des groupes projets transversaux est très hétérogène et les modalités de restitution ne sont pas très communicantes.</li> </ul>
<p>2.1.3 - Les agents ont été en mesure de porter les orientations du PRS à l'extérieur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seul un tiers des agents (36%) se déclare en capacité d'expliquer le PRS à l'extérieur (principes et objectifs).</li> <li>- Les responsables/managers sont ceux qui estiment être le plus en capacité de le porter à l'extérieur (toutefois, 10% d'entre eux estiment ne pas en être capable).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le portage des orientations du PRS à l'extérieur est très inégal en fonction des agents.</li> </ul>

**Question 2.2 Dans quelle mesure les évaluations du PRS ont-elles permis les éclairages nécessaires « en continu » pour favoriser l'atteinte des objectifs ?**

<p>2.2.1 - Les résultats des évaluations intermédiaires (populationnelles, dispositifs) du PRS ont été pris en compte pour ajuster la stratégie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un service dédié à l'évaluation est mis en place au sein de l'ARS Pays de la Loire. Il s'agit d'une approche unique au sein des ARS.</li> <li>- Les travaux font apparaître des standards d'évaluation élevés.</li> <li>- Les questions évaluatives des politiques de santé interrogent généralement la place du PRS.</li> <li>- Les principes de transversalité et de coordination des acteurs sont en filigrane dans l'ensemble des évaluations, mais ils ne sont pas évalués plus globalement en tant que tels. Il en est de même pour les grands concepts (proximité, décloisonnement, territorialisation, maîtrise des risques...).</li> <li>- Les évaluations mentionnent toujours le lien entre le sujet évalué et le PRS ; pour autant les processus de mise en œuvre et de pilotage ne sont pas questionnés, même dans les évaluations intermédiaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ARS est fortement engagée dans une démarche d'évaluation de qualité.</li> <li>- Bien que le principe de l'évaluation soit porté par le PRS lui-même et que des références explicites au PRS figurent dans les travaux d'évaluation, les évaluations ne sont pas conçues pour ajuster le contenu ou les processus du PRS d'origine.</li> <li>- Les sujets des évaluations ne questionnent pas explicitement le contenu ou le processus du PRS.</li> <li>- Les travaux d'évaluation impactent la mise en œuvre du PRS avec des recommandations qui alimentent davantage l'ajustement stratégique des actions plutôt que le contenu du PRS d'origine.</li> </ul>
---	---	--

<b>Question 2 : Les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?</b>		
<b>Critère de jugement</b>	<b>Constats</b>	<b>Conclusions pour le critère de jugement</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 9 évaluations terminées, 5 s'appuient sur les objectifs des Schémas pour leurs recommandations.</li> <li>- Suivant les cas, 50 à 60% des agents connaissent l'existence des évaluations ou les ont consultées.</li> </ul>	
<p>2.2.2 - Les recommandations ont été mises en œuvre par l'ARS dans les plans d'actions opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les évaluations de politiques (4) alimentent la réflexion générale.</li> <li>- Les feuilles de route intègrent les résultats de 5 évaluations.</li> <li>- 4 évaluations alimentent des plans d'actions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les recommandations permettent des ajustements des dispositifs et des politiques qui sont repris notamment dans les feuilles de route.</li> </ul>
<b>Question 2.3 Dans quelle mesure l'évolution du contexte a-t-elle influencé la mise en œuvre des objectifs ?</b>		
<p>2.3.1 - Des évolutions internes à l'ARS ont influencé la mise en œuvre des objectifs du PRS</p> <p>2.3.2 - L'évolution du contexte politique, financier, législatif et réglementaire a influencé la mise en œuvre des objectifs du PRS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le changement de direction générale n'a pas été perçu comme impactant véritablement la mise en place du PRS ; il intervient 1,5 ans après l'adoption du PRS, c'est-à-dire à un moment où les processus de déclinaison opérationnelle sont en passe d'être stabilisés.</li> <li>- Les deux directions générales successives affichent une cohérence et une continuité dans la vision de la politique de l'ARS, vis-à-vis de son PRS. Ainsi, l'ARS a poursuivi la mise en place des orientations du PRS et la mise en œuvre des actions.</li> <li>- Certains agents déclarent devoir modifier leurs priorités d'actions, en raison de la baisse des moyens humains dans leurs services et des évolutions liées aux politiques nationales ou à des faits d'actualité.</li> <li>- Les restrictions budgétaires compliquent la mise en place des actions et la définition des priorités, toutefois, ces éléments se sont révélés mineurs au regard de la « révolution » initiale constituée par la création de l'ARS et l'élaboration du PRS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'évolution du contexte n'a pas impactée fondamentalement la mise en œuvre des objectifs du PRS : les changements internes et le contexte politique ont touché la mise en place des actions, mais ces différents éléments n'ont pas remis en cause ni la stratégie, ni la capacité à déployer le PRS.</li> <li>- L'élément concret le plus impactant pour la mise en place opérationnelle du PRS, aura peut-être été la suppression de la DPRS comme direction à part entière.</li> </ul>

### 3.3 Constats et conclusions relatifs à la question évaluative 3 : le PRS comme outil de mobilisation

<b>Question 3 : Le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs institutionnels et de terrain en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs ?</b>		
<b>Critère de jugement</b>	<b>Constats</b>	<b>Conclusions pour le critère de jugement</b>
<b>Question 3.1 Quel a été le niveau d'implication des acteurs lors de la construction et la mise en œuvre du PRS?</b>		
3.1.1 - Les acteurs ont contribué à la construction du PRS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certains acteurs interrogés ont participé à des groupes de travail en amont de la rédaction du PRS. Ils en ont apprécié les contenus et la composition. Pour les autres, ils ont eu l'opportunité d'apporter une contribution écrite à la construction du PRS.</li> <li>- Les acteurs ayant participé ont été satisfaits de la place qui leur a été donnée (88% des répondants des instances de démocratie sanitaire).</li> <li>- Tous les membres de la CRSA ont pu exprimer formellement un avis sur les documents rédigés, à travers les processus de validation. Néanmoins, ce processus a parfois été jugé difficile, notamment au regard du calendrier restreint.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mobilisation des acteurs repose d'abord sur la construction du PRS avec les membres des instances de démocratie sanitaire.</li> <li>- Les acteurs locaux et de terrain (hors CRSA) indiquent ne pas avoir été impliqués dans le processus de construction du PRS, ni dans sa déclinaison en PTS.</li> <li>- Dans l'élaboration du PRS, les processus de mobilisation des acteurs (groupes de travail et/ou contribution écrite), ont constitué des conditions propices pour recueillir le point de vue des acteurs et favoriser une démarche ascendante.</li> </ul>
3.1.2 - Les acteurs ont été en mesure d'influer sur les décisions de la mise en œuvre du PRS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Globalement, les acteurs rencontrés connaissent les évaluations des politiques qui touchent leurs secteurs de compétence et jugent pertinentes leurs analyses.</li> <li>- Les acteurs « hors CRSA » (notamment membres CCPP) ont une vision limitée sur leur contribution dans ce processus (et sur les aménagements réalisés). D'ailleurs, les CCPP ne sont pas un relai externe de coordination autour du PRS.</li> <li>- 23% des acteurs de la démocratie sanitaire disent avoir pu influencer le PRS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs externes (régionaux, CRSA ou locaux) sont peu impliqués dans le suivi et le pilotage du PRS.</li> <li>- Les acteurs externes n'ont pas été en mesure d'influer significativement sur le suivi du PRS.</li> </ul>
<b>Question 3.2 Quel est le degré/ niveau d'appropriation du contenu du PRS par les différents acteurs?</b>		
3.2.1 - Les acteurs connaissent le PRS, savent où retrouver ce qui les concerne, connaissent ses objectifs et le contenu de la stratégie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le PSRS est connu par la moitié des répondants à l'enquête, tandis que 10% connaissent les PTS ou les FDR.</li> <li>- Les 3 orientations stratégiques, jugées très générales et consensuelles, sont plutôt connues, même si le niveau de connaissance est corrélé avec le niveau de proximité avec l'ARS.</li> <li>- Les acteurs adhèrent à ce qu'ils considèrent comme relevant plus de principes généraux que d'objectifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs rencontrés identifient les grands enjeux du PRS, mais n'en connaissent pas le détail. De manière générale, ils adhèrent fortement aux orientations du PRS.</li> </ul>

**Question 3 : Le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs institutionnels et de terrain en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs ?**

Critère de jugement	Constats	Conclusions pour le critère de jugement
	<p>précis ; pour autant, le principe de transversalité, est moins identifié.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs associatifs et les acteurs des établissements hospitaliers et médico-sociaux se réfèrent pour beaucoup aux schémas et aux programmes (en fonction de ce qui les concerne). Cela est moins vrai pour les acteurs de la prévention/promotion de la santé.</li> <li>- Les acteurs associatifs et les établissements sanitaires / médico-sociaux se réfèrent au PRS pour répondre à des appels à projets ou dans le cadre d'une contractualisation.</li> <li>- Le PRS permet aux acteurs (exemple des collectivités) d'identifier les enjeux sur un territoire, pour valider la cohérence de leur action vis-à-vis des attentes de l'ARS.</li> <li>- Parmi les supports du PRS, ce sont davantage les documents de synthèse jugés bien faits, qui sont utilisés que le document PRS en lui-même.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans la pratique, le PRS n'est globalement pas un document de référence pour structurer le positionnement de chacun. En dehors de quelques partenariats, les acteurs institutionnels font peu apparaître les mises en cohérence des stratégies portées par chacun avec le PRS.</li> </ul>

## 4. REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES

### 4.1 Réponse à la question 1 : le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?

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

#### ▪ Un cadrage initial fort

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

- le PRS s'appuie d'abord sur des besoins effectifs du territoire et prend en compte les connaissances et les besoins de santé de la population ;
- le PRS a ensuite été partagé avec les acteurs des instances de démocratie sanitaire ; il a inclus une consultation large des acteurs externes et, en particulier, des membres de la CRSA ;
- le PRS est, enfin, construit de manière claire et rigoureuse : la structuration d'ensemble du document fait apparaître un cheminement articulé ; la rédaction elle-même est lisible et accessible pour le public professionnel impliqué, auquel elle s'adresse.

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

#### ▪ Un cadrage qui a peiné à se déployer dans la durée

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

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

L'implication initiale des agents de l'ARS dans l'élaboration du PRS a été trop limitée et ponctuelle, pour constituer un levier naturel de rapprochement entre le PRS de 2012 et ce « PRS bis ».

Le PRS n'est pas apparu non plus comme suffisamment connu des partenaires, au-delà des grandes orientations stratégiques, pour constituer un cadre « naturel » d'échange et de programmation.

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

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

#### ▪ **Une acculturation sur les concepts fondamentaux du PRS**

Malgré cette faiblesse d'ingénierie dans le déploiement opérationnel de la stratégie initiale, deux éléments constitutifs de la vision du PRS semblent aujourd'hui « passés dans les mœurs » sur le plan des idées, alors que cela n'avait rien de naturel il y a cinq ans :

- l'idée d'un PRS légitime à porter une vision régionale : le PRS a créé une approche régionale commune, qui n'est pas la juxtaposition de visions sectorielles ; il fournit une vision régionale globale et non une vision verticale, spécialisée ;
- la transversalité : ce concept est compris aujourd'hui comme le message fondamental du PRS ; il s'illustre notamment dans les trois grandes orientations stratégiques décloisonnées du document, qui sont souvent décrites aujourd'hui comme évidentes, mais dont beaucoup rappellent qu'elles ne l'étaient pas au début de la décennie.

L'« infusion » de ces enjeux dans la durée, au sein de l'ARS, explique que, malgré l'absence d'articulation formelle précise entre le PRS d'origine et le « PRS bis », une cohérence de fait ait émergé, attestant d'une diffusion des orientations de la démarche d'origine. Même si les objectifs des feuilles de route ne sont pas calés explicitement et de manière organisée en fonction des objectifs du PRS, une grande majorité des agents identifie une cohérence entre ces deux catégories d'objectifs.

### **4.2 Réponse à la question 2 : Les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?**

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

#### ▪ **Une mise en œuvre du PRS peu impactée par l'évolution du contexte**

Plusieurs évolutions du contexte dans lequel s'est déployé le PRS ont touché la mise en place des actions :

- les évolutions liées aux politiques nationales ou à des faits d'actualité sont venues modifier les priorités d'action et donc le travail des agents, mais elles ne l'ont pas gêné véritablement, d'autant que l'ARS des Pays de la Loire s'est souvent montrée précurseur de certaines de ces actions nationales ;
- les restrictions budgétaires ont compliqué la mise en place des actions et la définition des priorités ; certains agents ont ainsi déclaré devoir modifier leurs priorités d'actions, en raison de la baisse des moyens humains dans leurs services ; mais ces éléments n'ont pas non plus remis en cause le déploiement du Projet ;
- et le changement de direction générale n'a pas été non plus perçu comme impactant véritablement la mise en œuvre du PRS, car les deux directions ont affiché une cohérence et une continuité dans la vision stratégique de l'ARS vis-à-vis de son PRS.

Au total, ces différents éléments se sont révélés mineurs au regard de la « révolution » initiale constituée par la création de l'ARS et l'élaboration du PRS, et n'ont pas remis en cause la capacité de l'Agence à déployer le PRS et à mettre en œuvre les actions. Il n'y a pas eu de conditions externes franchement défavorables au déploiement du PRS et à sa capacité à atteindre ses objectifs, même si les restrictions budgétaires et les nouveaux dispositifs nationaux ont pu impacter l'action de l'ARS. Au final, l'élément concret le plus

impactant pour la mise en place opérationnelle du PRS aura peut-être été la suppression de la DPRS comme Direction à part entière.

▪ **Une mise en œuvre du PRS pénalisée par un processus de changement insuffisamment décliné**

Les difficultés de mise en œuvre du PRS sont davantage à imputer à des questions de management interne qu'à des problématiques d'évolution défavorable du contexte. Deux processus ont en effet été insuffisamment déclinés : un processus d'ingénierie et d'outillage du changement permettant de décliner le PRS après son adoption (le *contenu du changement* → « *le hard* ») et un processus d'accompagnement au changement permettant aux professionnels de s'adapter à un contexte totalement modifié (la *conduite du changement* → « *le soft* »).

S'agissant du premier processus relatif à l'insuffisante ingénierie du contenu du changement, les difficultés ont concerné quatre angles de management :

- le *processus* de déclinaison stratégique du PRS n'a pas reposé sur une ingénierie structurée, mais s'est construit de manière pragmatique, en changeant d'une année à l'autre ;
- le *pilotage* du PRS n'a pas été clairement identifié, au-delà de son Directeur, en l'absence d'une structure dédiée (depuis la dispersion des équipes de la Direction du PRS) et d'un comité de pilotage spécialisé ; au final, la gouvernance est ainsi perçue comme ni claire, ni pertinente ;
- le PRS a également rencontré des difficultés d'animation liées à une *culture* managériale faible et des cultures professionnelles très diverses, les agents de l'ARS venant de structures et de métiers très différents ; l'approche a été complexifiée par les groupes projets transversaux, dont le rôle n'a pas été jugé clair et n'a pas permis d'articuler les différents documents de conception et de déclinaison du PRS ;
- et, enfin, des *outils* de suivi et de pilotage « artisanaux » ont été remplacés par un outil logique dans sa structuration, mais complexe d'utilisation (Sevalpro).

En ce qui concerne le deuxième processus d'accompagnement au changement, les modalités de communication et de formation mises en œuvre ont insuffisamment favorisé l'appropriation du PRS par les agents :

- quelques outils ont certes été déployés pour favoriser l'appropriation du PRS par les agents : des supports de communication ont été mis à disposition et ont été jugés utiles (l'intranet a cependant peu été utilisé) ; le dispositif d'animation 1heure / 1 thème a été plébiscité ;
- mais les agents n'ont pas été formés autour du PRS : le PRS est présenté dans le livret d'accueil du nouvel arrivant, mais, au-delà, le changement de culture lié au PRS et à la construction de l'ARS n'a pas été réellement accompagné par des démarches d'échanges ou de formation ;
- et la communication autour des travaux des groupes projets transversaux a également été jugée très hétérogène et les modalités de restitution peu communicantes.

▪ **Un processus d'évaluation de qualité qui a alimenté l'ajustement stratégique de l'action plus que celui du PRS d'origine**

Le déploiement d'une fonction évaluation de qualité a contribué à corriger la situation relevée ci-dessus, sur des approches populationnelles, en permettant d'aboutir à des recommandations et des plans d'actions.

Le principe de l'évaluation est porté par le PRS lui-même et l'ARS s'est fortement engagée dans la démarche d'évaluation, avec un service dédié, ayant suivi ou réalisé neuf évaluations terminées sur la période (auxquelles il faut ajouter cinq évaluations encore en cours). Cette organisation, fondée sur des standards d'évaluation de niveau élevé constitue une approche unique au sein des ARS, en France.

Des références explicites au PRS apparaissent ainsi dans les travaux d'évaluation : l'introduction des évaluations mentionne toujours le lien entre le sujet évalué et le PRS, les questions évaluatives des

politiques de santé interrogent généralement la place du PRS et les recommandations font régulièrement mention des objectifs du PRS. Mais les travaux d'évaluation alimentent plutôt l'ajustement stratégique des actions (notamment le « PRS bis ») que le contenu du PRS d'origine.

Ainsi, si les feuilles de route intègrent les résultats de cinq évaluations et si quatre évaluations alimentent des plans d'actions, les évaluations ne sont pas conçues pour ajuster la stratégie du PRS d'origine. Les évaluations de politiques alimentent toutefois la capitalisation de connaissances et la réflexion sur la doctrine.

Par ailleurs, les principes de transversalité et de coordination des acteurs sont en filigrane dans l'ensemble des évaluations, mais ils ne sont pas évalués plus globalement en tant que tels. De même, les processus de mise en œuvre et de pilotage ne font pas l'objet d'évaluations intermédiaires et les grands concepts (proximité, décloisonnement, territorialisation, maîtrise des risques, etc.) ne sont pas évalués en tant que tels.

### **4.3 Réponse à la question 3 : Le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs institutionnels et de terrain en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs du PRS?**

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

#### **▪ Le PRS en tant que tel ne constitue pas un document de référence pour les acteurs du territoire**

Les acteurs rencontrés indiquent connaître les grands enjeux du PRS, mais n'en connaissent pas le détail. Les trois orientations stratégiques sont plutôt connues, même si ce niveau de connaissance est corrélé avec le niveau de proximité avec l'ARS. Par exemple, le PSRS est connu par la moitié des répondants à l'enquête.

Cependant, le PRS n'est globalement pas un document de référence pour structurer le positionnement de chacun. Si les acteurs peuvent connaître les orientations stratégiques, ils identifient mal les objectifs et encore moins les actions, et se réfèrent rarement au document PRS.

La déclinaison opérationnelle et le suivi du PRS ne mobilisent pas vraiment les acteurs externes qui ont davantage été impliqués dans la phase de construction, en particulier pour les membres des instances de démocratie sanitaire. Cette approche avait d'ailleurs été appréciée, même si elle s'était déroulée dans un calendrier ramassé, avec des documents lourds et techniques.

En ce qui concerne l'articulation avec les autres politiques publiques, les CCPP n'ont pas constitué un relais externe de coordination autour du PRS. Les mises à jour du PRS ont reposé sur des procédures plutôt formelles. Les acteurs locaux et de terrain indiquent ne pas avoir été impliqués dans le processus de déclinaison du PRS en PTS.

#### **▪ Les orientations stratégiques et les principes portés par le PRS sont largement partagés par les acteurs**

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

Une très grande majorité des acteurs rencontrés considère que les objectifs du PRS sont pertinents pour le territoire. Seul le principe de transversalité porté par le PRS est en revanche moins identifié, les acteurs se référant pour beaucoup aux schémas et aux programmes, en fonction de ce qui les concerne.

- **Au-delà du document en tant que tel, l'ARS est clairement positionnée comme l'acteur incontournable et de référence pour définir une politique de santé sur le territoire**

En dehors de quelques partenariats privilégiés, les acteurs institutionnels font peu apparaître les mises en cohérence des stratégies portées par chacun et les CCPP ne sont pas utilisées pour cela. Mais, le positionnement de l'ARS pour définir une vision et une stratégie pour la région est compris et perçu comme légitime par les acteurs rencontrés. Pour les collectivités notamment, l'ARS est clairement positionnée comme l'acteur de référence sur la santé dans la région et donc le partenaire incontournable des actions à mettre en place, au moins pour avis.

Des opportunités existent cependant et sont saisies pour renforcer la mise en cohérence de différentes actions : ainsi, les acteurs associatifs et les établissements sanitaires et médico-sociaux se réfèrent plus directement au PRS, pour répondre à des appels à projets par exemple ou dans le cadre de la contractualisation. Ces acteurs utilisent ainsi le PRS pour identifier les enjeux sur un territoire et pour valider la cohérence de leur action vis-à-vis des attentes de l'ARS.



# CONCLUSION

Le premier Projet régional de santé des Pays de la Loire a été arrêté en mars 2012, après une année 2011 consacrée à son élaboration, en même temps qu'à la mise en place de la première année d'exercice plein de la nouvelle Agence régionale de santé.

S'il paraît pleinement cohérent en termes stratégiques et institutionnels, ce contexte aurait pu se révéler fatal à la conception d'un projet régional pertinent et structuré, tant les enjeux connexes étaient lourds et importants : rapprochement et articulation des sphères sanitaire et médico-sociale, création d'un nouvel établissement public régional, rassemblement de professionnels venant de nombreux corps administratifs et techniques avec des cultures professionnelles très diversifiées, positionnement à côté de la structure technique de l'Agence, d'une Conférence rassemblant l'ensemble des acteurs du domaine de la santé et constituant une instance de démocratie sanitaire.

Pour mieux se figurer l'importance et la consistance du changement des années 2010-2012, on peut imaginer, par comparaison avec un secteur d'importance comparable, ce qu'aurait été la constitution d'agences régionales de l'éducation, rapprochant les compétences enseignement et jeunesse, rassemblant de nombreux services régionaux, s'articulant avec une assemblée des associations d'enseignants et de parents d'élèves et chargées de la rédaction d'un Projet régional d'éducation ...

Dans un contexte de cette nature, le Projet régional de santé de la région des Pays de la Loire apparaît bien comme un outil de cadrage initial fort, qui ne s'est pas limité à un « catalogue » de mesures couvrant les principaux domaines d'intervention de l'Agence, mais qui a porté une véritable vision régionale d'ensemble en dépassant la juxtaposition de visions sectorielles. Cette vision globale s'est appuyée fortement sur le concept de transversalité, compris comme le message fondamental du PRS, message non évident à l'époque de cette réflexion.

Ce cadrage initial a été perçu par les acteurs du territoire, qui ne voient certes pas le PRS en tant que tel comme un document de référence au quotidien, mais qui partagent largement les orientations stratégiques et les principes portés par le PRS. Au-delà du document, l'ARS s'est donc clairement positionnée comme l'acteur incontournable et de référence pour définir une politique de santé sur le territoire.

Cet effort pertinent et efficace d'élaboration stratégique du Projet ne s'est pas retrouvé dans le management de déploiement des actions fondées sur cette stratégie. La démarche mise en œuvre n'a pas permis de décliner le PRS en conservant l'élan initial qui avait présidé à sa conception.

Cette difficulté n'est pas le fruit de conditions externes défavorables au déploiement du PRS et à sa capacité à atteindre ses objectifs, même si les restrictions budgétaires et les nouveaux dispositifs nationaux ont pu impacter l'action de l'ARS.

La problématique tient d'abord à une faiblesse méthodologique de conception du processus annuel de revue du Projet et d'identification des actions à conduire pour le déployer conformément à la stratégie. La procédure utilisée a conduit à élaborer une sorte de « PRS bis », non articulée rigoureusement au PRS d'origine.

Ces difficultés de mise en œuvre du PRS sont imputables à une double faiblesse de management : un processus d'ingénierie et d'outillage du changement insuffisamment rigoureux (procédures, système de pilotage, outils logiciels, ...) et un processus d'accompagnement au changement, insuffisamment travaillé (formation, communication interne, appropriation d'une nouvelle culture professionnelle).

L'enseignement de cette première expérience, utile pour élaborer le deuxième Projet régional de santé, consiste donc fondamentalement à intégrer, dans les travaux de conception du nouveau Projet, la question du *management* au même titre que la problématique de la *stratégie* du Projet.

## **PISTES DE RECOMMANDATIONS**

Ces pistes de recommandations constituent des propositions formulées dans le cadre d'un document de travail afin d'alimenter la réflexion entre évaluateurs lors de la réunion du 7 novembre 2016. Conjuguées aux propositions des autres équipes d'évaluations, elles ont permis d'aboutir à la formulation des recommandations finales de l'évaluation du PRS, en transversalité à l'ensemble des 3 pans de cette évaluation.

<b>Recommandation stratégique n° 1</b>	<b>Viser une articulation stratégique du PRS plus ramassée</b>
	<b>QE de rattachement : Q 1.1</b>
<b>Conclusions de l'évaluation (jugements évaluatifs)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre d'objectifs (61) rattachés à chaque orientation stratégique (3) est important (dispositif en réseau)</li> </ul>	
<b>Constats</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bien qu'inhérente à l'exercice, la lourdeur du document est mentionnée par les acteurs.</li> <li>- 60% des agents indiquent que l'accès à l'information est difficile.</li> </ul>	
<b>Objectifs de la recommandation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apporter de la fluidité dans la lecture du PRS par un nombre limité d'objectifs</li> <li>- Faciliter la compréhension de la structuration logique du document</li> <li>- Favoriser l'articulation entre les objectifs et les actions à déployer</li> </ul>	
<b>Modalités de déclinaison opérationnelles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduction de normes « souples » pour structurer la hiérarchisation des propositions (« pas + de x objectifs pour 1 orientation »)</li> <li>- Revue par l'œil externe (professionnels non spécialistes) de la qualité de la structuration</li> </ul>	
<b>Recommandation stratégique n° 2</b>	<b>Prévoir un processus de construction participative du PRS en interne</b>
	<b>QE de rattachement : 1.3</b>
<b>Conclusions de l'évaluation (jugements évaluatifs)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs internes n'ont pas été associés de manière large à la construction du PRS.</li> <li>- La construction du PRS n'a pas donné lieu à un processus collectif et animé.</li> </ul>	
<b>Constats</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 69% des répondants directeurs et managers ont été associés.</li> <li>- 36% des chargés de projets ont participé à la construction du PRS.</li> <li>- Absence d'association de tous les services et de toutes les catégories d'agents.</li> <li>- Deux tiers des répondants (61%) à l'enquête indiquent qu'ils n'ont pas été associés à la construction du PRS.</li> <li>- Les chargés de projets répondants se déclarent insuffisamment associés.</li> <li>- Pour les agents mobilisés dans le PRS, il s'agit d'une implication ponctuelle (58%) et non dans la durée.</li> </ul>	
<b>Objectifs de la recommandation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser l'appropriation du PRS par l'implication le plus en amont possible</li> <li>- Faciliter la capacité à décliner ultérieurement le PRS dans l'action</li> <li>- Faciliter la capacité des agents à communiquer sur le PRS auprès de différents publics</li> </ul>	
<b>Modalités de déclinaison opérationnelles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impliquer systématiquement l'ensemble des managers</li> <li>- Impliquer une représentation des agents, sur une base combinant volontariat et sollicitation</li> <li>- Mettre en place un processus de revue systématique du texte accessible à tous</li> <li>- Reconnaître (managers) le temps passé par les agents</li> </ul>	

<b>Recommandation stratégique n° 3</b>	<b>Impliquer les acteurs terrain hors CRSA, dans le processus de construction du PRS</b>
	<b>QE de rattachement : 3.1</b>
<b>Conclusions de l'évaluation (jugements évaluatifs)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les membres des instances de démocratie sanitaire ont été associés à la construction du PRS</li> <li>- Les acteurs locaux et de terrain indiquent ne pas avoir été impliqués dans le processus de construction du PRS, ni dans sa déclinaison en PTS</li> </ul>	
<b>Constats</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prise en compte des besoins des acteurs locaux est restée inégale, dans les déclinaisons territoriales du PRS en particulier</li> <li>- Seuls 23% des acteurs locaux et de terrain indiquent avoir pu influencer le PRS</li> </ul>	
<b>Objectifs de la recommandation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Associer les acteurs locaux pour apporter une vision plurielle des réalités de territoires.</li> <li>- Favoriser l'appropriation des acteurs par une sollicitation formelle</li> <li>- Favoriser une dynamique territoriale par une reconnaissance des compétences de chacun</li> </ul>	
<b>Modalités de déclinaison opérationnelles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place une démarche à l'échelle de chaque département</li> <li>- Solliciter les acteurs des CLS ou encore des contrats de ville</li> </ul>	

<b>Recommandation stratégique n° 4</b>	<b>Concevoir le cadre de mise en œuvre du PRS en même temps que le cadre stratégique</b>
	<b>QE de rattachement : 1.2</b>
<b>Conclusions de l'évaluation (jugements évaluatifs)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un « PRS bis » (post 2012) s'est constitué à partir des domaines d'action prioritaire (DAP) et des feuilles de route (FDR) populationnelles, thématiques ou territoriales.</li> <li>- Ces documents posent des questions d'homogénéité portant à la fois sur leur structuration et leur contenu.</li> <li>- Le « PRS bis » n'est pas perçu comme déclinant naturellement le PRS.</li> </ul>	
<b>Constats</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le PRS 2012 n'est pas consulté dans la pratique au quotidien.</li> <li>- Le « PRS bis » est plutôt clairement identifié.</li> <li>- La structuration des FDR est peu cadrée et non homogène (absence de méthodologie et de processus partagé pour les élaborer).</li> <li>- Les FDR reprennent de ce fait à la fois des activités quotidiennes de l'ARS et des actions liées au PRS.</li> </ul>	
<b>Enjeux nationaux et régionaux</b>	
<b>Objectifs de la recommandation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser une articulation fluide entre la stratégie d'origine et sa déclinaison annuelle</li> <li>- Permettre un traitement homogène entre directions et services, de la déclinaison annuelle du PRS et favoriser ainsi son appropriation partagée</li> <li>- Faciliter le suivi du PRS</li> </ul>	
<b>Modalités de déclinaison opérationnelles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulation avec le dispositif de conception du PRS ?</li> </ul>	

<b>Recommandation stratégique n° 5</b>	<b>Elaborer un plan de communication spécifique aux agents, sur la conception puis l'accompagnement du PRS</b>
	<b>QE de rattachement : 2.1</b>
<b>Conclusions de l'évaluation (jugements évaluatifs)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le PRS a rencontré des difficultés d'animation liées à une culture managériale faible et des cultures professionnelles très diverses.</li> <li>- La communication autour des travaux des groupes projets transversaux est très hétérogène et les modalités de restitution sont jugées peu communicantes.</li> </ul>	
<b>Constats</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les agents de l'ARS viennent de structures et de métiers très différents.</li> <li>- L'articulation matricielle entre les Directions métiers et territoires est difficile.</li> <li>- L'ensemble a été complexifié par les groupes projets transversaux.</li> <li>- Le changement de culture lié au PRS et à la construction de l'ARS n'a pas été accompagné.</li> <li>- Les agents connaissent mal l'état d'avancement des travaux des groupes transversaux et soulignent l'absence de compte-rendu.</li> </ul>	
<b>Objectifs de la recommandation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser la mobilisation sur la conception du PRS</li> <li>- Favoriser l'appropriation du PRS par l'implication le plus en amont possible</li> <li>- Faciliter la capacité à décliner ultérieurement le PRS dans l'action</li> <li>- Faciliter la capacité des agents à communiquer sur le PRS auprès de différents publics</li> </ul>	
<b>Modalités de déclinaison opérationnelles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Combiner les supports documentaires fixes et les temps d'échange entre agents</li> <li>- Créer un rythme de mise à jour de l'information identifié par les agents</li> </ul>	
<b>Recommandation stratégique n° 6</b>	<b>Elaborer un plan de communication externe sur le PRS</b>
	<b>QE de rattachement : 3.2</b>
<b>Conclusions de l'évaluation (jugements évaluatifs)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs indiquent connaître les grands enjeux du PRS, mais n'en connaissent pas le détail.</li> <li>- Le PRS n'est globalement pas un document de référence pour structurer le positionnement de chacun.</li> <li>- En dehors de quelques partenariats privilégiés, les acteurs institutionnels font peu apparaître les mises en cohérence des stratégies portées par chacun.</li> </ul>	
<b>Constats</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les objectifs et les actions sont moins connus que les 3 orientations stratégiques.</li> <li>- Le niveau de connaissance est corrélé avec le niveau de proximité avec l'ARS.</li> <li>- Les orientations stratégiques sont jugées très générales et consensuelles.</li> <li>- Le PRS est connu par la moitié des répondants et seuls 10% des répondants connaissent les PTS ou les FDR.</li> <li>- Les acteurs se réfèrent rarement au document PRS.</li> </ul>	
<b>Objectifs de la recommandation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimiser l'appropriation du PRS</li> <li>- Solidifier la reconnaissance du PRS comme document régional de référence partagé</li> </ul>	
<b>Modalités de déclinaison opérationnelles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituer un groupe de travail spécifique en favorisant la participation d'acteurs locaux et de représentants d'utilisateurs</li> <li>- Identifier clairement les cibles à toucher par la communication et leurs caractéristiques</li> <li>- Mettre en place des supports adaptés et concis pour une lecture facile du PRS</li> </ul>	

<b>Recommandation stratégique n° 7</b>	<b>Structurer le processus annuel de mise à jour des actions stratégiques</b>
	<b>QE de rattachement : 1.2</b>
<b>Conclusions de l'évaluation (jugements évaluatifs)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ces documents composant le « PRS bis » posent des questions d'homogénéité portant à la fois sur leur structuration et leur contenu,</li> <li>- Le « PRS bis » n'est pas perçu comme déclinant naturellement le PRS</li> </ul>	
<b>Constats</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le processus de mise en œuvre et de pilotage ne font pas l'objet d'évaluations intermédiaires</li> <li>- Les principes de transversalité et de coordination des acteurs sont en filigrane dans l'ensemble des évaluations, mais ils ne sont pas évalués plus globalement en tant que tels</li> </ul>	
<b>Objectifs de la recommandation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permettre un lien logique formel systématique entre le PRS et ses déclinaisons annuelles</li> <li>- Faire en sorte que cette déclinaison soit homogène pour toutes les Directions de façon à permettre une lecture partagée des « feuilles de route »</li> </ul>	
<b>Modalités de déclinaison opérationnelles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecrire la procédure à l'amont et la diffuser</li> <li>- Echanger pour améliorer sa faisabilité</li> <li>- Déterminer au préalable un calendrier adéquat de mise en place</li> </ul>	
<b>Recommandation stratégique n° 8</b>	<b>Inscrire le cadre de mise en œuvre annuel du PRS dans le dispositif de management des services</b>
	<b>QE de rattachement : 1.2</b>
<b>Conclusions de l'évaluation (jugements évaluatifs)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le PRS n'est pas perçu comme déclinant naturellement le PRS.</li> <li>- Il ne constitue pas un outil de management dans les services.</li> <li>- Il ne fédère pas l'action de l'ARS.</li> </ul>	
<b>Constats</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seuls 14% des managers déclarent s'en servir pour l'organisation du travail de leur équipe.</li> <li>- Les FDR sont rédigées dans chaque service, sans concertation avec les autres et ne portent donc pas l'esprit de transversalité et de décloisonnement du PRS.</li> </ul>	
<b>Objectifs de la recommandation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre naturel et visible la participation des agents à la mise en œuvre du PRS</li> <li>- Faire du PRS, un véritable outil de référence pour l'ensemble des agents</li> </ul>	
<b>Modalités de déclinaison opérationnelles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Associer dès le départ, l'ensemble des managers dans la construction et la mise en œuvre du PRS</li> <li>- Informer régulièrement les managers de l'état d'avancement des travaux</li> <li>- Valoriser le temps de travail des agents pour toute action se rapportant au PRS : participation aux groupes de travail, animation territoriale, capitalisation</li> <li>- Prendre en compte les missions dédiées au « PRS » dans la fiche de poste des agents et dans l'inscription des objectifs d'évaluation du personnel</li> </ul>	

<b>Recommandation stratégique n°9</b>	<b>Confier le pilotage à un comité dédié et à une unité administrative de contrôle de gestion stratégique</b>
	<b>QE de rattachement : 2.1</b>
<b>Conclusions de l'évaluation (jugements évaluatifs)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le processus de déclinaison stratégique du PRS ne repose pas sur une ingénierie structurée.</li> <li>- Le pilotage du PRS n'est pas clairement identifié, au-delà de son Directeur.</li> <li>- Le PRS a rencontré des difficultés d'animation liées à une culture managériale faible et des cultures professionnelles très diverses.</li> </ul>	
<b>Constats</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le processus de déclinaison stratégique du PRS est pragmatique et changeant d'une année à l'autre.</li> <li>- Il n'existe pas de comité de pilotage spécialisé (le pilotage est confié au CODIR, parmi de nombreux sujets).</li> <li>- La gouvernance est perçue comme ni claire (76%), ni pertinente (72%).</li> <li>- Il n'y a pas de structure dédiée depuis la suppression de la Direction stratégique.</li> </ul>	
<b>Objectifs de la recommandation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dégager le temps stratégique et technique nécessaire pour assurer un suivi efficace du PRS</li> <li>- Favoriser une approche claire, organisée et homogène pour l'ensemble des travaux du PRS, de la conception à la mise en œuvre des actions</li> <li>- Assurer une visibilité de l'ensemble des travaux menés dans le cadre du PRS, en offrant un cadre structuré</li> <li>- Communiquer sur l'état d'avancement des travaux et prévoir les réajustements nécessaires</li> </ul>	
<b>Modalités de déclinaison opérationnelles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un comité dédié au pilotage du PRS en veillant à la mixité des profils et la représentativité des services</li> <li>- Assurer une transparence des travaux du comité à l'ensemble des agents pour une meilleure appropriation du PRS</li> <li>- Déterminer les liaisons entre les services et ce comité pour une démarche ascendante et des réajustements si besoin</li> </ul>	
<b>Recommandation stratégique n°10</b>	<b>Remettre à plat l'apport de Sevalpro comme outil spécialisé de suivi du PRS</b>
	<b>QE de rattachement : 2.1</b>
<b>Conclusions de l'évaluation (jugements évaluatifs)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les outils de suivi du PRS, artisanaux, ont été remplacés par un outil logique, mais complexe d'utilisation.</li> </ul>	
<b>Constats</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seul un tiers des agents a recours (36%) à l'outil Sevalpro pour assurer le suivi de leur action.</li> <li>- 60% des chargés de projets et 31% des directeurs et managers utilisent l'outil Sevalpro.</li> </ul>	
<b>Objectifs de la recommandation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre efficace le suivi des actions en assurant une visibilité sur l'état d'avancement du PRS, les objectifs et les résultats</li> <li>- Favoriser l'efficacité des actions mises en œuvre dans le cadre du PRS</li> <li>- Améliorer l'organisation et la coordination des actions entre services</li> <li>- Permettre pour les managers d'organiser les actions de leurs équipes, de respecter les échéances et de repérer les difficultés éventuelles</li> </ul>	
<b>Modalités de déclinaison opérationnelles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des sessions de formations à l'outil à l'ensemble des managers des services</li> <li>- Organiser dans chaque service, des formations à l'outil, par un manager préalablement formé</li> <li>- En cas de difficultés, permettre aux agents de bénéficier d'une aide ponctuelle (par leur manager ou personne dédiée)</li> </ul>	

<b>Recommandation stratégique n° 11</b>	<b>Etablir, pour deux ans, un programme d'évaluations intermédiaires et finales, relatives au PRS</b>
	<b>QE de rattachement : 2.2</b>
<b>Conclusions de l'évaluation (jugements évaluatifs)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le processus d'évaluation alimente l'ajustement stratégique de l'action plus que du PRS.</li> <li>- Les évaluations ne sont pas conçues pour ajuster le contenu ou les processus du PRS d'origine.</li> </ul>	
<b>Constats</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La fixation des questions d'évaluation finale dans le PRS de 2012 a entraîné le choix de sujets d'évaluation populationnels.</li> <li>- Les principes de transversalité et de coordination des acteurs sont en filigrane dans l'ensemble des évaluations, mais ils ne sont pas évalués plus globalement en tant que tels.</li> <li>- Les processus de mise en œuvre et de pilotage ne font pas l'objet d'évaluations intermédiaires.</li> <li>- Les grands concepts (proximité, décloisonnement, territorialisation, maîtrise des risques, etc.) ne sont pas abordés en tant que tels.</li> </ul>	
<b>Objectifs de la recommandation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser les réajustements du PRS couplé à son articulation annuelle</li> <li>- Apprécier régulièrement la cohérence de la déclinaison annuelle du PRS</li> </ul>	
<b>Modalités de déclinaison opérationnelles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir un plan d'évaluation avec un calendrier identifiant les évaluations intermédiaires et finales</li> <li>- Favoriser les liens entre le département Evaluation et le département de la stratégie</li> <li>- Consulter les services en amont de l'évaluation, pour travailler sur les critères d'évaluation</li> <li>- Communiquer largement auprès des agents tout au long du processus d'évaluation (utilisation de supports adaptés, communication auprès des groupes de travaux dédiés au PRS)</li> </ul>	
<b>Recommandation stratégique n° 12</b>	<b>Impliquer les partenaires régionaux et départementaux dans le suivi du PRS</b>
	<b>QE de rattachement : 3.1</b>
<b>Conclusions de l'évaluation (jugements évaluatifs)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs externes sont peu impliqués dans le suivi du PRS.</li> </ul>	
<b>Constats</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les CCPP ne sont pas un relais externe de coordination autour du PRS.</li> <li>- Les mises à jour du PRS ont reposé sur des procédures plutôt formelles.</li> <li>- Les acteurs « hors CRSA » (notamment membres CCPP) ont une vision limitée sur leur contribution dans ce processus (et sur les aménagements réalisés).</li> </ul>	
<b>Objectifs de la recommandation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Légitimer l'ARS dans son rôle d'acteur de référence incontournable en matière de politique de santé dans le territoire</li> <li>- Permettre les réajustements des actions en fonction des politiques et actions menées par les acteurs régionaux et départementaux (cohérence territoriale)</li> <li>- Favoriser la prise en compte des attentes et acteurs des territoires</li> <li>- Contribuer au décloisonnement et à l'approche transversale, au-delà de la conception</li> </ul>	
<b>Modalités de déclinaison opérationnelles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Placer les DT au centre de ce processus</li> <li>- Utiliser les CCPP comme supports</li> </ul>	



# SIGLES

ARS : Agence Régional de Santé

CAF : Caisses d'Allocations Familiales

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CCPP : Commissions de Coordination des Politiques Publiques

CLS : Contrat Local de Santé

CODIR : COmité de DIRection

COFIL : COmité de PILotage

CRSA : Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CT : Conférence de Territoire

DADSPS : Direction d'Appui à la Démocratie Sanitaire et au Pilotage Stratégique

DAP : Domaine d'Action Prioritaire

DAS : Direction de l'Accompagnement et des Soins

DEO : Direction de l'Efficienc e de l'Offre

DFC : Direction Financière et Comptable

DT : Délégation Territoriale

DPPS : Direction Prévention et Protection de la Santé

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

EHLA ou ELSA : Equipe hospitalière de liaison et de soins en addictologie

FDR : Feuille De Route

FG : Focus Groupe

FIR : Fond d'Intervention Régional

MDA : Maison des Adolescents

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRGDR : Programme régional de gestion des risques

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRSIT : Programme Régional des Systèmes d'Information et de Télémédecine

PRS : Projet Régional de Santé

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SRP : Schéma Régional de Prévention

## **DOCUMENTS ASSOCIES**

DOCUMENT 1 : REFERENTIEL DE L'EVALUATION

DOCUMENT 2 : LISTE DES ENTRETIENS REALISES

DOCUMENT 3 : EXPLOITATION DE L'ENQUETE INTERNE

DOCUMENT 4 : EXPLOITATION DE L'ENQUETE EXTERNE



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](mailto:ars-pdl-contact@ars.sante.fr)

[www.ars.paysdelaloire.sante.fr](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr)