

# LES LIVRETS DE L'ÉVALUATION

.....

ÉVALUATION FINALE



*« Puisqu'on ne peut être universel en sachant tout ce qui peut se savoir sur tout, il faut savoir peu de tout. Car il est bien plus beau de savoir quelque chose de tout que de savoir tout d'une chose. »*

*Blaise PASCAL*

**A**méliorer, dans la durée, l'efficacité de notre système de santé et sa capacité à répondre aux nouveaux besoins est un enjeu majeur. L'ARS a structuré son action autour d'un premier Projet Régional de Santé (PRS 1) défini pour la période 2012-2016.

Évaluer le PRS 1, évaluer notre action collective, c'est apprécier l'efficacité de la politique publique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre.

Cette démarche d'évaluation est un processus voulu, construit et mis en œuvre par l'ARS dès sa création.

Un département dédié d'évaluation des politiques de santé et des dispositifs pilote cet objectif, a conduit les évaluations intermédiaires et coordonné les travaux d'évaluation finale du PRS 1 présentés ici.

Les recommandations stratégiques et opérationnelles de cette évaluation, partagées avec la démocratie sanitaire, constituent une source de propositions et un appui à la construction des orientations de la prochaine politique régionale de santé.

François GRIMONPREZ  
Directeur de l'Efficiencia de l'offre



## CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

---

*Entré en application le 9 mars 2012, le Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016 prévoyait l'évaluation de ses résultats.*

*L'ARS Pays de la Loire s'est engagée dès sa création dans une démarche d'évaluation de sa politique régionale de santé tout au long de sa mise en œuvre. Dès 2012 l'Agence s'est dotée d'un département d'évaluation des politiques de santé et des dispositifs (DEPS) qui réalise des évaluations intermédiaires, abordant de manière transversale la politique régionale de santé selon des approches populationnelles, ainsi que des évaluations de dispositifs à visée plus directement opérationnelle.*

*L'évaluation finale est l'aboutissement de ces évaluations intermédiaires complétées de recherches et investigations étayées sur l'année 2016, dont les enjeux principaux sont :*

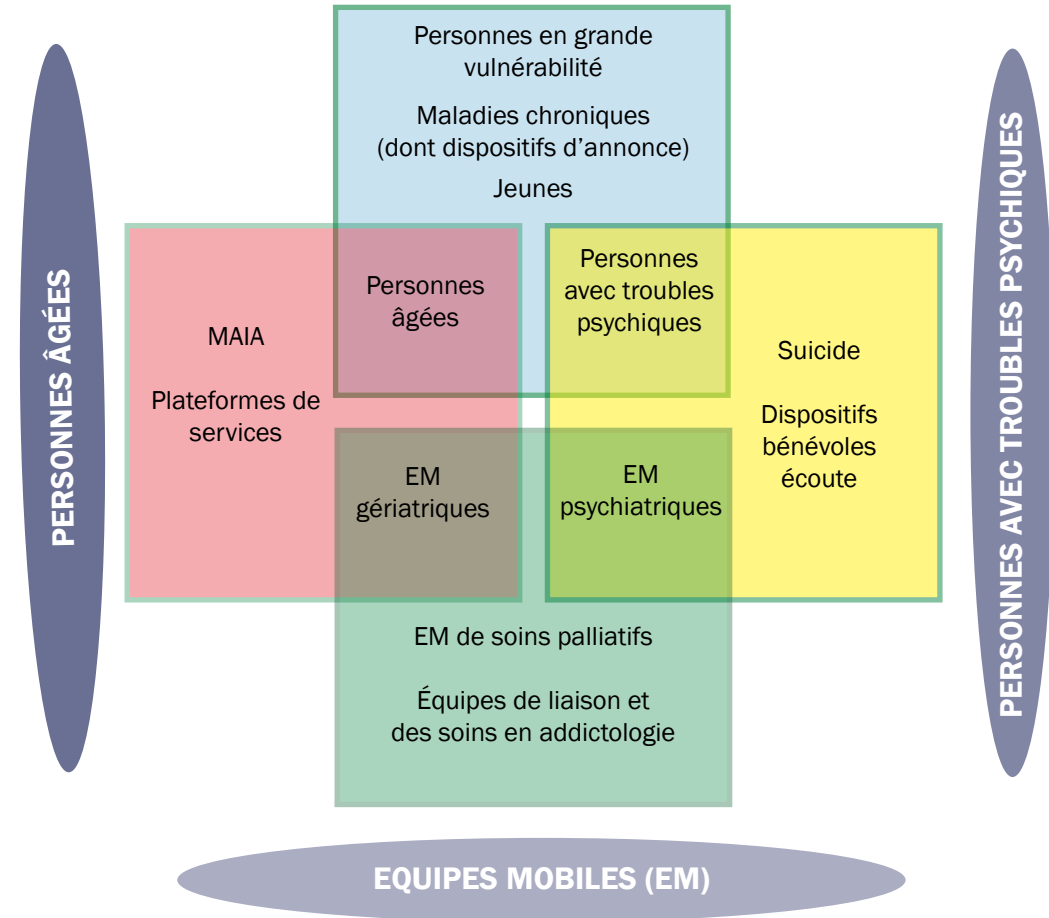
- >> de rendre compte des changements générés par la mise en œuvre de la politique régionale de santé ;*
- >> de documenter les freins et les leviers rencontrés dans sa mise en œuvre ;*
- >> d'apporter des éléments utiles à la construction du deuxième PRS 2018-2022.*

*Ces travaux évaluatifs s'intègrent dans un ensemble de chantiers qui contribuent à l'élaboration du futur projet régional de santé.*

## Panorama des évaluations réalisées

Des évaluations de politiques et de dispositifs de santé ont été conduites par le DEPS depuis 2012 et ont fait l'objet de rapports et/ou de livrets.

### Évaluation de politiques populationnelles :



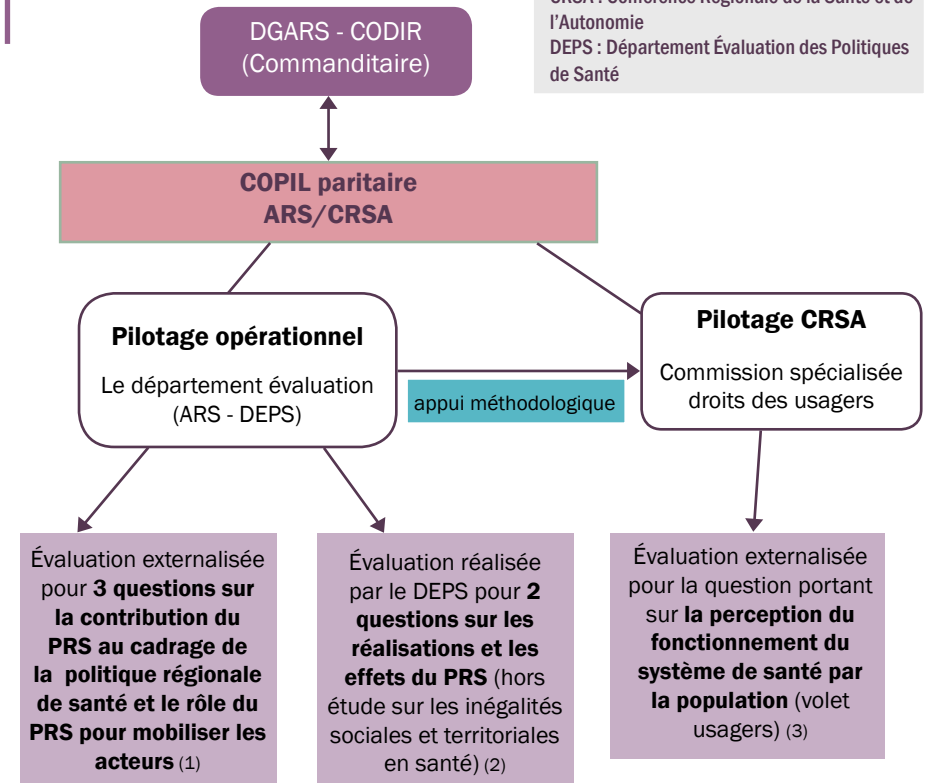
La plupart de ces travaux est accessible sur le site internet de l'ARS Pays de la Loire : [www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/liste-etudes-rapports](http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/liste-etudes-rapports).



# ÉLÉMENTS DE MÉTHODOLOGIE

## Déroulement de l'évaluation

DGARS : Direction Générale ARS  
 CODIR : Comité de Direction  
 CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie  
 DEPS : Département Évaluation des Politiques de Santé



Elle a porté sur trois grands axes, que sont respectivement, le processus de construction et de mise en œuvre (questions 1 à 3), les réalisations et effets du PRS (questions 4 et 5-1/5-2), la participation individuelle et collective et la perception des usagers du système de santé (question 5-3).

Comme indiqué dans le schéma ci-dessus, certains travaux sous le pilotage du DEPS ont été confiés à des prestataires externes\* ARS pour des raisons de distanciation ou pour des raisons techniques. Les travaux de Cemka Eval ont été pilotés par un comité de pilotage ARS-CRSA présidé par le président de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers.

\* (1) Planète Publique (2) Acsantis (3) Cemka Eval

## 5 questions évaluatives ont structuré le déroulement de l'évaluation finale du PRS 2012 -2016 :

### 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

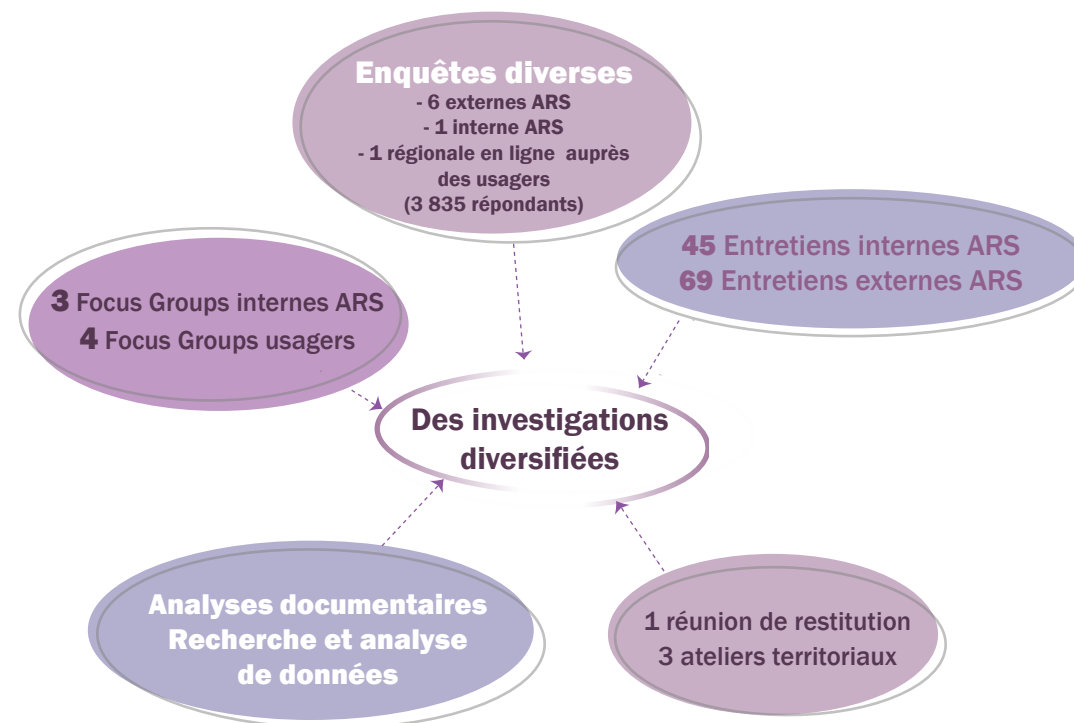
Dans quelle mesure les réalisations prévues dans le PRS ont-elles été mises en œuvre par l'ARS en termes de changement dans l'organisation du système de santé et de qualité de la réponse en santé ?

### 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 ?

## Investigations

Une démarche participative...plus de 200 personnes ont contribué aux travaux.





# ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'ÉVALUATION

Les principales conclusions et réponses aux 5 questions posées dans le cadre de l'évaluation finale s'appuient sur des travaux faisant l'objet de rapports et annexes spécifiques.

## Axe 1

### Le processus de construction et de mise en oeuvre du PRS (QUESTIONS 1 A 3) :

Le PRS a constitué un outil de cadrage initial fort, qui a cependant peiné à se déployer dans la durée, mais qui fait aujourd'hui l'objet d'une acculturation sur ses concepts fondamentaux. Les conditions managériales de sa mise en œuvre n'ont pas été propices à l'atteinte de ses objectifs. Il a cependant aidé l'ARS à se positionner comme acteur de référence de la politique régionale de santé.

## Axe 2

### Les éléments d'appréciation des réalisations et des effets du PRS (QUESTIONS 4 ET 5) : mise en oeuvre en termes de changement dans l'organisation du système de santé et de la qualité de la réponse en santé et sur l'état de santé de la population.

#### Le décroisement des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux

Les conclusions portent sur la progression du décroisement suivant une approche graduée. <sup>(4)</sup>

**Zoom**  
sur la  
coordination  
et l'intégration  
des acteurs

*En dépit de niveaux de réalisation inégaux, et notamment d'une formalisation des coordinations et intégrations qui n'a concerné que le secteur des personnes âgées, la dimension « travailler ensemble entre acteurs » a irrigué les différents champs de l'ARS, modifiant les représentations des acteurs à défaut de susciter à proportion des réalisations concrètes.*

<sup>(4)</sup> Le décroisement a été analysé en suivant une gradation logique allant de l'interconnaissance entre acteurs, jusqu'à la coordination et l'intégration des acteurs.

### **Le renforcement de la prévention**

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

Les conclusions portent sur les avancées sur la prévention par tous les acteurs, l'autonomisation des usagers dont l'éducation thérapeutique du patient et sur l'action portant sur les déterminants environnementaux de la santé.

### **L'organisation du premier recours et son articulation avec les soins spécialisés**

L'ARS est reconnue pour avoir promu et développé fortement le modèle des structures d'exercice coordonné (maisons et pôles de santé pluri-professionnels) sur la région, dans un contexte de dégradation de la démographie sanitaire et d'inégalités territoriales, mais ce modèle n'est pas majoritaire et de maturité variable.

Les conclusions développent les évolutions sur les regroupements pluri-professionnels, la régionalisation de l'expertise en appui aux organismes et professionnels (Structure Régionale d'Appui en Expertise), et l'articulation ville/hôpital (entrées et sorties).

*L'ARS a conduit de nombreuses actions visant à diminuer les recours inappropriés aux soins hospitaliers et/ou à en améliorer la pertinence, diversement appréciées par les acteurs ; plus particulièrement, les efforts très conséquents sur la régulation et la pertinence du recours aux urgences n'ont pas produit de résultats à proportion, même si la région conserve une situation favorable par rapport au niveau national. Les outils d'orientation et dispositifs d'aval mobilisés par l'ARS pour améliorer les sorties d'hospitalisation reçoivent en général un avis favorable des acteurs et ont commencé à produire des effets en termes de délais de sortie et de transferts intra et inter hospitaliers, même si certains chantiers demeurent inachevés, et si tous les acteurs ne constatent pas d'amélioration dans l'articulation entre hôpital, premier recours et médico-social pour l'organisation de ces sorties.*

**Zoom**  
sur l'articulation  
ville/hôpital

### **Le soutien à la vie en milieu ordinaire**

Les conclusions montrent l'évolution positive de l'offre en soutien à la vie à domicile. L'appui aux aidants, en revanche, présente des marges de progrès.

**Zoom**

sur le soutien à  
la vie en milieu  
ordinaire

*Le nombre d'enfants handicapés scolarisés dans un établissement scolaire ordinaire (public et privé) de collège en Pays de la Loire a progressé entre 2011 et 2015.*

*L'aide aux aidants a été bien davantage travaillée dans le secteur des personnes âgées que dans les autres secteurs et si l'impact des mesures sur les aidants est peu aisé à documenter, des freins à l'utilisation des dispositifs ont toutefois pu être identifiés.*

### **L'action de l'ARS dans sa dimension territoriale**

Les conclusions portent sur les apports et les attentes en matière d'animation territoriale et d'adéquation de l'action aux réalités des territoires, et sur la correction des inégalités territoriales d'offre en santé.

**Zoom**

sur la correction  
des inégalités  
territoriales  
d'offre en  
santé

*... L'ARS a concentré ses efforts en matière de premier recours sur un important accompagnement des structures d'exercice coordonné et sur la mise en œuvre du Pacte Territoire Santé.*

*Elle a mené une action très volontariste de rééquilibrage de l'offre médico-sociale en région. Elle a piloté les opérateurs de prévention en ciblant des territoires spécifiques, mais pas nécessairement dans une logique de réduction des inégalités territoriales, et la veille de l'ARS sur le maillage du territoire par l'ensemble des intervenants en prévention reste à organiser....*

### **Les inégalités sociales de santé**

Les conclusions portent sur les réalisations de l'ARS en matière de réduction des inégalités sociales de santé, et sur les effets de la politique de l'ARS sur les inégalités sociales de santé.

**Zoom**

sur les  
réalisations de  
l'ARS en matière  
de réduction  
des inégalités  
sociales de  
santé

*Si l'ARS a porté une politique visant ouvertement l'accompagnement des personnes en grande vulnérabilité, cette politique demeure en majorité dans une approche par publics (versus parcours), a peu investi le premier recours et n'a pas toujours obtenu de résultats lorsqu'elle a promu des approches d' « aller vers ».*



### La participation individuelle et collective des usagers et la modification de la perception des usagers sur le système de santé (QUESTION 5.3)

La politique de l'ARS a encouragé fortement et favorisé la participation individuelle et collective des usagers, mais les moyens d'expression du citoyen non adhérent à une association font défaut, ainsi que l'accompagnement des usagers et des aidants. Concernant la perception du système de santé par les usagers, l'imputabilité à l'ARS reste difficile à établir, et de nombreux facteurs peuvent influencer la perception des usagers sur le système de soins/santé. L'enquête régionale en population générale fait ressortir plus particulièrement des éléments en termes de manque de lisibilité et d'accessibilité notamment, tout en montrant un niveau de confiance relativement bon dans le système de santé, bien que restant inférieur à celui de 2011 (70% des répondants se déclarent confiants dans la qualité de la réponse en santé versus 76% en 2011).



## DÉES CLÉS À RETENIR

---

Quelques évolutions marquantes pendant ces 5 dernières années :

- une vision partagée sur la nécessité du décroisement entre acteurs et sur la logique du parcours de santé, malgré une mise en œuvre inégale ;
- un développement de la culture de prévention en santé dans tous ses champs, mais avec une intensité différenciée ;
- une adhésion au virage ambulatoire, pour un accompagnement des personnes dans leur milieu de vie ;
- un PRS qui a permis à l'ARS de se positionner comme acteur de référence de la politique régionale de santé ;
- une acculturation importante de la place de l'ARS, préalable à un déploiement généralisé des actions pour une évolution du système de santé.

Et des attentes fortes sur :

- la lisibilité du système de santé ;
- l'accès aux soins pour tous ;
- le soutien aux aidants et le libre choix de vie en milieu ordinaire ;
- des approches différenciées au niveau des territoires ;
- une plus grande implication des parties prenantes.



# RECOMMANDATIONS

**A l'issue de l'évaluation, sept recommandations stratégiques ont été proposées. Les résultats produits à partir des constats et conclusions sont relatés dans chacune de ces recommandations qui visent à :**

1

## **IMPLIQUER DAVANTAGE L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES DANS LA CONSTRUCTION ET LE SUIVI DE LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ**

*Déclinaisons opérationnelles possibles*

- Prévoir un processus de construction du PRS davantage participatif en interne à l'ARS.
- Associer davantage les acteurs de terrain hors CRSA dans le processus de construction du PRS,
- Améliorer la participation collective des usagers sur les territoires

2

## **STRUCTURER L'ENSEMBLE DU PROCESSUS DE PILOTAGE, DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PRS DÈS SA CONCEPTION**

*Déclinaisons opérationnelles possibles*

- Communiquer pour assurer une visibilité des agents de l'ARS sur l'ensemble des travaux menés dans le cadre du PRS,
- Organiser le suivi du PRS et la capacité à le décliner ultérieurement dans l'action,
- Poursuivre la démarche d'évaluation en renforçant l'attention à porter aux résultats de l'action

3

## **GARANTIR LA LISIBILITÉ DE LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ ET DU SYSTÈME DE SANTÉ PAR UNE POLITIQUE DE COMMUNICATION RENFORCÉE**

*Déclinaisons opérationnelles possibles*

- Élaborer un Plan de Communication externe sur le PRS : permettre une lecture facile du PRS par les partenaires via des supports adaptés,
- Assurer une communication et une information (simple) aux patients, aux aidants et aux professionnels de santé sur l'offre de santé,
- Davantage échanger avec les acteurs partenaires de l'ARS.

4

## **ADAPTER LE DÉPLOIEMENT DU PRS AUX SPÉCIFICITÉS DES TERRITOIRES PAR UNE ANIMATION TERRITORIALE DE L'ARS ÉTAYÉE EN PROXIMITÉ**

*Déclinaisons opérationnelles possibles*

- Accroître le soutien aux délégations territoriales pour une meilleure adéquation de la mise en œuvre du PRS aux problématiques locales,
- Contribuer à l'interconnaissance des acteurs et des dispositifs,
- Impulser les décloisonnements au niveau infra-territorial,
- Accentuer le déploiement de la logique parcours,
- Renforcer la capacité de l'Agence à évaluer les besoins, notamment au service de l'animation territoriale,
- Améliorer la participation collective des usagers sur les territoires.

5

## CRÉER LES CONDITIONS FAVORABLES A LA VIE EN MILIEU ORDINAIRE PAR LA COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES ET L'ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS

Déclinaisons opérationnelles possibles

- Contribuer à construire de manière concertée avec les collectivités territoriales, notamment les départements et les services de l'Etat (Education Nationale, Travail) une politique globale de libre choix de la vie en milieu ordinaire des personnes âgées, handicapées ou malades,
- Affirmer une politique d'aide aux aidants comme corollaire obligatoire de la politique favorisant la vie en milieu ordinaire,
- Renforcer la promotion de l'éducation des patients par les acteurs du premier recours (Education Thérapeutique du Patient et autres modalités de développement des compétences et de l'autonomie).

7

## AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ PAR UNE DÉMARCHE DE PRÉVENTION INTÉGRÉE ADOSSÉE À DES DONNÉES PROBANTES.

Déclinaisons opérationnelles possibles :

- Poursuivre le renforcement des pratiques de promotion de la santé par les acteurs du soin et de l'accompagnement,
- Poursuivre les actions auprès des collectivités locales pour un environnement plus favorable à la santé,
- Orienter de manière déterminée la politique de prévention et de promotion de la santé en région vers la lutte contre les inégalités de santé, en l'adossant à des données probantes sur les enjeux priorités de parentalité et de renforcement des compétences psychosociales.

6

## FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS EN INVESTISSANT D'AVANTAGE L'ORGANISATION DES SOINS SPECIALISÉS ET LEUR ARTICULATION AVEC UN PREMIER RECOURS PLUS SECURISÉ

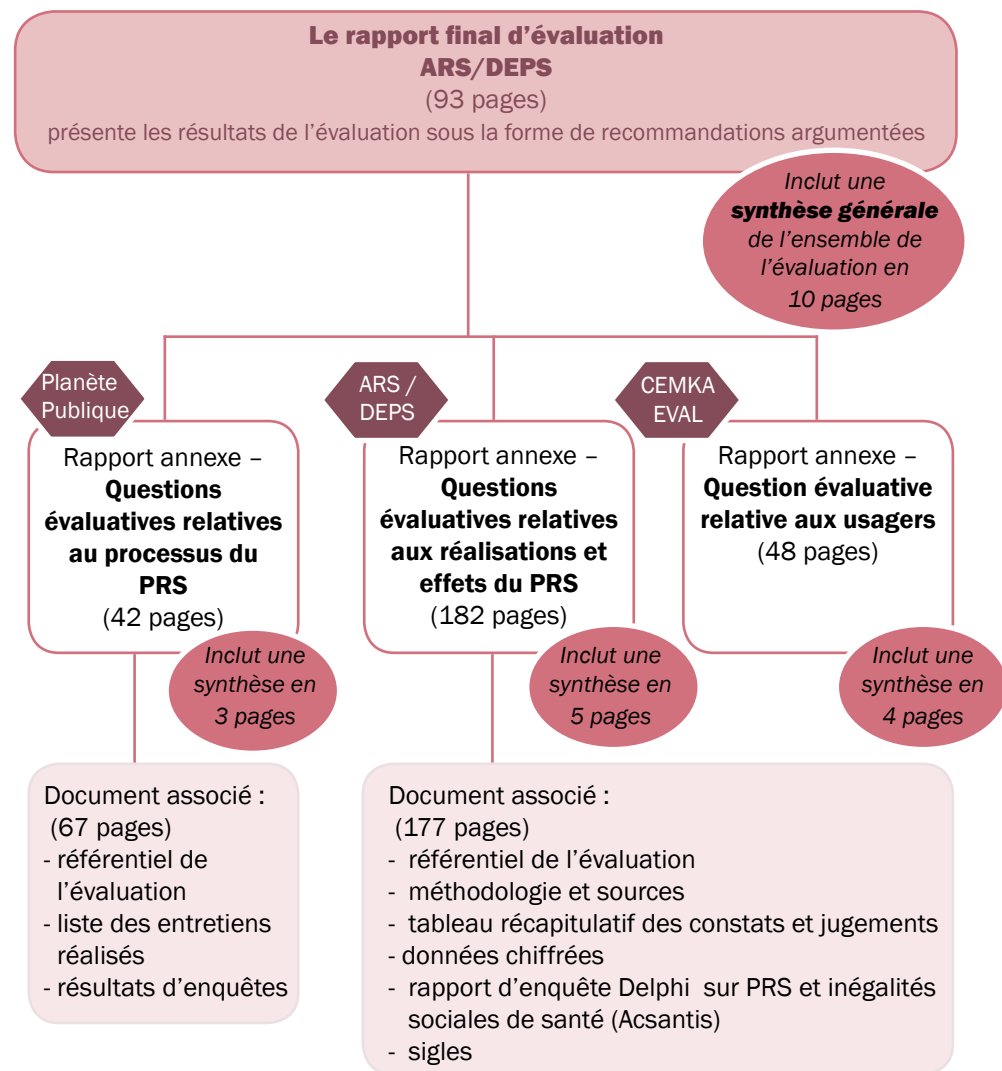
Déclinaisons opérationnelles possibles

- Proposer des modalités d'accès spécifiques aux soins de premier recours sur chacun des territoires,
- Développer la capacité de la médecine de premier recours à prendre en charge des populations aux parcours complexes,
- Organiser les conditions d'un accès pérenne aux spécialités médicales dans les territoires,
- Accélérer la montée en opérationnalité et l'interopérabilité des outils d'échanges d'information entre acteurs,
- Impulser et accompagner des travaux communs entre les établissements de santé et les autres acteurs (premier recours, médico-social) sur le recours à l'offre hospitalière et les sorties d'établissement,
- Améliorer la connaissance de l'ARS sur la pertinence et les déterminants du recours aux services d'urgence hospitaliers et organiser en conséquences des réponses alternatives de coûts et de qualité comparables pour l'utilisateur, à porter à la connaissance des usagers et des régulateurs.



# POUR ALLER PLUS LOIN

Au-delà du présent livret, les lecteurs soucieux d'approfondir leur connaissance des résultats de l'évaluation du PRS 2012-2016 peuvent se reporter, en fonction de leurs centres d'intérêts et du temps dont ils disposent, aux productions suivantes. Elles sont structurées en différents niveaux de lecture, et chaque document comporte un plan détaillé permettant d'en appréhender aisément le contenu.



## (extraits de son avis du 30/03/2017\*)

(...) La CRSA est en accord avec la grande majorité des constats et recommandations qui sont formulés dans ce rapport, dont se déduiront implicitement les progrès attendus par les usagers et les professionnels, et qui devront trouver une place dans le deuxième Projet Régional de Santé.

(...) la CRSA partage l'avis des auteurs du rapport sur la nécessité d'intégrer dans le PRS une dimension d'ingénierie et d'accompagnement du changement pour les agents de l'ARS chargés de le mettre en œuvre. Ce souci doit, pour la CRSA, être élargi à l'ensemble des acteurs concernés.

(...) que la qualité des réponses aux problèmes de santé dans un pays comme le nôtre est le résultat d'une dynamique sociétale complexe, qui se déploie aussi dans le champ des politiques publiques territoriales, du débat citoyen, de l'évolution des idées en sciences humaines, et qu'il est intimement lié à la dynamique socio-économique des territoires.

La CRSA salue les efforts de l'ARS pour impliquer les différents acteurs à la construction initiale du PRS, même si cette participation s'est souvent heurtée à la complexité des choix, au manque de connaissances voire de compétences au regard de celles des professionnels de l'agence pour pouvoir apporter une contribution substantielle.

Les recommandations proposées nous paraissent aller dans le bon sens en mettant en évidence les points d'amélioration dans un esprit de participation et de coopération à la construction du PRS2.

\*La totalité de l'avis de la CRSA est consultable dans le rapport d'évaluation

**La première recommandation : impliquer davantage l'ensemble des parties prenantes dans la construction et le suivi de la politique régionale de santé.** (...) Il importera donc, lors des prochaines étapes, que les conditions d'accessibilité aux enjeux et aux objectifs du PRS soient pris en compte pour une meilleure appropriation collective.

**La deuxième recommandation :** (...) Le processus de construction du PRS doit trouver des solutions simples d'adressage direct des contributions et réflexions qui voudront bien s'exprimer. L'ingénierie de projet devra leur faire la place.

**La troisième recommandation : garantir la lisibilité de la politique régionale de santé par une politique de communication renforcée :** (...) La CRSA réitère son souhait de travailler, au-delà du choix des objectifs, sur les moyens et les résultats. Une culture commune du PRS, de sa mise en œuvre, de son évaluation doit se développer.

**La quatrième recommandation : adapter le déploiement du PRS aux spécificités des territoires par une animation territoriale de l'ARS étayée en proximité :** (...) La question se pose de l'expression du citoyen qui ne participe pas à toutes les instances : comment peut-elle être recueillie ? A l'échelle du territoire, la coordination des politiques publiques est essentielle. Or elle apparaît peu, alors qu'elle a beaucoup été évoquée dans les échanges, les séminaires, les groupes de travail. Coordination, décloisonnement, diagnostics partagés, projets concertés doivent être encouragés au niveau départemental. La Conférence souhaite toutefois que l'ARS reste prudente dans le cas de projets infra-territoriaux qui s'affranchiraient d'une élaboration et d'une gouvernance territoriales, et d'une politique dont la définition doit continuer à procéder du niveau régional.

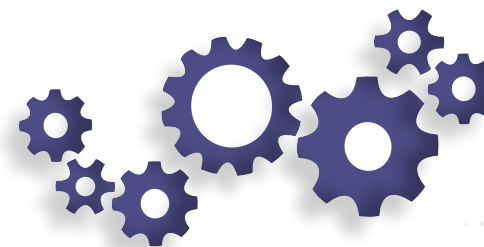
**La cinquième recommandation : créer les conditions favorables à la vie en milieu ordinaire par la coordination des politiques publiques et l'accompagnement des aidants.** (...) la place des aidants (quel que soit leur statut) doit être envisagée dès le début de la réflexion. (...) (...)La CRSA souscrit particulièrement à cette recommandation en soulignant l'aspect essentiel et positif du libre choix de la personne. (...)

**La sixième recommandation : favoriser l'accès aux soins en investissant davantage l'organisation des soins spécialisés et leur articulation avec un premier recours plus spécialisé.** Le PRS1 s'est beaucoup intéressé à la problématique du 1er recours. Le PRS2 approfondit également et davantage celle du second recours. Le 1er recours ne concerne pas uniquement les Maisons de santé pluriprofessionnelles. La CRSA est très attentive à la notion de parcours de santé fluide et coordonné dans des territoires de proximité, des bassins de vie de moindre dynamique.

**La septième recommandation : agir sur les déterminants de santé par une démarche de prévention intégrée adossée à des données probantes.** (...)La prévention doit s'adresser à toutes les populations, en s'intéressant particulièrement à celles qui en ont le plus besoin. (...)La prise en compte des déterminants de santé est un élément structurant d'une politique régionale qui doit s'avancer, au delà de la prévention des facteurs de risques, vers la notion dynamique de promotion de la santé, d'une santé globale et positive (...) S'il n'a pas semblé opportun de spécifier une recommandation sur les inégalités sociales de santé (choix qui pourrait se discuter), il importe que la préoccupation de leur réduction émerge de la définition d'une politique régionale. La Conférence souhaitera le rappeler lors de la construction du PRS2.

(...) Le résultat attendu, l'amélioration des réalités de santé dans notre région sera œuvre de longue haleine. Il faut s'engager avec détermination dans cet objectif, d'autant que certaines de ces réalités menacent de se détériorer. Des cibles à court et moyen terme doivent être définies. Les acteurs et partenaires doivent être associés à leur choix et aux actions à entreprendre. Il n'y a pas lieu de surestimer la responsabilité des acteurs actuels et futurs, mais compter sur une évolution progressive, une prise de conscience, une dynamique sociétale.

La CRSA estime que les recommandations proposées sont pertinentes. Elle veillera à leur mise en œuvre avec le PRS2, en s'attachant à ce que les incitations à progresser soient plus vigoureuses et que les moyens consacrés se hissent à la hauteur des besoins.



## ET APRÈS ?

---

↳ **Selon le Dr Pierre BLAISE, Directeur du projet régional de santé à l'ARS Pays de la Loire**

”

*Au moment où l'évaluation du Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016 de première génération s'achève, l'élaboration du PRS 2018-2022 est en chantier. Cette évaluation en a constitué la première brique. Ses recommandations ont structuré de façon très importante sa méthode et son contenu.*

*Les travaux d'élaboration du PRS mobilisent très fortement les instances, les partenaires de l'ARS et les opérateurs et professionnels de santé de la région. L'ARS a fait le choix de s'appuyer en premier lieu sur les instances de démocratie sanitaire et en particulier la CRSA, partie prenante du comité de pilotage, notamment lors de séminaires clés d'élaboration des orientations et des objectifs du PRS. Les conseils territoriaux de santé ont été associés dès leur mise en place en 2017. Les professionnels ont été associés dans de multiples groupes de travail, et quatre rencontres régionales ont permis à l'ensemble des acteurs de santé d'interagir autour de thématiques structurantes pour l'avenir.*

*Cette évaluation recommande une construction du Projet Régional de Santé à venir qui facilite un meilleur pilotage et son évaluation future. Son écriture s'attache aujourd'hui à préciser les objectifs et surtout ses déclinaisons opérationnelles sous forme de réalisations concrètes dont les résultats attendus sont formulés et mesurables par des indicateurs. Le cadre logique explicite qui structure l'ensemble en permettra le pilotage.*

*Quatre grands enjeux émergent aujourd'hui des travaux du PRS en cours d'élaboration qui se nourrissent des recommandations de l'évaluation.*

**Le décroisement des acteurs est identifié comme un objectif majeur.**

Il s'agit d'une part de mieux articuler les politiques de soins avec les politiques d'accompagnement social et médico-social pour que les interventions des professionnels sur le terrain auprès des personnes soient mieux coordonnées. Il s'agit d'autre part de mieux définir les rôles complémentaires entre les professionnels de santé primaire et l'offre de médecine spécialisée de recours, libérale et/ou en établissement de santé. Les premiers se situent au cœur des territoires, intervenant en proximité et coordonnant les parcours de santé. Ils ont besoin de disposer d'une offre spécialisée pour se déployer, l'accès à cette offre spécialisée devant pouvoir s'organiser depuis la proximité en particulier pour les personnes vivant dans des territoires moins pourvus.

**L'orientation de politiques d'accompagnement médico-social vers une plus grande inclusion dans la vie de la cité** d'une part en coordonnant mieux les politiques publiques qui y concourent, mais aussi en développant des interventions d'aide aux aidants.

**L'action sur les déterminants de santé en s'appuyant sur les données probantes.** Le PRS de première génération a initié des démarches ambitieuses concernant le développement des compétences psychosociales des jeunes ou la mise en œuvre d'évaluations d'impact. Le PRS en cours d'élaboration les reprend et les amplifie. Une telle démarche est de nature à favoriser la coordination de politiques publiques favorables à la santé.

**Enfin, l'enjeu de la territorialisation est bien identifié.** L'enjeu sera celui de la synergie en proximité, sur chaque territoire entre tous les dispositifs qui se construisent en proximité pour accompagner des parcours de santé devenus de plus en plus complexes, en raison du vieillissement de la population et de l'évolution des technologies dans le champ de la santé. Les conseils territoriaux de santé, qui donneront des avis sur les projets de santé de territoire, auront un rôle très important à jouer pour assurer la pertinence des actions proposées.

Le point d'orgue que représentent les recommandations finales de l'évaluation du PRS 2012-2016 qui s'achève est en réalité la première pierre du PRS 2018-2022 en construction. Les rendez-vous suivants seront ceux du suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation qui s'inscrira dans la perspective des grands enjeux portés.







Rédaction : Dr Jean-Paul Boulé  
Xavier Brun  
Odile Dubois  
Catherine Ogé  
Claude Pichon

Département évaluation des politiques de santé et  
des dispositifs - ARS Pays de la Loire

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

[www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr](http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr)

N°6 - juin 2017

Retrouvez-nous sur  
[www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr](http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr)

et sur

