



WAVESTONE

Projets Régionaux de Santé 2012-2017  
Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine  
Rapport d'évaluation

février 2017



# Synthèse

Les constats établis lors de l'évaluation des trois Projets Régionaux de Santé permettent d'identifier des pistes d'amélioration pour l'action en santé sur le territoire de la région Grand Est.

En premier lieu, L'Agence Régionale de Santé, de par l'importance et la variété des déterminants de santé, se positionne en leader-impulseur de l'action en santé en « faisant faire » ou en « faisant avec » des partenaires ou des institutions parties prenantes sur un champ donné (ex : les conseils départementaux pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées). **L'évaluation a montré l'importance des diagnostics partagés dans la réussite des actions de santé et dans l'implication des acteurs, de la réflexion sur les besoins du territoire au déploiement de l'action.** La réussite de cette logique partenariale nécessite donc de :

- / **Généraliser les diagnostics partagés et la démarche de réflexion afférente en préalable au développement des actions de santé**, sur le modèle actuel des Contrats Locaux de Santé (CLS)

Cette démarche de réflexion sur les besoins des territoires et sur la proximité entre les acteurs territoriaux et l'ARS implique une **redéfinition des modalités de relations de l'ARS avec ces acteurs et les territoires**. L'enjeu pour l'ARS est à la fois de favoriser la mobilisation des territoires dans l'élaboration mais surtout tout au long de la mise en œuvre du prochain PRS ; nous recommandons notamment de :

- / **Construire son organisation territoriale pour optimiser l'efficacité des actions** : définir le positionnement et le rôle des délégations territoriales (DT) sur leur territoire (remontée des besoins, déclinaison des priorités régionales) et le mode d'animation des DT au niveau régional (échanges entre pairs, capitalisation de bonnes pratiques, échange avec les directions métiers).
- / **Favoriser l'expression des futurs conseils territoriaux de santé remplaçant les conférences de territoires** et associer les différentes instances de démocratie sanitaire à la mise en œuvre des actions issues du PRS et aux ajustements nécessaires de méthode ou d'objectifs en cours de mandature.

**La volonté des acteurs territoriaux d'être plus associés à l'élaboration et au déploiement des actions de santé doit inciter l'ARS à faire évoluer l'architecture et la gouvernance du PRS** pour faciliter son appropriation par les différentes parties prenantes de la politique régionale de santé dans le contexte de la nouvelle région Grand Est :

- / **Définir les principes de structuration du PRS** ; nous préconisons trois niveaux de structuration : **stratégique** (enjeux, orientations, objectifs, résultats attendus), **tactique** (modalités d'action, parti pris méthodologiques) et **opérationnel** (feuille de route territoriale de déclinaison des objectifs, responsabilisation des acteurs, identification des indicateurs de suivi) ; les acteurs territoriaux ayant la possibilité de s'intégrer à ce dernier niveau pour définir et déployer la feuille de route du territoire
- / **Adapter l'organisation interne pour une meilleure articulation / intégration des métiers et des territoires** dans l'action de l'ARS métiers pour favoriser les logiques de parcours et partenariales en développant le management collaboratif avec les délégations territoriales (remontée d'informations des territoires, pilotage des plans d'actions).

Enfin, **le pilotage du PRS** doit faire l'objet d'une attention particulière de l'ARS pour favoriser le processus de suivi et d'évaluation dynamique des dispositifs et actions développés lors de la mise en œuvre ; le système de pilotage devra permettre de :

- / Mesurer les ressources allouées aux actions développées
- / Définir des indicateurs d'évaluation des dispositifs pour mesurer leur effet en cours de réalisation, en lien avec les partenaires concernés
- / Ouvrir le pilotage aux partenaires pour partager les données récoltées
- / Identifier les niveaux de déploiement des initiatives à atteindre avant de les généraliser sur les territoires

# Sommaire

<b>1</b>	<b>Le cadre de l'évaluation</b>	<b>2</b>
1.1	Contexte de l'évaluation	2
1.2	Objectifs de l'évaluation	6
<b>2</b>	<b>Méthode d'évaluation des PRS</b>	<b>7</b>
2.1	Six thématiques structurantes	7
2.2	Des questions évaluatives spécifiques à chaque territoire	8
2.3	Les outils mobilisés	10
2.4	Le pilotage de la démarche d'évaluation	12
2.5	Limites de l'évaluation	13
<b>3</b>	<b>Le développement des parcours (soins, santé, vie)</b>	<b>14</b>
3.1	Implication des partenaires dans les parcours de soins et/ou de santé : évolution et moyens de mobilisation au sein du PRS	14
3.2	Apport des parcours à la coordination des acteurs de santé	17
	Focus sur les parcours de personnes en situation de handicap	19
	Focus sur la personne âgée en perte d'autonomie	21
3.3	Apport des parcours à l'évolution des pratiques professionnelles	23
	Focus sur la coordination des professionnels de santé	26
<b>4</b>	<b>Le maillage territorial renforçant les dynamiques locales et contribuant à la réduction des inégalités géographiques de santé</b>	<b>28</b>
4.1	Intégration des dynamiques territoriales et de leurs acteurs dans les PRS	28
4.2	Mobilisation importante des acteurs territoriaux de la phase du diagnostic à la mise en œuvre des actions	30
4.3	Découpage territorial et dynamiques d'animation	31
<b>5</b>	<b>L'amélioration de l'accès à la santé</b>	<b>34</b>
5.1	Adéquation entre les besoins des territoires et les reconfigurations des offres de soins	34
	Focus sur la coordination entre établissements	35
5.2	Apports de la structuration des filières sur l'accès aux soins	36
5.3	Leviers et outils mobilisés contre la baisse de la démographie des professionnels de santé	36
<b>6</b>	<b>La contribution à la réduction des inégalités sociales de santé</b>	<b>40</b>
6.1	Réduction des inégalités d'accès à l'information	40
	Focus sur les populations en situation de vulnérabilité	41
6.2	Intégration des déterminants de santé dans les projets émanant des PRS	43
6.3	Actions partenariales de réduction des inégalités de santé	44
	Focus sur le surpoids et l'obésité chez les enfants	45
	Focus sur la santé mentale	47
<b>7</b>	<b>Le renforcement de la prévention et la promotion de la santé</b>	<b>50</b>
7.1	Cohérence générale des actions de prévention avec les politiques partenaires	50
7.2	Qualité des actions réalisées en promotion et en éducation pour la santé	51
7.3	Développement de l'éducation thérapeutique du patient	52

7.4	Modalités de dépistage précoce au niveau du premier recours	52
	Focus sur la prévention et la promotion de la santé	55
	Focus sur les addictions et les conduites à risque	57
<b>8</b>	<b>L'outil PRS</b>	<b>60</b>
8.1	Influence du PRS sur les ARS	60
8.2	L'association des partenaires au PRS	61
8.3	Structuration des PRS et mise en œuvre des actions	62
8.4	Apports des instances de démocratie sanitaire sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des PRS	63
<b>9</b>	<b>Recommandations</b>	<b>67</b>
9.1	Logique partenariale et modalités d'élaboration des actions de santé	67
9.2	Proximité et animation des territoires	68
9.3	L'architecture, la gouvernance et le pilotage du PRS	68
<b>10</b>	<b>Conclusion</b>	<b>70</b>
<b>11</b>	<b>Annexes</b>	<b>72</b>
11.1	Remarques de l'instance d'évaluation	72
11.2	Glossaire	73
11.3	Liste des entretiens réalisés	75
11.4	Participants aux focus group	79
11.5	Participants aux groupes de travail territoriaux	87
11.6	Guide d'entretien	93
11.7	Référentiel d'évaluation	95
11.8	Résultats de l'enquête en ligne	97

# 1 Le cadre de l'évaluation

## 1.1 Contexte de l'évaluation

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a confié aux Agences Régionales de Santé (ARS) la mission d'élaborer un projet régional de santé (PRS). Celui-ci définit pour cinq ans les objectifs et les priorités de santé d'une région, dans les domaines de la prévention, du soin et des accompagnements médico-sociaux. Il prend en compte les spécificités territoriales tout en s'inscrivant dans les orientations et le cadrage financier de la politique nationale de santé.

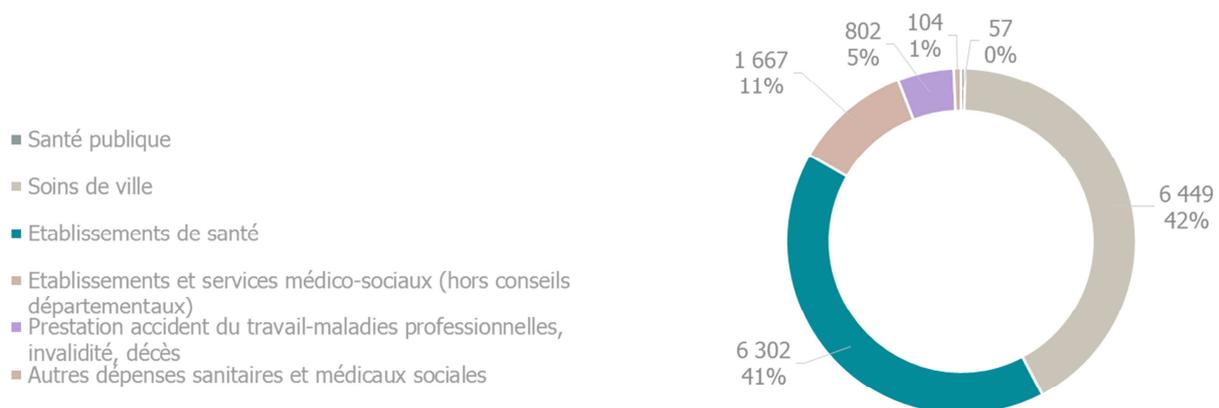
Les PRS des régions Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine ont respectivement été arrêtés le 30 janvier 2012, le 13 avril 2012 et le 20 juillet 2012 pour une mise en œuvre sur la période 2012 à 2017.

Les trois ARS ont suivi la méthodologie générale d'élaboration des PRS associant à la phase de diagnostic des déterminants de santé et de l'offre de soins de chaque région la concertation avec les acteurs territoriaux et les instances de démocratie sanitaire.

Les politiques régionales des trois ex-régions, élaborées séparément, ont été conduites avec des ambitions convergentes :

- / L'égalité d'accès à la santé, impliquant d'engager un effort de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé fortement marquées dans les régions, avec pour objectif une réduction de l'écart entre les indicateurs sanitaires de la région et les indicateurs nationaux.
- / L'efficacité du système de santé et des prises en charge, impliquant de renforcer l'efficacité des coordinations entre professionnels de santé et établissements afin d'aboutir à des logiques de prises en charge territoriales ou en filières et préfigurer les démarches de parcours.

La réalisation de ces politiques a impliqué d'importants efforts nécessitant de cibler les interventions et les investissements. La répartition des financements de l'action en santé est la suivante en 2011, en M€ :



L'évolution des dépenses sur la période 2011-2015 (données disponibles) montre une évolution minime des montants et un maintien de la répartition dans les mêmes proportions.

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) de chaque ex-région a eu vocation à impulser des orientations afin d'améliorer l'efficacité globale du système de santé régional, explicitées par différents axes stratégiques, priorités ou enjeux :

- / En Alsace :
  - Axe 1 - Diminuer la prévalence et l'incidence des pathologies qui ont l'impact le plus fort sur la mortalité évitable en Alsace et réduire les comportements à risque

- » Priorité 1 : Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents
  - » Priorité 2 : Prévenir et limiter les complications du diabète et de l'hypertension artérielle
  - » Priorité 3 : Améliorer la prise en charge des accidents cardio-neuro-vasculaires
  - » Priorité 4 : Mieux dépister et traiter les cancers
  - » Priorité 5 : Prévenir les conduites à risque chez les jeunes
- Axe 2 - Organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour favoriser l'autonomie des personnes en situation particulière de fragilité
    - » Priorité 6 : Favoriser l'autonomie des personnes âgées et permettre leur maintien à domicile
    - » Priorité 7 : Faciliter le projet de vie des personnes en situation de handicap en développant des modalités de prise en charge adaptées
    - » Priorité 8 : Adapter la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour faciliter l'autonomie et l'insertion des personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique
    - » Priorité 9 : Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins
- Axe 3 - Favoriser la coordination de la prise en charge autour du patient
    - » Priorité 10 : Développer les organisations et les outils permettant d'assurer la continuité du parcours de soins
    - » Priorité 11 : Faciliter la circulation et le partage de l'information entre les acteurs de la santé
- Axe 4 - Viser l'excellence du système de santé en Alsace
    - » Priorité 12 : Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques
    - » Priorité 13 : Promouvoir un recours efficient aux soins
    - » Priorité 14 : Anticiper dans l'organisation des soins les évolutions de la démographie et des modes d'exercice des professionnels de santé
    - » Priorité 15 : Développer le positionnement d'excellence de la région en matière d'activités de recours, de recherche et d'innovation

## / En Lorraine

- Priorité 1 : Agir sur les principales causes de mortalité notamment prématurée en Lorraine
  - » Objectif général 1 : Développer des actions de prévention ciblées en lien avec les autres partenaires
  - » Objectif général 2 : Organiser une prise en charge adaptée aux besoins de la personne sur le champ des tumeurs, des maladies cardio neuro-vasculaires, des maladies respiratoires et du suicide
  - » Objectif général 3 : Identifier et organiser les filières graduées de prise en charge concernant : tumeurs, maladies cardio neuro-vasculaires, maladies respiratoires et suicide

- Priorité 2 : Réduire les inégalités d'accès à la santé en lien avec les partenaires de l'ARS
  - » Objectif général 4: Promouvoir des actions de prévention adaptées aux besoins des personnes
  - » Objectif général 5 : Améliorer de façon équitable la distribution de l'offre
  - » Objectif général 6 : Informer et former les usagers
  
- Priorité 3 : Maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
  - » Objectif général 7 : Développer des actions de prévention ciblées
  - » Objectif général 8 : Favoriser la fluidité du parcours de soins des personnes en tenant compte de leur situation individuelle
  - » Objectif général 9 : Favoriser l'accès au dispositif de droit commun
  
- Priorité 4 : Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente. Promouvoir la « juste prestation », le « bon soin au bon moment »
  - » Objectif général 10 : Adapter l'offre de prévention et de soins aux besoins identifiés
  - » Objectif général 11 : Améliorer le parcours de soins et de vie des personnes
  - » Objectif général 12 : Développer la culture qualité en recherchant l'efficacité

## / En Champagne-Ardenne

- Domaine d'action 1 : Handicap et vieillissement
  - » Priorité 1 : Connaissance continue des besoins territorialisés et de leur évolution.
  - » Priorité 2 : Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie.
  
- Domaine d'action 2 : Risques sanitaires
  - » Priorité 3 : Développement d'une culture commune de gestion du risque avec partage des connaissances, des indicateurs et des expériences dans le cadre d'une collaboration pluri-institutionnelle.
  - » Priorité 4 : Mise en place d'une stratégie de communication sur les risques sanitaires en direction des professionnels et de la population.
  - » Priorité 5 : Maintien d'un accès à la santé sur tout le territoire.
  
- Domaine d'action 3 : Périnatalité / petite enfance
  - » Priorité 6 : Promotion et accompagnement de la maîtrise par chaque femme (mineure, majeure et/ou en situation de vulnérabilité) ou chaque couple, de son projet ou non projet de grossesse.
  - » Priorité 7 : Adaptation de la prévention et de la prise en charge des grossesses à risque médical et/ou social pour réduire les risques maternels et infantiles.

- » Priorité 8 : Optimisation et adéquation de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale des femmes et des nouveau-nés pour préserver et préparer le capital santé de la mère, de l'enfant et de la famille.
  - » Priorité 9 : Accompagnement de l'enfant et de son entourage pour un état optimal de bien-être physique, mental et social.
- Domaine d'action 4 : Maladies Chroniques et leurs déterminants
- » Priorité 10 : Prévention primaire, secondaire, tertiaire des pathologies chroniques.
  - » Priorité 11 : Réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins.
  - » Priorité 12 : Amélioration de la coordination des soins dans le domaine des maladies chroniques et rares.
- Domaine d'action 5 : Santé mentale, addictions, santé des jeunes
- » Priorité 13 : Prévention, repérage et prise en charge précoce de la souffrance psychique, des conduites addictives et des troubles psychiatriques.
  - » Priorité 14 : Promotion d'un dispositif de soins accessible, gradué et territorialisé.
  - » Priorité 15 : Décloisonnement et coordination effective entre les acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes.
- Neuf enjeux transversaux
- » Relever le défi de la démographie des professionnels de santé : enjeu principal pour la région
  - » Développer l'accompagnement et le soutien aux aidants
  - » Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé
  - » Développer la coordination, l'articulation, les réseaux
  - » Améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge, par la professionnalisation des acteurs et l'amélioration de la connaissance des données
  - » Développer la prévention tout au long de la vie
  - » Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé
  - » Garantir le respect des droits des usagers
  - » Favoriser la coordination avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé.

La stratégie définie par chaque ARS a eu vocation à guider le choix des priorités et modalités de déploiement des plans d'action sur les 5 années de mise en œuvre des PRS.

L'ensemble des orientations déclinées au sein des schémas et programmes des PRS s'inscrivent dans la logique de ces précédents axes stratégiques, priorités, objectifs et enjeux définis dans chaque ex-région.

Les orientations et actions ont porté sur les 4 champs de l'offre de santé : prévention, sanitaire, médico-sociale et médecine de ville, et en fonction des territoires de santé définis par chaque ARS :

- / Autour des quatre centres hospitaliers (CH) de référence en Alsace (Haguenau, Strasbourg, Colmar et Mulhouse)
- / Bi-départementaux en Champagne-Ardenne
- / Départementaux en Lorraine

Le périmètre de l'évaluation recouvre l'ensemble des champs couverts par le PRS, intégrant la dimension territoriale afin de mesurer les résultats des stratégies régionales au regard des besoins de santé locaux. Cependant, compte tenu de l'importance du périmètre, le champ de l'évaluation a été précisé dans le cahier des charges.

Cette évaluation s'inscrit dans le cadre de la fusion des trois régions préexistantes et a également vocation à préparer l'élaboration du PRS Grand Est, tel que défini dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016. Il devra être arrêté par le Directeur Général de l'ARS avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

## 1.2 Objectifs de l'évaluation

A l'issue de la mise en œuvre des PRS 1 dans les trois ex-régions, il convient d'évaluer les dispositifs mis en œuvre et de capitaliser sur les expériences menées. La démarche d'évaluation est inscrite dans la gouvernance des mises en œuvre de politique publique afin de faire évoluer l'action publique vers plus de performance et de transparence. Il s'agit également pour l'ARS Grand Est de préparer le PRS de deuxième génération dans le contexte de la fusion des ex-régions Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine.

L'ARS Grand Est a confié à Wavestone la réalisation de l'évaluation finale conjointe de ses PRS 2012-2016, prévue par les textes. L'évaluation vise à :

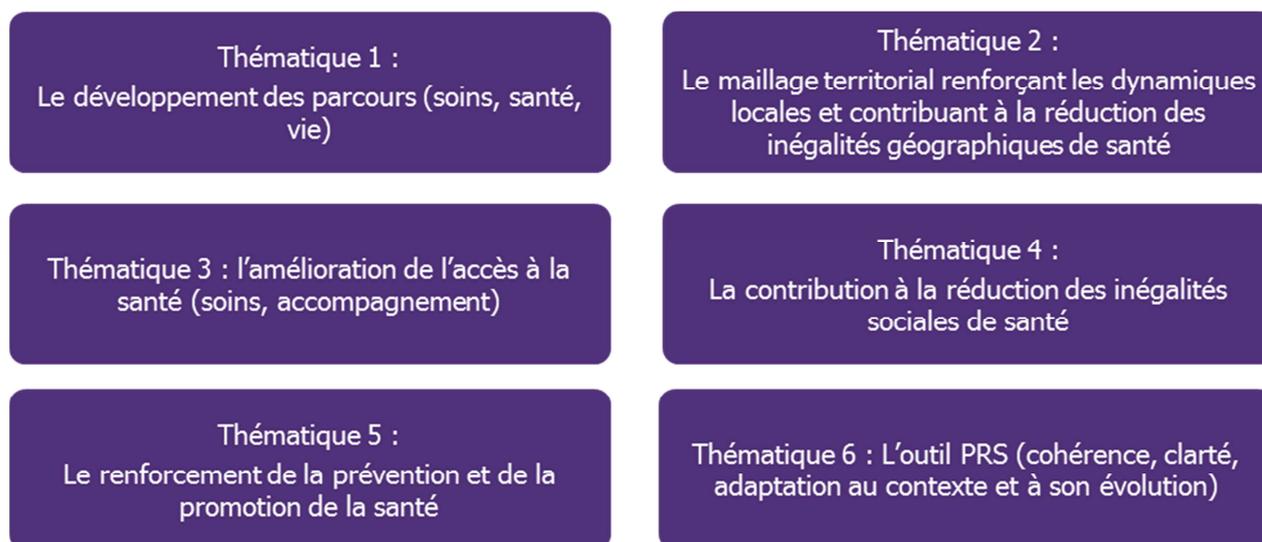
- / **apprécier la mise en œuvre effective des mesures envisagées** et la cohérence des résultats avec les objectifs fixés,
- / **mesurer l'efficacité** des différentes modalités d'actions mises en œuvre et identifier les leviers et facteurs clés de succès,
- / **mettre en exergue** les réussites, difficultés et questionnements liées à l'action sur les territoires et des recommandations facilitant l'élaboration du prochain PRS, notamment par rapport à l'outil PRS lui-même.

Les principes méthodologiques retenus s'appliquent à répondre à ces objectifs par le déploiement de différentes modalités d'investigation.

## 2 Méthode d'évaluation des PRS

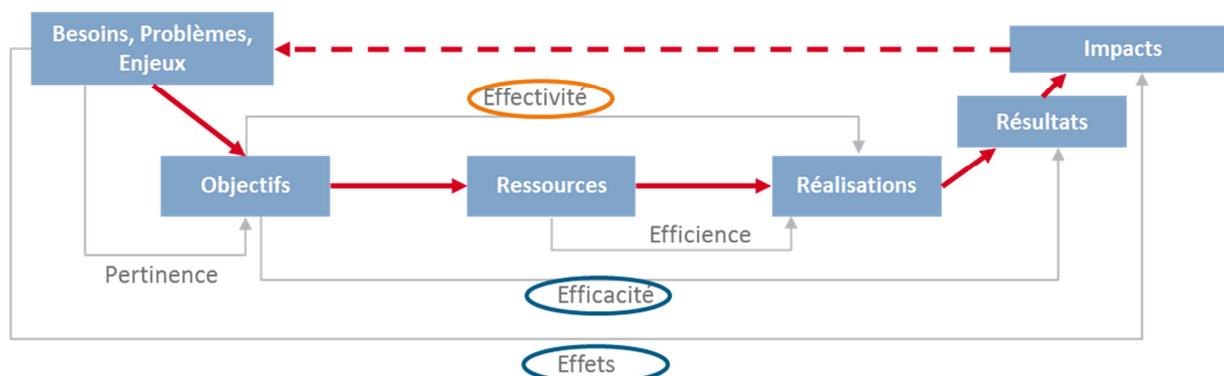
### 2.1 Six thématiques structurantes

L'évaluation des trois PRS 1 des ex-régions est structurée autour de six thématiques :



Au regard des objectifs énoncés, deux critères de l'évaluation ont guidé la démarche générale :

- / **L'effectivité** : il s'agit de l'analyse de l'adéquation des réalisations avec les objectifs fixés au départ sachant que ceux-ci ont pu évoluer au cours de la période. Cette analyse permet de cerner les effets des dispositifs étudiés mais aussi la cohérence de la démarche.
- / **L'efficacité** doit témoigner de la production de résultats concrets conformes aux objectifs fixés. L'efficacité est également appréhendée à travers le repérage d'expériences fructueuses, de bonnes pratiques mais aussi d'échecs et de difficultés rencontrées.



L'évaluation réalisée est porteuse à la fois d'une vision rétrospective sur les réalisations de la période d'application du PRS, et d'une vision prospective pour l'élaboration du nouveau Projet Régional de Santé.

## 2.2 Des questions évaluatives spécifiques à chaque territoire

Chaque thématique regroupe différentes questions évaluatives et focus associés :

### **Thématique 1 : le développement des parcours (soins, santé, vie)**

/ Questions évaluatives :

- En quoi le PRS a-t-il modifié l'implication des partenaires dans les parcours de soins et/ou de santé ? En quoi le PRS a-t-il offert de nouveaux moyens (cadre de référence/priorités, nouveaux outils) permettant de favoriser l'implication des partenaires dans les parcours de soins et/ou de santé ?
- Dans quelle mesure la coordination des opérateurs autour de la prise en charge du patient a-t-elle évolué ? Comment les parcours développés par l'ARS ont-ils contribué ou non à la coordination des opérateurs, acteurs de santé ?
- En quoi le déploiement des parcours a-t-il contribué à l'évolution des pratiques professionnelles ? En quoi le PRS a-t-il un effet levier pour développer les parcours ? Qu'est-ce qui est facilitateur, notamment pour décloisonner les différents secteurs (prévention, soins, médico-social) ? Qu'est-ce qui permet de les rendre opérationnels ?

/ Focus :

- Parcours des personnes âgées et handicapées, dispositif Asalée (Alsace et Lorraine), protocoles interprofessionnels, maisons de santé pluri professionnelles (Champagne-Ardenne)

### **Thématique 2 : le maillage territorial renforçant les dynamiques locales et contribuant à la réduction des inégalités géographiques de santé**

/ Questions évaluatives :

- Comment le PRS a-t-il pu ou non prendre en compte les dynamiques territoriales existantes et leurs acteurs ? En quoi les dispositifs développés à l'échelon local ont-ils permis ou non de répondre aux besoins spécifiques de la population ?
- De quelle façon et avec quels moyens les acteurs locaux et les collectivités territoriales qui ont été impliqués dans le diagnostic (élaboration, réalisation, validation) ont-ils été intégrés dans le processus de mise en œuvre du PRS ?
- Dans quelle mesure le découpage territorial retenu (territoires de santé, zones de proximité, bassins de vie,...) a-t-il joué un rôle dans la dynamique et l'animation territoriale (notamment rôle des conférences de territoire) ?

/ Focus :

- Télémédecine, articulation PRS/Contrat Local de Santé (CLS), dynamique transfrontalière, dispositif PRECCOSS (Alsace)

### **Thématique 3 : l'amélioration de l'accès à la santé (soins, accompagnement)**

/ Questions évaluatives :

- Les reconfigurations de l'offre ont-elles été adéquates avec les besoins des territoires ? En quoi les orientations et actions mises en œuvre dans le cadre du PRS ont permis ou non de restructurer l'offre de soins ?
- En quoi la structuration des filières a-t-elle contribué à améliorer l'accès aux soins ?
- En quoi les leviers, outils utilisés ont-ils permis ou non de répondre aux enjeux de la démographie des professionnels de santé ?

/ Focus :

- Développement de l'Hospitalisation à Domicile (HAD), nouvelles organisations, autisme, accès aux urgences des personnes âgées (PA) et personnes handicapées (PH) (Lorraine), réseau périnatalité (Champagne-Ardenne)

#### **Thématique 4 : la contribution à la réduction des inégalités sociales de santé**

##### / Questions évaluatives :

- Dans quelle mesure les populations ciblées dans le PRS ont-elles été atteintes ? En quoi les modalités de diffusion de l'information en santé et des droits des usagers à destination du public ont-elles réduit les inégalités d'accès à l'information ?
- Comment les projets développés dans le cadre du PRS ont-ils pris en compte les déterminants de santé ?
- Comment les axes du PRS visant la réduction des inégalités de santé s'articulent-ils avec les autres politiques régionales, départementales et locales de santé (politique de la ville) ?

##### / Focus :

- Surpoids-obésité des enfants, accès aux droits des usagers, population en milieu carcéral, santé mentale

#### **Thématique 5 : le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé**

##### / Questions évaluatives :

- Les leviers / dispositifs d'action de prévention utilisés sont-ils cohérents avec les autres politiques qui visent le même objectif ?
- En quoi les stratégies mises en place ont-elles contribué à faire évoluer la qualité des actions en promotion de la santé et en éducation pour la santé ?
- En quoi les stratégies mises en place ont-elles contribué à développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ?
- Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de déployer, pour des populations à risques identifiés, des actions de dépistage précoce, en particulier au niveau du premier recours ?

##### / Focus :

- Promotion de l'activité physique, lutte contre les conduites à risque des jeunes, ETP et diabète, dépistage organisé du cancer du sein, programme « Je t'aime mon cœur » (Lorraine)

#### **Thématique 6 : l'outil PRS (cohérence, clarté, adaptation au contexte et à son évolution)**

##### / Questions évaluatives :

- La structuration et la rédaction du PRS ont-elles favorisé sa lisibilité en interne et en externe à l'ARS ? Dans quelle mesure le PRS a-t-il constitué le cadre de référence en interne et en externe à l'ARS ?
- La structuration du PRS a-t-elle permis d'atteindre les cibles visées par le PRS ? En quoi le PRS a-t-il favorisé une meilleure pertinence de la politique de santé en région ?
- Dans quelle mesure les contributions des instances de démocratie sanitaire (CRSA et ses commissions spécialisées, conférences de territoires) ont-elles été sources de valeur ajoutée pour la définition du PRS, son suivi et son évaluation ?

##### / Focus :

- Les usagers et leurs représentants, les élus, les partenaires institutionnels

Ces questions évaluatives ont été déclinées dans un référentiel d'évaluation, élaboré avant le démarrage des investigations. Ce référentiel est repris en annexe de ce document.

## 2.3 Les outils mobilisés

Outre l'analyse des documents et données fournis par l'ARS Grand Est, plusieurs modalités d'investigation ont été mises en œuvre afin d'associer les partenaires de l'Agence et les acteurs de santé concernés par les six thématiques évaluées : entretiens, enquêtes en ligne, groupes de travail territoriaux et focus groupe.

### Entretiens

L'évaluation présentée repose, en complément de l'analyse documentaire, sur la réalisation d'entretiens individuels ou collectifs (deux à trois intervenants) :

- / Trois entretiens de cadrage ont été réalisés avec des représentants des directions générales des ARS des trois ex-régions
- / Des entretiens individuels ou collectifs ont été menés :
  - auprès des professionnels des directions métiers de l'ARS, référents sur le périmètre évalué,
  - auprès de représentants d'institutions partenaires de l'ARS : Conseils Départementaux, Rectorats, Fédérations Hospitalières (FHF, FHP, FEHAP), URPS, URIOPSS, IREPS, CISS, ADAPEI<sup>1</sup>
  - auprès de représentants des instances de la démocratie sanitaire (CRSA, commissions spécialisées, Conférences de Territoire)

### Enquête en ligne

Une enquête en ligne a été diffusée à l'attention des 1272 membres (titulaires et suppléants) des instances régionales (conférences régionales de la santé et de l'autonomie, CRSA) et territoriales (conférences de territoire, CT) de la démocratie sanitaire et des commissions de coordination des politiques publiques entre le 25 juillet et le 13 septembre 2016. Elle portait principalement sur les deux premières thématiques de l'évaluation à savoir :

- / Le développement des parcours (soins, santé, vie)
- / Le maillage territorial renforçant les dynamiques locales et contribuant à la réduction des inégalités géographiques de santé

L'enquête a poursuivi deux objectifs :

- / Evaluer l'action de l'ARS pour la structuration des parcours et la coordination des acteurs de santé
- / Evaluer l'action de l'ARS pour l'optimisation du maillage territorial et l'animation des territoires

Elle comporte 80% de questions fermées et les répondants ont été orientés sur les questions correspondant à leur profil (acteur du parcours des personnes âgées ou en situation de handicap, participant à un projet de télémédecine ou à une coopération transfrontalière, exerçant dans une maison de santé, etc.).

L'enquête a été ouverte 744 fois (taux d'ouverture de 58,5%), 339 personnes ont initié le questionnaire et 257 réponses sont complètes (20,2% de l'échantillon ciblé). Pour la fiabilité de l'analyse, seules les réponses complètes ont été prises en compte dans l'évaluation.

<sup>1</sup> Voir la liste des sigles et acronymes en annexe

## Groupes de travail territoriaux :

Deux groupes de travail territoriaux ont été organisés par ex-région, soit six au total sur la région Grand Est, pour recueillir l'évaluation des acteurs sur les dispositifs mis en œuvre sur leurs territoires.

Les groupes de travail territoriaux se sont tenus entre le 27 septembre et le 30 septembre 2016. Les participants, au nombre maximum de quinze et invités par l'ARS Grand Est, étaient des élus locaux, des représentants des conférences de territoire, d'usagers, d'établissements de santé, de structures médico-sociales et d'acteurs de la prévention.

Les échanges se sont tenus sous la forme de réunion présentielle. Un support introductif a été adressé aux participants au moment de leur invitation. Les principaux thèmes abordés lors de ces groupes de travail étaient les suivants :



Maillage et animation territoriale

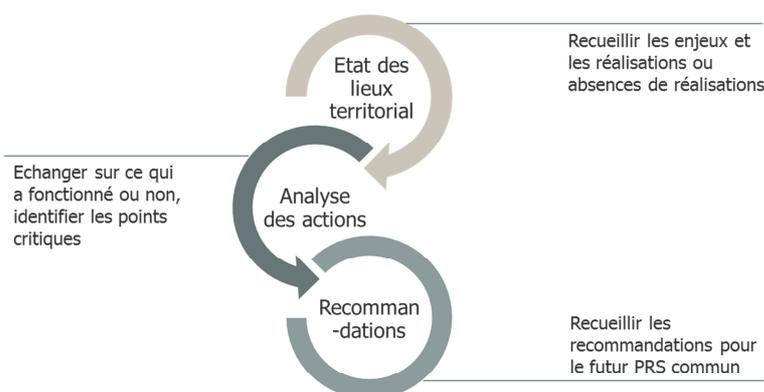


Accès aux soins de proximité



Inégalité de santé territoriales

L'échange entre participants avait pour objectif le repérage d'expériences fructueuses, de bonnes pratiques mais aussi d'échecs et des difficultés rencontrées sur les territoires. La cohérence de l'animation des territoires et l'adéquation entre les objectifs de départ des actions et les réalisations étaient également évaluées à l'échelle du territoire.



En fonction de l'intérêt des participants pour des sujets abordés dans les focus group, il leur a été proposé d'y participer à la suite de ces groupes de travail territoriaux.

## Focus group

Neuf focus group ont été organisés sur le périmètre de la région Grand Est et ont porté sur des thématiques reprenant des logiques de parcours et de territoires pour permettre aux acteurs et partenaires concernés d'évaluer les effets des actions liées à ces prises en charge et aux parcours dédiés :

- / La personne âgée en perte d'autonomie (dont le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), maintien au domicile, place des méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), implication des acteurs du 1<sup>er</sup> recours)

- / Les parcours des personnes en situation de handicap (diagnostic et accompagnement précoce, coordination des acteurs de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> recours, autisme)
- / Coordinations entre professionnels de santé (protocoles interprofessionnels, maisons de santé pluri professionnelles (MSP))
- / Coordinations entre établissements (nouvelles organisations : groupement de coopérations sanitaires (GCS), Pacte Territoire Santé, Autorisations Partagées)
- / Populations en situation de précarité (programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), populations en milieu carcéral)
- / Le surpoids et l'obésité chez les jeunes (dont dispositif Preccoss en Alsace)
- / Addictions et conduites à risques
- / Santé mentale
- / Prévention et promotion de la santé (dépistage des cancers du sein, promotion de l'activité physique et développement de l'ETP dans le diabète)

Les focus group se sont tenus entre le 14 octobre et le 21 octobre 2016. Les participants au focus group, au nombre maximum de quinze et invités par l'ARS Grand Est, étaient des professionnels de santé, des représentants des instances consultatives, des représentants d'utilisateurs ou des partenaires institutionnels.

Les focus group ont été réalisés conjointement en webconférence et conférence téléphonique afin de permettre la participation et la représentation d'acteurs des trois ex-régions sans contrainte de déplacement. Une note de cadrage par thématique a été adressée aux participants invités une semaine avant la tenue de l'échange. Un support d'animation synthétique a ensuite été fourni aux participants ayant confirmé leur présence quelques jours avant le focus group.

Les échanges ont été animés par l'équipe Wavestone avec des méthodes assurant la participation de tous les participants : présentation et propos liminaire de chaque acteur, tours de paroles pendant les débats et proposition de conclusion à chaque acteur. Les participants ont également pu ajouter à leur contribution orale au débat une contribution écrite en l'adressant aux consultants en charge de mener l'évaluation.

## 2.4 Le pilotage de la démarche d'évaluation

La chefferie de projet de l'évaluation s'est réunie hebdomadairement avec l'équipe Wavestone pour assurer le suivi opérationnel de la mission : respect des délais, planification des actions, organisation générale de la mission.

Elle est constituée des membres suivants, représentants des différentes directions métiers et des trois ex-régions de l'ARS :

- / Pour le site de Strasbourg : Dominique Thirion, responsable du département « stratégie régionale de santé et démocratie sanitaire » (DSDS), et Hélène Hollier-Larousse puis Zahra Equilbey-Guerbaoui, cheffe de projet PRS 2 (DSDS)
- / Pour le site de Châlons : Dr Annie-Claude Marchand, adjointe DSDS, et Anabell Guenon, chargée de mission DSDS
- / Pour le site de Nancy : Dr Arielle Brunner, conseiller médical du Directeur Général, et Jennifer Gasis, chargée de mission DSDS

Le comité de pilotage a été constitué du comité de direction de l'ARS et s'est réuni pour la validation et l'enrichissement des rapports intermédiaires et finaux d'évaluation.

L'instance d'évaluation du PRS 1 a contribué à l'élaboration du cahier des charges de l'évaluation lors d'une séance spécifique organisée le 1<sup>er</sup> avril 2016. Elle s'est à nouveau réunie au lancement de l'accompagnement

le 22 juin 2016. La présentation du rapport final d'évaluation lui a été réalisée lors d'une réunion en clôture de la démarche d'évaluation, organisée le 7 décembre 2016.

Cette instance est composée des présidents de CRSA et des commissions spécialisées des ex-régions auxquels s'ajoutent des personnalités qualifiées :

- / Pour la CSRA :
  - Alsace : Daniel Lorthiois (CRSA), Frédéric Chaffraix (CSP), André Wahl (CSMS), Dr Jean-Marie Woehl (CSOS), Jean-Michel Meyer (CSDU)
  - Champagne-Ardenne : Pr Philippe Gillery (CRSA), Olivier Blaud (CSP), Jean-Marie Thomas (CSMS), Dr Alain Rigaud (CSOS), Danielle Quantinet (CSDU)
  - Lorraine : Hubert Attenont (CRSA), Jeanne Meyer (CSP), Sylvie Mathieu (CSMS), Dr Vincent Royaux (CSOS), Marie-Thérèse Andreux (CSDU)
  
- / Pour les personnes qualifiées / experts :
  - Joëlle Barat, Conseillère Régionale, Champagne Ardenne
  - Caroline Merdinger, Maître de Conférences, Ecole de Management Strasbourg
  - Françoise Jabot, Enseignant-Chercheur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
  - Valérie Levy-Jurin, 13<sup>ème</sup> Adjointe de Territoire Nancy Est, Mairie de Nancy, et Présidente de la FHF Grand Est

## 2.5 Limites de l'évaluation

Les résultats de la présente évaluation des trois PRS 1 comportent des limites d'exhaustivité et d'interprétation liées :

- / D'une part, au périmètre d'investigation étendu du PRS, qui a nécessité de limiter le nombre de référents internes interrogés par ARS pour une thématique ou un plan donné, et de développer un approfondissement sur une sélection restreinte de thèmes/dispositifs.
- / D'autre part, aux limites propres aux modalités d'investigation déployées : niveau de représentativité des professionnels et contributeurs ayant répondu à l'enquête en ligne, niveau de représentativité des professionnels ayant participé aux groupes de travail territoriaux et aux focus group.

Enfin, le niveau de disponibilité de données consolidées pour évaluer l'effectivité et les effets a pu constituer une limite d'évaluation sur certaines thématiques, l'évaluation quantitative des dispositifs mis en œuvre étant en cours de réalisation par les services de l'ARS à la même période.

# 3 Le développement des parcours (soins, santé, vie)

## Préambule

Outre l'analyse documentaire, le bilan évaluatif est issu d'entretiens individuels ou collectifs menés avec des représentants de l'ARS, des partenaires représentants de fédérations hospitalières et d'établissements médico-sociaux, d'usagers et de membres des instances de démocratie sanitaire<sup>2</sup>. L'analyse a été complétée par les données et discours recueillis lors de l'enquête en ligne, les groupes de travaux territoriaux et les focus group dédiés à la notion de parcours.

Du point de vue des acteurs interrogés, la notion de parcours de santé consiste en l'organisation d'une prise en charge globale (intégrant les aspects sanitaires, sociaux, et les déterminants de santé) et continue des personnes dans la proximité de leur lieu de vie. Une telle approche est plus particulièrement nécessaire du fait de la progression des maladies chroniques, qui requièrent une prise en charge transversale et multi-compétences, sur une longue période de vie et dans le quotidien des personnes. Les trois projets régionaux de santé (PRS) ont contribué au développement de dynamiques de parcours dans divers domaines relevant de problématiques de santé publique majeures, avec une entrée par pathologie (diabète, santé mentale, cancers, maladies cardio-vasculaires) et/ou par typologie de population (personnes âgées, personnes en situation de handicap). Pour cela, les mesures et actions mises en œuvre par les ARS sur la période 2012-2017 ont contribué à relever plusieurs défis inhérents à la mise en œuvre de parcours :

- / L'initiation d'approches transversales et de dynamiques partenariales visant à mettre en relation les secteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social autour d'une réflexion et d'actions portant sur la trajectoire globale des patients et usagers,
- / La coordination de multiples acteurs spécialisés intervenant autour de la personne notamment les acteurs des soins ambulatoire et de l'hôpital, indispensable pour délivrer le bon soin dans la structure adaptée et au bon moment, dans le cadre de trajectoires personnalisées,
- / L'implication des acteurs dans la proximité, afin d'inscrire la trajectoire des patients sur leurs territoires et au plus proche de leur lieux de vie,

Pour cela, plusieurs leviers méthodologiques, organisationnels et technologiques ont été activés par les Agences en appui à la mise en œuvre de parcours de santé. Les principaux apports du PRS 1 en faveur d'une dynamique de parcours se traduisent sur la période d'évaluation d'une part, par des méthodologies régionales (les programmes) et d'autre part, par une multiplicité de dispositifs et d'expérimentations locales (dans le champ du médico-social en particulier) contribuant à favoriser cette approche.

## 3.1 Implication des partenaires dans les parcours de soins et/ou de santé : évolution et moyens de mobilisation au sein du PRS

### Principaux enjeux

Comme évoqué en préambule, la notion de parcours, qu'ils soient de soins, de santé ou de vie, recouvre de nombreux enjeux et fait appel à une large variété d'intervenants dans la prise en charge des personnes. Dans les trois ex-régions, la mobilisation des partenaires s'est majoritairement effectuée autour de parcours de personnes en situation de fragilité. Cette dernière peut être consécutive d'une problématique particulière liée à l'état de santé comme dans le cas de la perte d'autonomie, du handicap ou de l'obésité par exemple, à une situation sociale et économique précaire, à une situation géographique nécessitant la coordination des acteurs de soins, ou encore à une combinaison de ces facteurs.

<sup>2</sup> Pour plus de détails sur les partenaires interrogés, se référer à l'annexe 1

La logique de parcours est délicate à mettre en œuvre car l'ARS ne maîtrise pas l'ensemble de la chaîne des parcours. Cette logique « parcours » est arrivée dans les discours et dans les actions en cours de PRS, et n'a d'ailleurs pas été forcément mise en œuvre en rapport avec le PRS. La notion de « parcours » n'était pas utilisée avec les partenaires au début du PRS ; il était question davantage de coordination des professionnels/acteurs.

L'association des partenaires institutionnels a donné lieu à l'identification de synergies entre le PRS et d'autres politiques publiques comportant une dimension santé. Ainsi, cette association de partenaires a concerné les acteurs des politiques éducatives, de la ville et des collectivités territoriales.

Les ARS et les partenaires concernés ont fait le choix de formaliser ces complémentarités d'action par des conventions ou des partenariats plus sectoriels établis pour favoriser la convergence des politiques publiques et des actions et pour assurer la complémentarité et la continuité des réponses apportées à la population sur les territoires, dans le respect des rôles de chacun.

## **Niveaux de mobilisation des partenaires dans les parcours et évolution des partenariats**

### ➤ Education Nationale

Dans les trois ex-régions, le bon niveau de complémentarité avec l'Education Nationale est souligné. Le périmètre des besoins est globalement bien couvert sur les territoires et la dynamique de co-construction des mesures et actions à l'œuvre entre les deux institutions contribue à une réelle cohérence entre les politiques. L'amélioration de la connaissance mutuelle entre les acteurs des deux institutions, leurs problématiques et périmètre d'action a permis de faciliter le travail partenarial au fil de la mise en œuvre du PRS.

Les conventions ont donné lieu à diverses actions représentatives des enjeux de parcours de chaque région en particulier sur les champs de la prévention et du médico-social. Des points communs apparaissent entre les régions sur les actions déployées notamment sur la scolarisation des enfants souffrant de troubles envahissants du développement ou sur la prévention de l'obésité infantile.

Ainsi, les trois ex-régions se sont dotées au cours de la mise en œuvre du PRS d'unité d'enseignement pour enfants autistes en maternelle. Des parcours de scolarisation décloisonnée en milieu ordinaire et milieu spécialisé ont également été mis en œuvre en Alsace.

Au niveau de la prévention du surpoids et de l'obésité, des travaux partenariaux ont été menés en Alsace sur la suppression de la collation matinale dans les écoles maternelles et primaires. Des actions de promotion autour de la nutrition et plus généralement des conduites à risque ont été développées dans les établissements scolaires lorrains.

Les acteurs impliqués dans la logique partenariale ARS-Education Nationale s'accordent sur la volonté de maintenir une approche parcours dans la nouvelle région Grand Est. Une attention particulière doit être portée sur le maintien de l'opérationnalité des actions dans le cadre du travail en grande région.

Ce nouveau contexte territorial doit inciter les acteurs impliqués dans les partenariats ARS-Rectorat à réapprendre à se connaître pour maintenir un travail collaboratif et créer une culture commune autour de la prévention et des parcours. Aujourd'hui, les conventions et partenariats portent sur des périmètres différents selon les anciennes régions, un travail d'harmonisation est donc à prévoir.

### ➤ Conseils régionaux

Avec les conseils régionaux, les partenariats ont majoritairement porté sur le financement d'actions de prévention à destination de publics fragiles, notamment en Lorraine avec l'appel à projet « Travaille ta santé ».

Le niveau de complémentarité pourrait être amélioré par la précision des rôles mutuels des acteurs et la définition d'objectifs partagés sur le champ de la prévention. En effet, le rôle des ARS et des Conseils régionaux ne semble pas toujours clair dans le portage des actions notamment en termes de financement. Un suivi et une évaluation conjointe des actions menées à l'échelle de la nouvelle région renforcerait l'efficacité des partenariats en cours.

### ➤ Conseils départementaux

Les partenariats avec les conseils départementaux ont su créer la une cohérence avec les schémas départementaux. Toutefois, des progrès pourraient être réalisés pour aboutir à une approche plus « transversale » des politiques menées.

Le niveau de complémentarité développé pourrait être amélioré notamment sur l'accès aux soins des publics vulnérables, les addictions et conduites à risque ainsi que la politique jeunesse. D'une manière générale, c'est une approche commune « parcours de vie » qui serait à renforcer, comprenant une diversité d'enjeux au-delà de dispositifs de prise en charge et d'une vision « parcours de soins », avec la nécessité de progresser dans le décloisonnement des secteurs du soin, du médico-social et de la prévention.

Les niveaux de cohérence obtenus avec les schémas départementaux sont évalués positivement par les acteurs du partenariat, notamment en Alsace où les deux conseils départementaux ont aligné la temporalité des schémas d'autonomie sur celle du SROMS. Cette cohérence a permis d'éviter au maximum la redondance des dispositifs notamment dans le champ de la perte d'autonomie, qu'ils portent sur la prise en charge de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap.

Le travail partenarial est reconnu de bonne qualité par les représentants interrogés pour la mise en œuvre conjointe d'actions pendant la période du PRS. Des points d'amélioration sont cependant relevés :

- / Un décalage de dynamique souligné entre le fonctionnement des ARS et celui des conseils départementaux (qui doivent mobiliser et consulter les élus) : des rythmes de travail proposés peu compatibles avec les possibilités des Départements.
- / Un frein potentiel dans la démarche conjointe qui relève d'un manque de marges de manœuvre des ARS pour établir ses orientations de travail, jugées parfois trop dépendantes de priorités nationales
- / Une visibilité difficile des engagements et financements possibles des uns et des autres

La difficulté majeure qui se présente à l'échelle de la nouvelle région est la dilution du poids relatif des conseils départementaux par rapport à l'ARS. En effet, s'il était relativement simple pour l'ARS Alsace, par exemple, de s'accorder avec deux conseils départementaux, la nouvelle ARS de la région Grand Est devra prendre en compte dix politiques départementales. Il semble donc nécessaire de développer une approche globale et régionale avec les élus et les acteurs des territoires sur les parcours de vie, notamment pour la perte d'autonomie, et favoriser la transversalité entre les secteurs du soin, du médico-social et de la prévention.

L'effort d'adaptation des modalités de travail aux dynamiques de fonctionnement des départements devra être poursuivi. Enfin, le développement d'une gouvernance conjointe autour des actions menées en collaboration facilitera la cohérence des politiques partenariales menées dans les départements.

### ➤ Communes et établissements publics de coopération intercommunale

Les partenariats avec les acteurs communaux et la coordination des politiques ont majoritairement été développés dans le cadre de l'établissement de contrats locaux de santé et de programmes locaux de santé. Les contrats locaux de santé ont rencontré un succès important dans les trois ex-régions par la réponse coordonnée des acteurs qu'ils permettent d'apporter aux besoins d'une population sur un territoire. Ce dispositif est détaillé en partie 4.2.

### ➤ Assurance Maladie

Le niveau de complémentarité avec les organismes d'Assurance Maladie dans les trois ex-régions est jugé correct par les acteurs impliqués. Les actions développées conjointement ont plus particulièrement concerné l'accompagnement des malades chroniques (surpoids et obésité), le dépistage des maladies chroniques, en particulier les cancers du sein et colorectaux, ainsi que la prévention et l'accès aux droits des usagers de santé.

En Lorraine, le programme de réduction des risques cardio-vasculaires « Je t'aime Mon Cœur » est une bonne illustration du partenariat entre l'ARS et l'Assurance Maladie.

Les partenariats développés avec les organismes d'Assurance Maladie concernent une variété importante de problématiques de santé. Selon les acteurs impliqués, il faut promouvoir une démarche pragmatique de

partenariat permettant de réaliser des expérimentations au niveau local en lien avec les Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et de renforcer la connaissance mutuelle des acteurs avant d'envisager des déploiements à l'échelle de la grande région. L'opérationnalité des actions doit également s'accompagner d'une définition précise des rôles des partenaires dans le pilotage des actions et leur financement. La définition des moyens alloués dès l'élaboration des plans d'actions est un moyen de rassurer les acteurs de santé quant à la pérennité de l'action ou du programme développé.

➤ Axes de développement des partenariats

L'analyse réalisée avec les institutions partenaires révèle des champs de complémentarité à développer au regard des synergies possibles et des enjeux de santé en présence, parmi lesquels ressortent en particulier:

- / Le champ de la santé mentale, souligné également par les ARS, au regard de l'occurrence croissante de situations complexes (associant troubles de santé mentale et précarité) pour lesquelles des réponses peinent à être trouvées en termes d'offre de service (un impact également sur les politiques d'hébergement, de l'emploi...)
- / Le champ de la prévention et promotion de la santé, souligné plus particulièrement par les acteurs associatifs et les professionnels de santé qui souhaitent une clarification des règles de financement et de portage des projets à l'échelle de la grande région.

## 3.2 Apport des parcours à la coordination des acteurs de santé

### **Initiatives et outils de coordination à disposition des acteurs**

La logique de parcours implique par nature la coordination des acteurs de santé autour d'un patient. Les différents parcours mis en œuvre au cours des PRS ont créé au moins en partie des modalités de coordination via des outils et le développement de structures dévolues à la prise en charge intégrée du patient.

Une des difficultés majeures des parcours est de mobiliser les professionnels de santé libéraux et de décloisonner les secteurs de ville, médico-sociaux ou sanitaires. Au moment de l'élaboration des PRS, peu de coordinations entre professionnels existaient ou étaient formalisées. Toute la politique des ARS est tournée vers la coordination des acteurs, la structuration des réseaux, le décloisonnement des prises en charge.

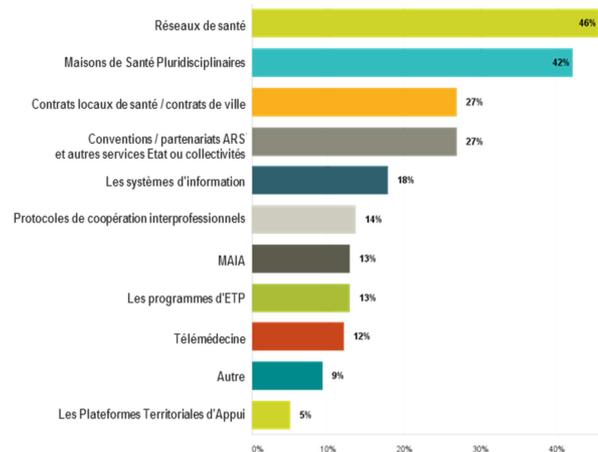
Différents outils de coordination ont été spontanément cités ou identifiés par les acteurs de santé au cours des entretiens. En Alsace, l'évolution du Réseau Alsace Gériatrie à la coordination de cas complexes en appui aux professionnels de premier recours et la coordination des acteurs de psychiatrie dans la communauté urbaine de Strasbourg sont les exemples les plus courants illustrant cette thématique.

En Champagne-Ardenne, le développement d'un parcours soins/santé pour personnes âgées sur le territoire de proximité du Vitryat est identifié comme une bonne pratique par les acteurs interrogés. Le développement de ce parcours a permis aux acteurs locaux de se retrouver autour d'une prise en charge commune et de définir le rôle de chacun dans cette dernière.

En Lorraine, cette coordination s'illustre parfaitement dans le portage de l'expérimentation « article 70 » (PAERPA) par les réseaux du Grand Nancy, du Toulinois et du Barrois

Selon les professionnels de santé interrogés dans l'enquête menée au cours de la démarche d'évaluation, les mesures ayant le plus favorisé les coordinations entre acteurs dans la démarche de parcours sont les réseaux de santé (45%), les maisons de santé pluri-professionnelles (42%), les contrats locaux de santé et les conventions/partenariats entre l'ARS et ses partenaires (27%). Le caractère récent du développement des plateformes territoriales d'appui (PTA) explique sa faible identification par les acteurs interrogés.

### Mesures favorisant la coordination entre acteurs dans la démarche de parcours



Si les réseaux de santé sont identifiés comme une mesure efficace de coordination, ils sont également pour ces acteurs le dispositif à développer en priorité au sein de la nouvelle région Grand Est (40%). Les protocoles de coopérations entre professionnels (36%) et les systèmes d'information (33%) sont les autres outils permettant de faciliter les échanges et la coordination des opérateurs de santé.

Les freins les plus cités quant au développement des parcours sont l'implication variable des acteurs de terrain (48%), le financement insuffisant ou inadapté (46%) et la non-sollicitation ou sollicitation trop tardive des acteurs de terrain (35%).

Au niveau de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, le réseau gérontologique est le dispositif présentant le plus d'effets positifs pour la coordination des professionnels de santé. Les acteurs de la prise en charge relèvent aussi l'efficacité des outils d'aide à l'orientation en établissements sanitaires ou médico-sociaux viaTrajectoire (Alsace, Champagne-Ardenne) et Imad (Lorraine), les fiches de liaison ville-hôpital et les équipes mobiles gériatriques. D'une manière générale, les professionnels interrogés souhaitent des dispositifs de coordination simples dotés d'une gouvernance claire. Ils souhaitent aussi éviter l'empilement de dispositifs aux missions proches ou en doublons. A ce titre, une réflexion est à mener sur le périmètre d'intervention des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), MAIA et réseaux gérontologiques afin de clarifier pour tous les acteurs impliqués les rôles et responsabilités de chacun dans les parcours.

Au niveau de la prise en charge du handicap, on relève une certaine méconnaissance des dispositifs de coordination par les professionnels. Seuls les dispositifs d'accueil temporaire des personnes en situation de handicap sont connus et jugés efficaces par plus de la moitié des professionnels interrogés. Au contraire de la prise en charge de la perte d'autonomie de la personne âgée, les équipes mobiles et les outils tels que viaTrajectoire sont peu identifiés, sans doute par le caractère récent de ceux-ci. Les principales difficultés posées aux acteurs de la prise en charge sont la méconnaissance du périmètre d'intervention de chacun (38%), la multiplicité des dispositifs (35%) et la non-sollicitation ou la sollicitation trop tardive des acteurs de terrain (34%). Pour la majorité des acteurs, il conviendrait de mettre en place une instance unique de coordination du parcours de la prise en charge des personnes en situation de handicap. Le rôle de cette instance serait d'arbitrer entre les conflits possibles autour du périmètre d'action de chaque intervenant et de définir des objectifs communs de prises en charge à l'échelle d'un territoire. L'enjeu serait d'harmoniser l'intervention autour du patient pour éviter les points de rupture et s'assurer du bon fonctionnement des dispositifs développés par l'ARS.

## Focus sur les parcours de personnes en situation de handicap

### **Diagnostic et accompagnement précoces du handicap**

Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) est la structure de référence autour de laquelle s'articulent les autres acteurs de santé en termes de diagnostic précoce du handicap. De nombreux partenariats existent autour de ces structures avec l'éducation nationale, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), la protection maternelle et infantile (PMI), notamment dans le cadre de l'information de parcours et la formation au dépistage précoce de l'autisme. Toutefois, les listes d'attente pour l'accès à ces structures sont très longues, de 24 à 48 mois. Du point de vue des acteurs et des représentants d'utilisateurs, les partenariats entre structures ne permettent d'absorber la demande en totalité. En Champagne-Ardenne, le maillage des CAMSP est inégal et complique l'accompagnement des enfants en situation de handicap et des familles.

La question de l'accompagnement des familles est primordiale dans la logique de parcours des personnes en situation de handicap : des coordinations avec le monde libéral doivent être identifiées pour faciliter une prise en charge globale. La transmission aux médecins traitants des comptes rendus multi-professionnels établis en CAMSP est une amélioration notable à prendre en compte au cours des dernières années. Le diagnostic et le dépistage ne sont pas des éléments figés pour la personne en situation de handicap. La notion d'évolution du handicap doit être intégrée pour permettre la fluidité des parcours et l'adaptation continue des structures et prises en charge.

Enfin, le dépistage des troubles cognitifs des adultes en institution est un enjeu majeur qui nécessite des équipes multidisciplinaires. Beaucoup de bilans de mise à jour des situations individuelles sont actuellement réalisés lors d'accueil temporaire en urgence de personnes adultes en situation de handicap alors que ce n'est pas la vocation première de cet accueil.

### **Dispositifs de coordination de la prise en charge**

La prise en charge de l'autisme a d'une manière générale profité du développement des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) sur les trois ex-régions. La question de la transition adolescence-âge adulte reste prégnante dans cette prise en charge selon les acteurs notamment autour de l'adaptabilité des dispositifs aux besoins individuels. Les usagers relèvent également les difficultés posées par les retraits non progressifs des financements constatés en Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) sans évaluation à moyen terme des conséquences de ces modifications sur le parcours de la personne en situation de handicap. Les doubles prises en charge type SESSAD et hospitalisation de jour complexifient également l'accompagnement des personnes en situation de handicap à cause de problématiques de tarification différentes selon les dispositifs utilisés.

Au niveau des prises en charge en établissements, la mise en place de fiche de liaison entre établissements médico-sociaux (ESMS) et établissements de santé (ES) est identifiée comme une bonne pratique générale, avec toutefois des modalités différentes de conception et d'application selon les ex-régions. En Champagne-Ardenne, les fiches de liaison ont été co-construites entre ESMS et ES sur tout le territoire régional. En Alsace, leur champ d'application ne dépasse pas le périmètre du territoire de santé. En Lorraine, ce travail a notamment été réalisé avec le CHU de Nancy (« mieux connaître pour mieux soigner ») afin de définir les responsabilités des soignants et de préparer les entrées et sorties des personnes en situation de handicap nécessitant une hospitalisation.

Le travail partenarial s'est également structuré en Champagne-Ardenne autour de la ratification et de l'application de la charte Romain Jacob<sup>3</sup>. Divers groupes de travail dédiés à plusieurs thématiques (NTIC, accueil aux urgences, aide aux aidants) ont été organisés dans ce cadre. Une boîte à outils

<sup>3</sup> <http://www.handidactique.org/charte-romain-jacob/>

reprenant les dispositifs définis lors de ces travaux sera mise à disposition des acteurs de santé courant 2017. A titre d'exemple, des téléconsultations en ESMS ont été mises en place pour des profils polyhandicapés. Cela évite le déplacement de la personne en situation de handicap à l'hôpital et permet la présence de l'aidant lors l'échange avec le médecin. Un dossier médical partagé (DMP) permet aux professionnels de santé de préparer la consultation en amont.

Cette initiative répond partiellement à une difficulté soulignée par plusieurs acteurs autour du décalage existant entre les diagnostics et accompagnements proposés par les médecins des CH et ceux des ESMS et de la confusion créée en conséquence chez les familles. La connaissance entre CH et ESMS doit être améliorée de ce point de vue, notamment par le conventionnement entre établissements et les échanges entre médecins sur les prises en charge proposées. Les journées d'information réalisées autour des soins palliatifs par exemple ont abouti à une plus grande sollicitation des équipes de soins par les ESMS, notamment en Champagne-Ardenne. En Alsace, des réunions entre médecins des CAMPS, structures d'accueil et le service de génétique du CHU de Strasbourg ont lieu annuellement et facilitent les interactions entre professionnels. Ce type de rencontres favorise l'émergence d'opportunités de coopération et doit être encouragé sur les territoires. Enfin, la formation est également identifiée comme un levier fort pour le décloisonnement du médico-social et du sanitaire : une réflexion est souhaitée par les acteurs interrogés pour que les universités favorisent la présence d'internes en ESMS.

La multiplicité et la lisibilité des dispositifs restent les contraintes principales pour les acteurs de santé et les familles, avec peu d'améliorations visibles en quatre ans. Cela implique un travail de clarification et d'information de la part des MDPH auprès des différents intervenants pour améliorer la visibilité et la lisibilité générale des dispositifs.

### **Soutien aux aidants et accompagnement à l'entrée dans les dispositifs de droit commun**

En termes de scolarisation des enfants handicapés, les classes externalisées sont une réussite et illustrent la bonne coopération avec l'Education Nationale. Celle-ci doit maintenant s'accroître sur la formation des enseignants à la compréhension des enjeux du handicap pour les enfants et leur famille. Toutefois, l'évaluation fonctionnelle des enfants en situation de handicap reste une problématique pour les acteurs concernés afin de permettre une meilleure pertinence dans le temps de l'ajustement des aides dispensées (ex : postes d'Auxiliaires de Vie Scolaire affectés).

Le soutien aux aidants, quant à lui, s'est progressivement amélioré au cours de la mise en œuvre du PRS. Par exemple, les plateformes de répit ont un effet bénéfique sur les parcours des personnes en situation de handicap en permettant d'éviter des situations de rupture où l'aidant se retrouve démuné. Un travail global de repérage et d'information doit cependant être mené sur les territoires pour permettre à un maximum d'aidants de bénéficier de ce type de prestations au bon moment dans le parcours de la personne accompagnée. Il s'agit là d'un enjeu dont les MDPH doivent se saisir selon les acteurs interrogés pour faciliter les réponses personnalisées aux besoins d'accompagnement des familles.

## Focus sur la personne âgée en perte d'autonomie

### **Dispositifs d'avis et d'aide au diagnostic**

Les initiatives développées dépendent des problématiques de prises en charge propres à chaque région et n'ont pas atteint les mêmes niveaux de développement selon les priorités des acteurs et des territoires.

Ainsi, en Alsace, le bilan des plateformes « Orient-âge » est mitigé. En effet, cette initiative s'est confrontée au déploiement du Réseau Alsace Gérontologie qui a assuré ce rôle d'avis technique auprès des médecins généralistes libéraux. En Champagne Ardenne, une plateforme ambulatoire d'expertise existe également et permet aux médecins généralistes de bénéficier d'avis gériatriques. Les consultations mémoires sont présentes sur tous les territoires de santé.

### **Le rôle des MAIA**

Les MAIA font l'unanimité quant à leur pertinence. La gestion de cas pratiquée en leur sein fonctionne bien même si des difficultés surviennent parfois dans le cadre de la mise en œuvre du guichet intégré. Celui-ci bouleverse les pratiques professionnelles existantes en fournissant une réponse complète, harmonisée et adaptée aux besoins de la personne.

Ces structures apportent une réelle plus-value aux prises en charge sur les territoires grâce à l'échange créé entre les partenaires, en particulier grâce aux tables tactiques. Cet échange permet de créer les conditions d'un discours partagé et porté ensemble par les acteurs territoriaux.

L'enjeu du développement des MAIA sera d'intégrer les libéraux à leurs parcours, ce qui n'est pas encore naturel sur les territoires selon les acteurs de la prise en charge. Les usagers relèvent également la pertinence du rôle des MAIA, notamment pour le soulagement du fardeau de l'aidant grâce aux réponses adaptées aux situations des personnes prises en charge.

### **Dispositifs de prises en charge et coordination des acteurs**

Au niveau des prises en charge au domicile, la montée en puissance des SSIAD et des SPASAD est soulignée et peut être mesurée par l'importance de leurs files actives. Cependant, l'augmentation de la charge en soins au domicile pose la question du financement des actes techniques et les difficultés à recruter des soignants sont de plus en plus prégnantes. L'évolution des organisations et du modèle économique de ces dispositifs semble inévitable sous peine de ne plus leur permettre d'être en mesure d'assurer leurs missions. En Lorraine, la plateforme de régulation des entrées en SSIAD a été intégrée à la Coordination Territoriale d'Appui de l'expérimentation PAERPA ce qui a entraîné une montée en compétences des acteurs mobilisés.

Les équipes mobiles de gériatrie sont également citées comme des dispositifs permettant d'améliorer les prises en charge d'autant plus si elles interviennent en ambulatoire, ce qui n'est pas encore le cas en Champagne Ardenne et en Lorraine. Dans ces territoires, les réseaux ont été privilégiés pour l'intervention auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les acteurs alsaciens notent le besoin d'élaborer des outils simples de coordination et d'échanges d'information entre professionnels de santé sur des territoires de proximité. La fiche de liaison est citée en exemple mais pourrait être améliorée et commune à tous les acteurs d'un département. Les outils de liaison fonctionnent très bien entre l'hôpital et le SSR mais moins avec la ville et le monde libéral. L'accessibilité de la connaissance en gériatrie est également un enjeu soulevé par les professionnels et les usagers interrogés. Ces derniers ajoutent que la connaissance profane, issue de l'expérience des patients et de leurs aidants, doit mieux être collectée et capitalisée par les professionnels de santé.

## **Répit, hébergement d'urgence et soutien aux aidants**

En Alsace, l'hébergement temporaire d'urgence disponible par territoire de santé répond dans la majorité des cas à des situations de rupture de l'aidant et permet d'éviter son hospitalisation. Un équivalent temps plein d'infirmières diplômées d'Etat (IDE) a été recruté pour assurer la coordination des hébergements temporaires d'urgence. Sur les territoires de santé T1 (organisé autour du CH Haguenau) et T2 (organisé autour du CHU Strasbourg) du Bas Rhin, le bilan de la mise en place de ce dispositif est plus mitigé selon les acteurs avec une limite d'accès selon le GIR de la personne âgée.

En Champagne Ardenne, les possibilités de répit s'articulent majoritairement avec des accueils non prévus aux urgences de l'aidant ou de la personne âgée en perte d'autonomie.

En Lorraine, un dispositif gratuit d'hébergement d'urgence en cas de besoin en soins de l'aidant a été mis en place. Un second dispositif remarquable permet à l'aidant de bénéficier de trois nuits de répit à domicile quel que soit le motif de demande (vacances, hospitalisation, évènement familial) avec la participation d'une aide-soignante à la surveillance de l'aidé. Ces deux initiatives ont pu être développées et financées en tant que dispositifs dérogatoires dans le cadre de l'expérimentation PAERPA.

L'aide aux aidants reste complexe à appréhender, notamment pour le repérage et l'accompagnement des situations difficiles. Un travail important de communication est souhaité par les acteurs interrogés pour permettre la connaissance des dispositifs d'aide avant les situations de rupture au sein du couple aidant-aidé. Le répit de nuit pose des difficultés par manque de financement. Enfin, l'enjeu autour du soutien aux aidants est de permettre un accompagnement à long terme mêlant prévention, répit et gestion de l'urgence.

### 3.3 Apport des parcours à l'évolution des pratiques professionnelles

#### Principaux enjeux

L'apport des parcours dans l'évolution des pratiques professionnelles permet un décloisonnement des acteurs se succédant dans la prise en charge des patients. La notion de parcours met le patient au centre de la prise en charge et force les acteurs à se coordonner et à faire évoluer leurs pratiques professionnelles. Les PRS des trois ex-régions ont permis de développer des dispositifs de coordination des acteurs comme on l'a vu précédemment. Au sein de ces dispositifs, ceux réunissant les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, autour d'exercices regroupés et coordonnés ont entraîné un décloisonnement entre ces acteurs sur les tâches réalisées dans la prise en charge.

#### L'organisation de la prise en charge autour des problématiques du patient : l'évolution par l'exercice médical et paramédical coordonné

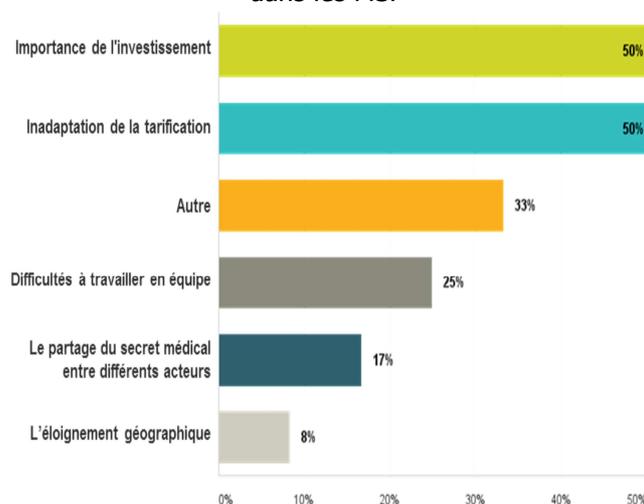
Les principaux apports des parcours à l'évolution des pratiques professionnelles consistent en une généralisation sur les trois ex-régions des modalités d'exercice coordonné. Celles-ci peuvent se développer au sein de structures dédiées au regroupement des professionnels médicaux et paramédicaux dans un même lieu, les maisons de santé pluri-professionnelles, ou dans le cadre de protocoles de coopération interprofessionnels définis autour d'une prise en charge. Dans les deux cas, les professionnels s'accordent sur des modalités de prise en charge commune des patients voire des délégations de tâche entre médicaux et paramédicaux selon les projets. L'enjeu est d'offrir une prise en charge intégrée au patient et articulée autour du médecin généraliste libéral.

##### ➤ Les Maisons de Santé Pluri-Professionnelles

Les structures d'exercice regroupé et coordonné comme les Maisons de Santé Pluri-Professionnelles (MSP) se sont fortement développées sous l'action conjointe des ARS et des élus locaux. La création de ces structures sur les territoires répond à des enjeux différents selon les caractéristiques géographiques, économiques ou sociologiques de ces derniers. Dans les trois ex-régions, ces MSP sont des réponses évidentes à la problématique de la démographie des professionnels de santé dans les territoires ruraux. Leur développement dans des zones urbaines répond aussi à un souhait des médecins et paramédicaux impliqués de mutualiser des prestations (accueil) afin d'augmenter leur amplitude horaire d'ouverture par exemple ou de permettre la réalisation d'un parcours de soins dans une même unité géographique. Si l'ambition affichée est de proposer une plus grande qualité du service rendu aux patients, l'exercice regroupé permet également de créer les conditions d'une meilleure qualité de vie pour les professionnels de santé.

L'interrogation des acteurs de santé dans l'enquête en ligne a permis d'identifier les raisons principales du choix d'exercer dans ce type de structure : la coopération interprofessionnelle (82%), l'amélioration de la qualité de vie des professionnels de santé (55%) et la mutualisation des services supports et systèmes d'information (45%). Au niveau des freins au développement de ces structures, les acteurs de santé relèvent majoritairement l'importance de l'investissement initial et l'inadaptation de la tarification à l'exercice regroupé et coordonné. La difficulté à travailler en équipe est relativement peu citée, ce qui et souligne la volonté de chacun des acteurs de s'inscrire dans ce type de démarche. Certains professionnels et fédérations mettent également en garde contre la généralisation massive de ces dispositifs.

Principales difficultés rencontrées dans les MSP



En effet, les MSP doivent répondre à des cahiers des charges précis notamment via un projet de territoire déclinant l'articulation des prises en charge avec les partenaires locaux. Or, bien souvent pour les professionnels, ce projet de territoire est considéré comme accessoire ou peu élaboré alors qu'il constitue la charte de fonctionnement de la MSP et de ces acteurs. En outre, la généralisation des MSP répond à une volonté politique des élus des communes et intercommunalités qui y voient le moyen de maintenir une présence médicale sur leur territoire. Là encore, l'affichage politique ne doit pas remplacer la vision médicale des prises en charge et le projet de territoire correspondant. Le risque est que les élus investissent des moyens conséquents dans les MSP en matière notamment de mise à disposition de locaux pour des praticiens quittant le territoire à l'expiration des aides prévues.

*Exemples cités lors des entretiens d'évaluation*

<b>Alsace</b>	/ 8 MSP en fonctionnement / 7 en projets
<b>Champagne-Ardenne</b>	/ 25 MSP en fonctionnement / 18 en projets
<b>Lorraine</b>	/ 40 MSP ou pôles de santé en fonctionnement / 10 MSP en cours de construction / 1 projet de MSP universitaire en Meurthe et Moselle

➤ Les protocoles interprofessionnels

La création de ces protocoles est relativement récente. En effet, l'article 51 de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels de terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui vérifie la garantie de qualité et sécurité des soins aux patients. A l'issue de cette validation, l'ARS autorise ou non le protocole sur le territoire d'application.

A titre d'exemple, le protocole Asalée, à l'œuvre en Lorraine depuis 2012 et en Alsace depuis 2014, concerne 4 domaines :

- / Le dépistage des troubles cognitifs de la personne âgée (consultations, tests de mémoire)
- / Le dépistage de la broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO) du patient tabagique (spirométrie)
- / Le suivi du diabète de type 2
- / Le suivi des risques cardio-vasculaires (prescription et réalisation d'électro-cardiogramme)

Il prévoit le déploiement d'équivalents temps plein d'IDE avec une priorité donnée aux zones prioritaires ou fragiles ainsi qu'aux zones urbaines sensibles (ZUS). La prestation réalisée par ces IDE consiste en des consultations et des sessions d'éducation thérapeutique. L'association ASALEE forme les IDE (total de 240h pour les quatre protocoles, heures déclinées en formation théorique et pratique) et paie leurs honoraires. Leur activité est consignée en temps réel sur un système d'information partagé, proposé par l'association. Enfin, ils agissent en coordination avec les médecins généralistes inclus dans l'expérimentation, le ratio usuel étant d'un ETP d'IDE pour cinq ETP de médecins généralistes. Un débriefing mensuel est organisé avec ces derniers qui gardent le choix d'inclure ou non un patient dans le dispositif après expression du consentement de ce dernier.

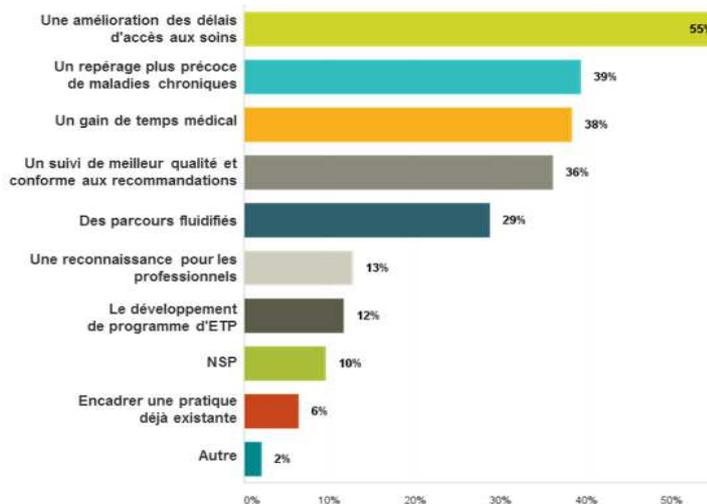
Les protocoles interprofessionnels sont encore jeunes pour la majorité des professionnels de santé. Ainsi, la majorité des répondants (64%) à l'enquête en ligne n'avaient pas connaissance de protocoles interprofessionnels à l'œuvre sur leurs territoires d'exercice. Parmi les protocoles interprofessionnels les plus cités par les acteurs de santé, on retrouve le suivi des patients insuffisants rénaux (17%), le dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique (16%) et le dispositif Asalée (13%).

Les apports majeurs de ces dispositifs pour les acteurs impliqués sont l'amélioration des délais d'accès aux soins, le repérage plus précoce des maladies chroniques et le gain de temps médical dans la prise en charge des patients concernés (cf graphique ci-contre).

Les principaux freins identifiés par les acteurs de santé quant au développement des protocoles interprofessionnels sont l'inadaptation de la tarification (31%), la lourdeur administrative (24%) et le manque d'information sur les modalités d'inclusion dans les protocoles (21%).

Les professionnels interrogés hors enquête lors de la phase d'entretiens individuels relèvent en complément l'importance du temps à consacrer à la conception de ces protocoles avant leur soumission aux instances de validation.

### *Principaux apports des protocoles de coopération interprofessionnels*



En conclusion, la conception de ces dispositifs est très chronophage et demande une implication forte des porteurs médicaux et paramédicaux du projet. Une fois mis en place, la question de la coordination générale du dispositif et du financement des actes est prégnante pour les professionnels de santé qui semblent peu enclins à développer ces protocoles sans accompagnement institutionnel fort de l'ARS ou d'une association porteuse du projet comme dans le cadre de l'expérimentation Asalée.

## Focus sur la coordination des professionnels de santé

### **Les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP)**

La MSP permet la coordination des acteurs en son sein : réunion pluri professionnelles, protocoles pluri professionnels (délégation de tâches aux IDE pour les plaies par exemple). Cela permet également un partage des données entre professionnels de la MSP et de la proximité dans la coordination du parcours de soins même si le patient reste libre du choix des professionnels de santé liés à sa prise en charge. Les MSP participent également à la consolidation du tissu local de soins avec les réseaux et les pharmacies. La mise en commun des ressources dédiées à l'accueil des patients permet d'avoir une amplitude d'ouverture plus large que la plupart des cabinets de médecine libérale dans des zones en difficulté sur le plan de la démographie médicale.

De plus en plus de projets de MSP sont développés sur les territoires, particulièrement en Champagne-Ardenne du fait du manque de médecins libéraux dans les zones rurales. Cependant, certains projets semblent mal dimensionnés ou préparés dans la mesure où ils sont réalisés de façon trop tardive par des professionnels près de la retraite ou avec des projets de territoire peu ou mal définis. Les élus ont également une part de responsabilité dans ces projets mal préparés en incitant les professionnels à la création de MSP par volonté d'affichage politique et sans les accompagner dans la définition du projet territorial.

Les fonctionnements des MSP ne sont pas uniformes et efficaces mais, de l'avis des acteurs, ce dispositif progresse globalement grâce à la capitalisation opérée par les acteurs déjà en place et à l'appui des fédérations. Les MSP et l'exercice libéral individuel doivent continuer de coexister en bonne intelligence sur les territoires : il est important qu'aucun des deux types d'acteurs ne soit privilégié par l'ARS dans le développement des initiatives territoriales. L'antériorité et l'expérience de chaque acteur sont à prendre en compte afin de développer des projets territoriaux efficaces et une coordination pertinente des prises en charge. Les MSP ne sont pas les seules structures sur lesquelles s'appuyer pour créer une dynamique et une culture de territoire. A ce titre, les dispositifs de formation pluri professionnels sont à encourager pour favoriser cette connaissance commune et la valorisation des compétences existantes.

### **Les réseaux de santé et autres modalités de coordination**

Les professionnels de santé sont en demande de mise à disposition de personnes en assistance et en coordination de leurs pratiques quotidiennes. Une expérimentation est en cours en Champagne-Ardenne sur le territoire de Vouziers depuis 2015 avec le recrutement d'une coordinatrice d'intervention en médecine générale. Son rôle est de faciliter la prise en charge par les professionnels de santé des situations complexes de patients suivis au cabinet ou à domicile. Cette complexité nécessite la mobilisation de divers intervenants de santé et sociaux. La coordinatrice évalue sur sollicitation du médecin traitant les besoins des patients et identifie les ressources disponibles sur le territoire. Après évaluation, elle participe à la coordination du parcours avec le médecin traitant et l'aide à organiser la prise en charge globale nécessaire. Une initiative comparable est menée en Alsace au sein du Réseau Alsace Gériatrie où une plateforme d'appel avec un numéro dédié à la gestion rapide de situations complexes est disponible pour les médecins libéraux. La réponse à ce numéro et la coordination est assurée par une IDE.

D'une manière générale, les progrès sont évidents sur le travail en réseau des professionnels de santé sur les trois ex-régions. L'enjeu majeur est de mobiliser le médecin à long terme dans la dynamique du réseau grâce à une expérience initiale réussie. Le travail de coordination dans et autour des réseaux est facilité par des outils simples, intégrables dans la pratique quotidienne des professionnels (exemples : fiches de liaison, courrier type).

## En synthèse

### **Questions évaluatives :**

- / En quoi le PRS a-t-il modifié l'implication des partenaires dans les parcours de soins et/ou de santé ? En quoi le PRS a-t-il offert de nouveaux moyens (cadre de référence/priorités, nouveaux outils) permettant de favoriser l'implication des partenaires dans les parcours de soins et/ou de santé ?
- / Dans quelle mesure la coordination des opérateurs autour de la prise en charge du patient a-t-elle évolué ? Comment les parcours développés par l'ARS ont-ils contribué ou non à la coordination des opérateurs, acteurs de santé ?
- / En quoi le déploiement des parcours a-t-il contribué à l'évolution des pratiques professionnelles ? En le PRS a-t-il un effet levier pour développer les parcours ? Qu'est-ce qui est facilitateur, notamment pour décloisonner les différents secteurs (prévention, soins, médico-social) ? Qu'est-ce qui permet de les rendre opérationnels ?

### **Le parcours, une notion émergente facilitant les partenariats dans le cadre du PRS**

- / Le PRS a permis de maintenir et développer l'implication des partenaires institutionnels dans la réalisation d'actions conjointes de santé
- / La logique de parcours est apparue en cours de PRS, en complément des notions de coordination des acteurs et de prise en charge
- / Elle permet de définir le rôle de chaque acteur et/ou de chaque institution dans la prise en charge de la personne et offre un cadre de travail pour le partenariat entre acteurs de santé

### **Une coordination réticulaire des opérateurs**

- / Les opérateurs de santé préconisent les organisations en réseau dans leur coordination
- / Ces organisations permettent la coopération et le partage d'informations sur un patient et sont facilités par la logique de parcours
- / L'évolution des réseaux de santé, auparavant centrés sur la pathologie du patient, vers des appuis techniques aux médecins doit être accompagnée pour maintenir la mobilisation des acteurs dans les démarches de parcours

### **L'exercice regroupé et coordonné, vecteur de l'évolution des pratiques professionnelles**

- / Les nouvelles modalités d'exercice regroupé et coordonné créent dans des unités de lieux réduites (les MSP) des possibilités de parcours entre plusieurs professionnels

### **Recommandations**

- / Structurer une approche régionale de développement des parcours en conservant la logique partenariale
- / Accentuer la transition des réseaux vers les plateformes territoriales d'appui
- / Accompagner le développement de l'exercice paramédical et médical regroupé et coordonné pour garantir la mise en œuvre des démarches de parcours

# 4 Le maillage territorial renforçant les dynamiques locales et contribuant à la réduction des inégalités géographiques de santé

## Préambule

Le bilan évaluatif présenté est issu de l'analyse documentaire et d'entretiens individuels ou collectifs menés avec des représentants de l'ARS, des partenaires représentants de fédérations hospitalières, d'usagers et de membres des instances de démocratie sanitaire<sup>4</sup>. L'analyse est complétée par les données et propos recueillis par le biais de l'enquête en ligne, et lors des groupes de travaux territoriaux.

## 4.1 Intégration des dynamiques territoriales et de leurs acteurs dans les PRS

### Dynamiques territoriales existantes

La phase d'élaboration du PRS a été l'occasion pour les acteurs locaux, qu'ils soient professionnels de santé, représentants d'usager, de fédérations hospitalières ou autre de s'impliquer dans les différents niveaux de concertation menés par l'ARS et d'exprimer les besoins de leurs territoires et/ou les problématiques spécifiques liées aux prises en charge dispensées.

Cette démarche de concertation et de diagnostic des territoires est évaluée comme un moyen efficace pour les ARS de connaître les dynamiques existantes sur les territoires. Toutefois, les professionnels de santé et les représentants de fédérations soulignent que cette intégration dans les PRS ne s'est pas forcément traduite par un soutien aux coordinations ou structures préexistantes. En effet, les politiques nationales de santé développées au cours de la période de mise en œuvre du PRS et le développement de nouvelles formes de coordinations entre professionnels et/ou établissements ont remis en cause certaines dynamiques territoriales préexistantes pour en créer de nouvelles. On peut citer en exemple le développement des parcours qui a créé de nouvelles formes de coordination entre acteurs, notamment dans le champ de la perte d'autonomie avec l'expérimentation PAERPA. Cette démarche, issue d'une expérimentation et d'une méthodologie nationale, a été mise en œuvre sur le territoire de Nancy en se substituant aux initiatives de coordinations en cours d'élaboration ou menées par les acteurs locaux.

Autre exemple, au niveau des dynamiques transfrontalières, les représentants de structures médico-sociales soulignent la difficulté à avoir une vision globale sur la réalisation des actions, en particulier sur le champ du handicap. Ainsi, en Champagne-Ardenne, les acteurs du handicap considèrent que l'offre de prise en charge n'a pas assez pris en compte leur connaissance du terrain et l'expérience capitalisée au cours du temps. Ceux-ci ont le sentiment que la dynamique d'appels à projets autour du handicap est défavorable aux zones en proximité des frontières belges au profit des zones plus urbaines et centrales de la région puisque la situation géographique du patient lui permet d'envisager une prise en charge en Belgique.

Le ressenti sur les territoires est que les propositions des acteurs de terrain, pourtant au plus près des problématiques des usagers et des professionnels, ne sont pas assez prises en compte dans les développements d'initiatives. La superposition de dispositifs déclinés à partir d'expérimentations nationales et parfois peu adaptés aux réalités des terrains renforce cette impression de non prise en compte des besoins des acteurs et territoires.

Enfin, les professionnels de santé regrettent que l'évaluation et la prise en compte des dynamiques territoriales se soient arrêtées après l'élaboration du PRS. La mise en place d'une évaluation dynamique de

<sup>4</sup> Pour plus de détails sur les partenaires interrogés, se référer à l'annexe 1

ces coopérations ou coordinations de terrain est une priorité pour ces acteurs dans la définition du nouveau projet régional de santé.

### **Adéquation des dispositifs locaux avec les besoins de la population**

La prise en compte des besoins de la population et des dynamiques territoriales est un préalable indispensable pour les professionnels de santé au développement de dispositifs, issus du PRS ou non. Un point d'attention est soulevé sur l'évolution au cours du temps de la prise en compte de ces facteurs. En effet, les directives nationales et/ou l'évolution des priorités régionales ont pu faire évoluer les moyens alloués aux actions et de ce fait, faire évoluer les réponses offertes à la population par rapport à une problématique de santé. Cette évolution a pu impacter positivement ou négativement les prises en charge déployées sur les territoires.

Les dispositifs développés localement, sans appui premier ou incitation de l'ARS, sont généralement le fait de quelques acteurs décidant de se coordonner pour répondre à une problématique précise de santé sur un territoire. Cette coordination ne s'établit pas nécessairement dans le cadre de la politique régionale de santé mais plutôt sur un effet d'opportunité constitué par l'absence de dispositif de coordination ou la volonté commune d'acteurs. Il est encore parfois difficile de capitaliser sur ces dispositifs par manque de méthodologie, parce que ceux-ci sont trop dépendants des porteurs de projets initiaux et par manque de professionnels médicaux et paramédicaux sur les territoires. La capitalisation de ces initiatives représente un enjeu fort à l'échelle d'une région comme le Grand Est : le repérage des bonnes pratiques et l'éventuelle généralisation de l'initiative dépendent de la capacité des acteurs à extraire les facteurs clés de succès et les risques de leur démarche.

Les équipes mobiles (gériatrie, prévention, handicap), les consultations avancées en établissements médico-sociaux, la télémédecine, les réseaux de soins ainsi que les maisons de santé lorsqu'elles s'appuient réellement sur un projet de territoire sont les initiatives les plus mentionnées par les acteurs dans ce cadre.

#### ➤ Le cas de la télémédecine

La télémédecine est un acte médical qui permet de mettre en rapport à distance un patient et un médecin ou plusieurs professionnels de santé grâce aux technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle contribue ainsi à l'amélioration du parcours de soins des patients et de l'organisation des soins par les professionnels de santé.

Les trois ex-régions sont confrontées à des degrés divers à des problématiques d'inégalités territoriales en termes de répartition de l'offre de santé. L'offre de soins est effectivement de plus en plus concentrée dans des établissements possédant des plateaux techniques importants et les autres territoires se retrouvent en situation de déficit de compétences pour certaines spécialités. La télémédecine est une solution possible pour pallier ce manque en permettant aux établissements de proximité de faire intervenir à distance les référents médicaux présents dans les CHU ou CH importants. La filière Accident Vasculaire Cérébral (AVC), particulièrement, utilise ce dispositif pour faire bénéficier aux patients d'un traitement thrombolytique dans les 4h30 suivant l'accident neurologique.

La télé-expertise permet à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux sur la base des informations médicales liées à la prise en charge du patient. La téléradiologie est un exemple de cette télé-expertise. En Lorraine, un dispositif a été développé pour assurer la continuité d'interprétation des images réalisées sur le territoire régional pour les situations d'urgence de nuit ainsi que les week-ends et jours fériés. Des téléconsultations de dialyse ont également été développées en Meuse et Moselle ainsi que des téléconsultations de gériatrie en EHPAD afin de permettre aux résidents d'avoir accès aux spécialistes sans avoir à se déplacer dans un établissement de santé. En Alsace et Champagne-Ardenne, des dispositifs expérimentaux de téléAVC ont aussi été mis en œuvre.

La progression des maladies chroniques en lien avec le vieillissement de la population rend indispensable le développement de la télémédecine pour éviter les déplacements trop nombreux des patients et pallier le manque de spécialistes sur les territoires.

## 4.2 Mobilisation importante des acteurs territoriaux de la phase du diagnostic à la mise en œuvre des actions

### **Leviers et moyens de mobilisation des acteurs à la mise en œuvre des actions**

La mise en œuvre du PRS est consécutive de la phase de diagnostic et de définition des priorités et actions de la politique régionale de santé. La clé de la mobilisation des partenaires à la mise en œuvre du PRS est l'association à la phase de diagnostic ainsi qu'à celle de définition des objectifs. Une fois les priorités partagées par tous les acteurs, la logique partenariale est plus facile à mettre en place en responsabilisant chaque acteur sur les territoires.

Divers leviers et outils de coordination ont favorisé l'implication des acteurs dans le déploiement et la réalisation d'actions de santé. Ces leviers sont sensiblement les mêmes que ceux mentionnés dans la démarche d'implication des acteurs et partenaires dans la logique de parcours. En premier lieu, le conventionnement et l'élaboration de partenariats sont évidemment des outils permettant l'engagement des acteurs dans des dispositifs conjoints à moyens et longs termes. Ainsi, l'alignement des schémas médico-sociaux avec les conseils départementaux, en Alsace, a notamment permis d'expérimenter des actions coordonnées sur le champ de la perte d'autonomie des personnes âgées et de la prise en charge du handicap. En Lorraine, la signature d'une charte de fonctionnement avec le rectorat a favorisé la structuration d'actions de prévention sur le champ des addictions et conduites à risques des populations jeunes.

Le développement d'outils de coordination fondés sur un diagnostic partagé est également un bon moyen de réunir les acteurs dans une même démarche. Les contrats locaux de santé sont les dispositifs qui ont permis de mobiliser le plus des acteurs de santé et leurs partenaires institutionnels sur des objectifs communs comme par exemple à Reims, Vitry-le-François, Romilly, Strasbourg, Haguenau, dans la vallée de la Bruche et d'autres collectivités. Les conseils locaux de santé mentale, quant à eux, ont permis de réunir les acteurs impliqués dans la prise en charge de la santé mentale mais cette mobilisation a été difficile à traduire en actions concrètes sur le terrain au contraire des CLS.

### **Le développement des contrats locaux de santé : l'action dans la proximité**

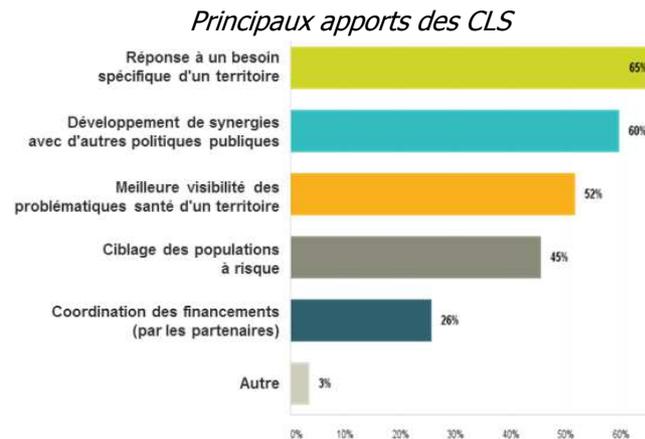
Les Contrats Locaux de Santé (CLS) constituent un outil de déclinaison locale des mesures et actions de la politique régionale de santé. Ce dispositif, animé par les ARS et la ou les collectivités territoriales porteuses du projet principalement implanté sur les territoires en difficultés des ex-régions permet d'élaborer des projets répondant à des besoins de santé locaux, autour de partenariats construits entre les Collectivités Locales, les services de l'Etat, les Conseil Départementaux, le Conseil Régional, les organismes d'assurance maladie, l'Education Nationale, et éventuellement d'autres partenaires.

Ainsi, les objectifs des CLS recouvrent des thématiques prioritaires communes et cohérentes avec les axes et pathologies prioritaires des politiques régionales de santé, majoritairement orientées sur l'accès aux soins et aux droits. On constate des objectifs fortement orientés sur la prévention, et une thématique du premier recours plus particulièrement développée en zones rurales. Par ailleurs, il existe une forte hétérogénéité sur le périmètre des CLS (taille, orientations) et les partenariats engagés, du fait d'un lien fort des contenus de ces outils avec des dynamiques locales et la volonté des élus et des acteurs locaux.

Le niveau de mise en œuvre des actions est variable et révèle des réalités contrastées en fonction du périmètre couvert, des partenaires engagés, de la possibilité de financer un poste de coordonnateur dédié et de la dynamique créée au niveau d'un réseau d'acteurs locaux.

Les CLS ont contribué à la déclinaison de l'animation territoriale des PRS par le développement de contacts réguliers entre les Agences et les collectivités territoriales impliquées bénéfiques pour les deux parties prenantes. Du point de vue des coordonnateurs des CLS et des acteurs territoriaux, cet échange permet un relai d'information sur l'actualité régionale favorable à un échange de pratiques (exemple : mise en œuvre de certains projets ou expérimentations, mise en relation avec d'autres territoires). Du point de vue des ARS, le contact créé avec les acteurs locaux permet de créer une dynamique d'action dans la proximité.

Les apports principaux identifiés pour les CLS corroborent les résultats de notre enquête en ligne : la réponse à un besoin spécifique d'un territoire, le développement de synergies avec les politiques publiques et la meilleure visibilité des problématiques de santé d'un territoire.



En conclusion, les CLS sont globalement perçus comme un outil permettant aux acteurs de santé de dépasser les clivages liés aux différents territoires de réalisation des actions. Malgré la réussite générale et la forte mobilisation autour de ces contrats, certains professionnels de santé et représentants de fédérations invitent à rester vigilants sur les conditions de développement des CLS. Ceux-ci doivent faire l'objet d'une volonté partenariale sur un territoire et ne pas émaner uniquement d'une catégorie d'acteurs (élus, médecins libéraux, réseaux) afin de garantir une approche partagée des problématiques de santé et l'implication à moyen et long terme de tous dans le projet.

### 4.3 Découpage territorial et dynamiques d'animation

On distinguera dans cette partie l'animation territoriale de l'animation des territoires. La première relève de l'action de l'ARS sur les territoires notamment via le travail réalisé par les animateurs territoriaux et les délégations territoriales dans l'appui et le soutien aux initiatives menées et déployés par les acteurs locaux. La seconde relève de l'action des partenaires locaux et des instances de démocratie sanitaire, en particulier les Conférences de Territoire, quant à la mobilisation des acteurs autour des problématiques du territoire.

#### **Le rôle contrasté des Conférences de Territoire**

La mobilisation et le fonctionnement des Conférences de Territoire ont été hétérogènes selon les régions et les territoires de santé concernés. Leur formulation d'avis s'est essentiellement concentrée sur le périmètre des Contrats Locaux de Santé, tel que prévu par la réglementation. Les représentants des Conférences de Territoire ont été associés diversement aux travaux de leur CRSA : invitations aux séances plénières, groupes de travail entre présidents des instances...

L'implication et le rôle des Conférences de Territoire n'ont pas été perçus positivement par certains types d'acteurs en particulier les représentants d'établissements et de professionnels de santé. Les conférences de territoire ont dans l'ensemble suivi des approches différentes dans les travaux menés selon les modalités d'animation par leurs présidents respectifs. La plupart des participants à ces instances soulignent également une mobilisation hétérogène des collègues de participants sur les territoires. Dans les territoires où les Conférences ont été peu actives, certains acteurs locaux soulignent que cette inaction n'a pas été préjudiciable à l'animation du territoire. Enfin, les représentants d'usagers et de fédérations hospitalières, notamment en Alsace, notent que la nouveauté amenée par les Conférences de Territoire et les instances de démocratie sanitaire en général s'est accompagné d'ajustements nécessaires pour les membres quant à leur discours et contribution. Ces ajustements et la nouveauté du dispositif expliquent selon eux les atteroiements constatés dans la mise en place et les travaux de ces conférences.

Une redéfinition du rôle et des modalités de fonctionnement de ces instances apparaît nécessaire, ainsi que leur articulation avec la CRSA, dans le cadre de la mise en place des futurs conseils territoriaux de santé prévue début 2017. L'enjeu est donc de redéfinir les modalités de la démocratie sanitaire sur les territoires pour favoriser l'implication des partenaires et enclencher des dynamiques de réflexion et de travaux à la hauteur de ce qui est produit pour les dispositifs de prise en charge sur ces mêmes territoires.

## Multiplicité des découpages territoriaux constituant un facteur de complexification

Au-delà de la question des conférences de territoire et de leur animation du territoire, la multiplicité des différents niveaux de découpage est vécue comme un facteur de complexification du développement et déploiement des actions. Si les acteurs de santé s'accordent sur le fait que les flux de patients doivent être pris en compte notamment grâce aux bassins de vie et territoires de proximité, ils regrettent la discordance entre les découpages territoriaux politiques et de santé. En effet, cela ne favorise pas la réactivité des acteurs face à une problématique de santé et demande un effort important de coordination qui peut décourager les initiatives. La prise en compte des spécificités des territoires est une des inquiétudes les plus souvent partagées par les acteurs interrogés pendant l'évaluation des PRS.

Ce ressenti des acteurs pose la question des modalités d'animation territoriale par les ARS.

## Modalités d'animation territoriale par l'ARS

Cette animation revêt une réalité différente selon les ex-régions d'appartenance. Ainsi, en Alsace, la notion d'animation territoriale était envisagée en transversal entre les directions métiers. Le territoire restreint de la région a incité l'ARS à supprimer les « missions territoriales » existantes à la création de l'ARS pour insuffler dans ces pôles et directions la dimension territoriale.

En Champagne Ardenne, la première approche à la suite de l'élaboration du PRS a été de privilégier le niveau régional au détriment des niveaux de découpage inférieurs des territoires. Cette approche a évolué en 2013 avec la prise en compte par l'ARS du besoin d'animation territoriale. Celle-ci n'était plus perçue comme une simple courroie de transmission entre le terrain et le niveau régional mais comme une modalité d'action à part entière de la politique de santé régionale.

Enfin, en Lorraine, les fonctions d'animation territoriale ont été confiées aux délégations territoriales. Celles-ci étaient chargées de décliner en fonction de l'état des lieux initial la politique régionale et les schémas. Elles intervenaient en première ligne dans les problématiques de démographie médicale, de premier recours, de santé environnementale et aux niveaux des projets de territoire ainsi que de l'offre en soins sanitaire ou médico-sociale.

### *Exemples cités lors des entretiens d'évaluation*

<b>Alsace</b>	/	Pas de délégations territoriales avant 2016
	/	Animation territoriale pensée en « transversal » au sein des directions métiers
<b>Champagne-Ardenne</b>	/	Délégations territoriales peu sollicitées pour l'animation territoriale avant 2013
	/	Le niveau régional prévalait sur les autres territoires dans la période précédente
<b>Lorraine</b>	/	Animation territoriale confiée aux délégations territoriales de l'ARS

Les acteurs de santé des territoires mettent en évidence un paradoxe dans l'animation territoriale par les ARS. En effet, les délégations territoriales se positionnent à la fois en appui des initiatives locales mais doivent également décliner les politiques nationales sur les territoires. Leur positionnement peut dès lors s'avérer contradictoire pour les acteurs locaux et ceux-ci relèvent parfois des incompréhensions dans l'action des ARS sur certains territoires.

Le soutien aux initiatives locales ne semble que ponctuel du point de vue des professionnels de santé et trop soumis aux injonctions nationales. Dès lors, il apparaît difficile de valoriser les innovations locales et de participer au partage des bonnes pratiques induites ou à leur généralisation. En Alsace, plusieurs acteurs de santé ont regretté le manque de continuité sur les postes des référents thématiques ARS qui a parfois contraint la mise en œuvre des projets (ex : télémédecine).

Un travail de communication et de clarification du positionnement de l'animation territoriale et des délégations territoriales semble nécessaire pour lever ces incompréhensions à l'échelle de la nouvelle région. Cela doit d'autant plus être réalisé que les acteurs locaux, quelle que soit leur ex-région d'appartenance, craignent d'être éloignés des centres de décisions dans le cadre du développement de la région Grand Est et donc que les disparités territoriales ne soient pas prises en compte dans le développement et le déploiement des actions de santé.

## En synthèse

### **Questions évaluatives :**

- / Comment le PRS a-t-il pu ou non prendre en compte les dynamiques territoriales existantes et leurs acteurs ? En quoi les dispositifs développés à l'échelon local ont-ils permis ou non de répondre aux besoins spécifiques de la population ?
- / De quelle façon et avec quels moyens les acteurs locaux et les collectivités territoriales qui ont été impliqués dans le diagnostic (élaboration, réalisation, validation) ont-ils été intégrés dans le processus de mise en œuvre du PRS ?
- / Dans quelle mesure le découpage territorial retenu (territoires de santé, zones de proximité, bassins de vie,...) a-t-il joué un rôle dans la dynamique et l'animation territoriale (notamment rôle des conférences de territoire) ?

### **Le diagnostic local est la clé de l'implication des acteurs**

- / Le PRS a bien pris en compte les dynamiques territoriales et les acteurs au moment de son élaboration, mais peu lors de sa mise en œuvre
- / Les dispositifs développés à l'échelon local ont répondu aux besoins spécifiques de la population lorsqu'ils ont été établis sur la base d'un diagnostic local partagé.
- / Les acteurs locaux impliqués dans le diagnostic du PRS ont été peu associés à la mise en œuvre du PRS

### **Le développement des CLS favorise la territorialisation de l'action en proximité**

- / Le CLS a permis grâce à un diagnostic partagé et une unité de lieu réduite d'engager les acteurs d'un territoire dans des actions communes
- / Cet outil permet la prise en compte des dynamiques existantes et la mobilisation des acteurs

### **La multiplicité des différents niveaux de découpage territorial est vécue comme un facteur de complexification du développement des actions par les acteurs de terrain**

- / La discordance des différents découpages politiques et de santé complexifie l'action
- / Le rôle de l'animation territoriale est essentiel pour faire converger les acteurs sur une même action

### **Recommandations**

- / Redéfinir les modalités d'animation territoriale en grande région (positionnement et rôle des délégations territoriales)
- / Favoriser l'expression des futurs conseils territoriaux de santé remplaçant les conférences de territoires
- / Développer l'action de proximité autour des CLS et des dispositifs fondés sur un diagnostic partagé par les acteurs

# 5 L'amélioration de l'accès à la santé

## Préambule

Le bilan évaluatif présenté est issu de l'analyse documentaire et d'entretiens individuels ou collectifs menés avec des représentants de l'ARS, des partenaires représentants de fédérations hospitalières, d'usagers et de membres des instances de démocratie sanitaire<sup>5</sup>. L'analyse est complétée par les données et propos recueillis lors des groupes de travaux territoriaux et du focus group dédiés à la coordination des établissements de santé.

L'accès à la santé revêt de nombreuses dimensions qu'ils s'agissent de l'amélioration des prises en charge de pathologies, l'organisation des filières de façon coordonnée et graduée par territoire, l'équilibre médico-économique des établissements de santé. La démographie des professionnels de santé est un élément primordial de l'accès à la santé sur les territoires en tant qu'elle structure l'offre médicale et la réponse apportée aux patients. L'amélioration ou l'organisation des coopérations entre établissements de santé pour favoriser l'adéquation entre les besoins et l'offre de soins répond également à cette problématique de l'accès à la santé des patients. De nombreux dispositifs ont été mis en œuvre au cours des PRS pour favoriser l'amélioration de cet accès.

## 5.1 Adéquation entre les besoins des territoires et les reconfigurations des offres de soins

Différentes modalités de reconfigurations des offres de soins ont coexisté sur la période de mise en œuvre du PRS. Elles se répartissent cependant en deux catégories majeures : d'une part la concentration des établissements, dans le cadre de fusions ou de regroupements, d'autre part le renforcement de coopérations entre structures, le plus souvent à l'échelle d'un territoire de santé.

L'offre privée, à l'instar des évolutions nationales, poursuit son mouvement général de concentration d'établissements. Cela s'est traduit par exemple en Alsace, par le regroupement de trois cliniques réunie par un projet de construction d'un nouvel établissement commun (Rhena).

Au niveau de l'offre publique, divers dispositifs ont été mobilisés dans cette logique de reconfiguration des offres de soins sur les territoires. Des groupements de coopération sanitaire se sont développés, notamment dans des territoires ruraux comme en Nord-Ardenne (cf focus page suivante). De nombreuses coopérations hospitalières ont été organisées dans le cadre de communautés hospitalières de territoire qui permettaient notamment des mutualisations de plateaux techniques ou de services supports.

La montée en puissance des groupements hospitaliers de territoire va favoriser ces reconfigurations des offres de soins grâce au projet médical partagé à mettre en œuvre. En effet, la mise en place des GHT repose sur :

- / l'organisation de la gradation des soins hospitaliers et le développement des stratégies médicales et soignantes de territoire
- / l'élaboration d'un projet médical partagé qui porte sur toutes les activités et qui organise une offre de soins de proximité et de recours.

Ce projet médical partagé doit apporter la garantie que l'offre de soins correspondra aux besoins de la population.

Cette problématique des besoins de la population et des territoires est primordiale dans la décision autour des reconfigurations des offres de soins. D'une manière générale, les acteurs interrogés estiment que les besoins des territoires ne sont parfois pas assez pris en compte par l'ARS au moment des prises de décision pour les reconfigurations de l'offre. Les représentants des établissements, des fédérations hospitalières et des instances de démocratie sanitaire ont le sentiment que, même s'ils sont concertés, l'ARS a déjà pris sa décision avant de les solliciter pour un regroupement d'établissements ou le développement d'une coopération. A contrario, les représentants des ARS soulignent le peu d'initiatives provenant directement des

<sup>5</sup> Pour plus de détails sur les partenaires interrogés, se référer à l'annexe 1

établissements pour proposer des reconfigurations d'offres ou tout du moins des modalités de coopération avec des établissements proches. On peut cependant citer en exemple le développement de la coordination des Hôpitaux Champagne Sud autour du Centre Hospitalier de Troyes.

## Focus sur la coordination entre établissements

*Reconfiguration de l'offre entre établissements de santé*

### **L'exemple du Groupement de Coopération Sanitaire Nord-Ardenne**

Les Centres Hospitaliers de Sedan et de Charleville Mézières sont aujourd'hui en direction commune et forment avec des acteurs privés non lucratifs le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Territorial Ardenne Nord.

La création du GCS repose sur la mise en vente de la Clinique du Parc de Charleville Mézières par le groupe propriétaire de l'établissement. Avec le soutien de l'ARS de Champagne-Ardenne et de plusieurs acteurs locaux, l'hôpital de Charleville-Mézières a décidé, en partenariat avec celui de Sedan, de se positionner pour la reprise de la polyclinique en s'associant à d'importants partenaires dans le cadre du GCS Territorial Ardenne Nord.

Le GCS regroupe donc plusieurs acteurs : les hôpitaux de Sedan et de Charleville-Mézières qui concentrent les activités de court séjour, le groupe Orpea qui gère les activités SSR (dont un projet de reconversion des locaux de la clinique) et 50 lits d'Ehpad et la Mutualité des Ardennes, responsable de l'Hospitalisation à Domicile.

Une gestion par pôles a été mise en place avec une réorganisation profonde de l'hospitalisation : évolution en hospitalisation de semaine de nombreux services, développement des activités ambulatoires. Les unités ont été ouvertes à plusieurs spécialités pour permettre la fluidification des parcours patients.

Divers facteurs clés de succès peuvent être cités pour expliquer la réussite de cette opération. En premier lieu, le rapprochement des ressources humaines des établissements a permis la réaffectation des personnels privés sur les différentes activités du GCS : court séjour, SSR et HAD. Cette restructuration n'a occasionné aucun licenciement. L'implication des personnels de tous les établissements dans le processus est à souligner, qu'ils s'agissent de personnels médicaux, paramédicaux ou administratifs.

La création du GCS a permis in fine le maintien d'une offre publique et privée sur le territoire par la coopération de plusieurs acteurs et une gouvernance commune de la structure. Ce maintien de l'offre a renforcé l'attractivité des établissements en permettant aux médecins de choisir leur cadre d'exercice. La coopération entre les élus, l'ARS et les directions d'établissements a grandement facilité la réussite de cette opération ainsi que l'implication générale des personnels.

## 5.2 Apports de la structuration des filières sur l'accès aux soins

### Principaux enjeux

Une filière de soins correspond à la trajectoire de soins empruntée par un patient sur un territoire. La complexification des prises en charges des personnes impliquent souvent plusieurs types d'établissements (établissements de santé, médico-sociaux, etc.) tout en nécessitant de fortes articulations avec les acteurs de ville. A titre illustratif, plus de 20% de l'activité d'un établissement sanitaire est directement liée aux autres établissements du territoire (transfert amont ou aval, HAD, SSR...)⁶. Le développement des maladies chroniques accentue le besoin de développer des filières pour offrir une prise en charge aux patients en tous points du territoire.

### Des filières de soins permettant la couverture du territoire

La filière AVC a été particulièrement développée par les ARS des trois ex-régions au cours de la mise en œuvre des PRS. La structuration de cette filière s'est organisée grâce au développement d'unités neuro vasculaire (UNV) dans les établissements de santé (trois en Alsace, cinq en Lorraine). Le dispositif de télé-médecine est important dans la structuration de cette filière en tant qu'il permet l'accès aux premiers soins en tous points du territoire par la mise en place de téléconsultations. Enfin, l'UNV en tant qu'unité de court séjour ne peut être la seule réponse hospitalière dans la prise en charge de l'AVC. Le développement des structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) complémentaires permet de disposer d'une offre graduée et coordonnée.

La filière SSR a également subi de profonds changements, en particulier par l'ouverture d'établissements et de places/lits supplémentaires. Ils permettent d'améliorer la fluidité des prises en charge en court séjour et de désengorger les unités spécialisés. Quatre pôles de coordination SSR ont été développés en Lorraine pour favoriser le rapprochement entre court séjour, SSR et les structures d'aval. Des outils comme viaTrajectoire (Alsace, Champagne-Ardenne) ou Imad (Lorraine) permettant l'orientation des patients vers les SSR ou les établissements médico-sociaux facilitent les échanges entre établissements et les parcours de patient au sein des filières. La prise en charge cancérologique s'est également développée en filière grâce à des installations d'IRM et scanner supplémentaires dans les établissements de santé ainsi que des créations d'autorisations de SSR oncologiques et oncogériatriques. Ces matériels permettent le maintien d'offres de chimiothérapie de proximité.

Les acteurs interrogés au cours de la démarche d'évaluation mettent en valeur les progrès réalisés dans la structuration des filières de soins. Le développement des offres de SSR leur semble un préalable indispensable à la bonne coordination et gradation des soins pour les patients.

Cependant, cette structuration doit être poursuivie afin de compléter la couverture territoriale et faire en sorte que chacun sur son territoire puisse être en capacité d'être pris en charge, selon sa pathologie, dans une filière adaptée, coordonnée et graduée.

## 5.3 Leviers et outils mobilisés contre la baisse de la démographie des professionnels de santé

### Principaux enjeux

A l'instar d'un grand nombre de régions françaises, la Champagne-Ardenne, la Lorraine et dans une moindre mesure l'Alsace connaissent une démographie médicale sous tension. En conséquence, l'une des principales

<sup>6</sup> Source Anap

priorités des politiques régionales de santé est l'accès aux soins de premier recours notamment dans les zones rurales et péri-urbaines.

Le besoin de soins dans les trois ex-régions est plus élevé compte tenu de l'état de santé dégradé de la population (cf indicateurs de santé régionaux). Ce besoin s'exprime essentiellement auprès des généralistes étant donné le déficit important en médecins spécialistes. Les généralistes ont donc un champ d'intervention plus large qu'en moyenne française. En outre, les perspectives sont préoccupantes en particulier dans certaines zones rurales, avec une augmentation significative de la part des médecins âgés de plus de 60 ans.

L'enjeu des territoires est donc d'attirer les jeunes médecins pour rajeunir la population médicale installée et maintenir une offre de soins libérale ou en établissements. Cet enjeu est partagé par les élus locaux, bien conscients de l'incidence de cette présence médicale sur l'attractivité de leurs territoires.

### **Un triptyque d'outils au service de l'installation des professionnels de santé**

Trois types de mesures ont principalement été mobilisés par les ARS dans cette volonté de participer au maintien ou à l'amélioration de la démographie médicale sur les territoires.

Le premier volet de ces mesures est le financement. Les incitations financières, parfois accompagnées d'avantages fiscaux, ont été proposées dans le cadre des Pactes Territoires de Santé avec notamment :

- / Le contrat d'engagement de service public (CESP), créé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009. Il prévoit que les étudiants en médecine peuvent se voir accorder une allocation mensuelle à partir de la 2<sup>ème</sup> année des études médicales. En échange, les étudiants bénéficiaires s'engagent – pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum – à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée.
- / Le dispositif du praticien territorial de médecine générale (PTMG), a pour objet de favoriser l'installation des jeunes médecins et de faciliter l'exercice médical libéral dans les territoires fragiles. Le PTMG signe un contrat avec l'ARS par lequel il s'engage à implanter tout ou partie de son activité dans un territoire fragile, aux tarifs opposables ; en contrepartie, un niveau de rémunération lui est garanti. Ce contrat est conclu pour une durée maximale d'un an, renouvelable par tacite reconduction mais qui ne peut excéder une durée totale de deux ans.

Ces mesures ont donné lieu en Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine à la mise en place de, respectivement, 10, 36 et 23 dispositifs PTMG ainsi que 32, 101 et 56 CESP. En outre, des campagnes de promotion sur ces dispositifs ont été réalisées dans les trois ex-régions.

Le deuxième volet des mesures de lutte contre la baisse de la démographie médicale consiste en l'incitation à l'exercice médical regroupé et coordonné. Comme énoncé précédemment, la période 2012-2016 a permis le déploiement des maisons de santé pluri professionnelles (MSP). Cette évolution du mode d'exercice de la médecine est encouragée par de nombreux professionnels de santé notamment dans les zones rurales et périurbaines et vise à offrir dans un même lieu un accès à différents professionnels et à un ensemble de services de santé (soins, prévention).

Enfin, le troisième volet tend à lutter contre la pénurie de médecins en établissements de santé par la création de postes d'assistants spécialistes partagés. L'assistant spécialiste (en post-internat sur deux ans) travaille sur deux établissements différents: soit CHU/CH, soit CH/CH. A l'issue de ces deux ans, le CH s'engage à ouvrir un poste de PH, l'ASP pouvant alors postuler pour ce poste. L'idée est de promouvoir la formation en post-internat, en permettant à l'ASP d'intégrer une équipe universitaire, où il pourra participer aux missions de recherche et d'enseignement, tout en encourageant l'installation en zones fragiles en offre de soins. 20 postes sont financés en Alsace de 2012 à 2018 dans ce cadre, ainsi que 68 postes en Champagne-Ardenne et 79 en Lorraine.

La réussite de ces dispositifs est diversement appréciée par les acteurs locaux. Si les ARS estiment qu'elles ont permis de limiter la baisse de la démographie médicale avec ces mesures, les autres acteurs sont plus sceptiques sur l'évolution de la démographie des professionnels de santé et l'attractivité des territoires. L'exercice en zone rurale souffre d'une réelle désaffection, en témoignent les difficultés à fidéliser les médecins sur un territoire malgré le développement de locaux financés par les collectivités et les incitations financières offertes à l'installation. L'expiration de ces incitations est un moment redouté par les élus et les

usagers qui évoquent les craintes de perdre les praticiens installés sur les territoires. Les fédérations de professionnels de santé semblent également sans solutions face à cette problématique démographique. Les disparités géographiques et socioéconomiques du nouvel ensemble régional n'encouragent pas les acteurs de santé à imaginer un développement de l'attractivité pour les professionnels de santé à court terme.

## En synthèse

### **Questions évaluatives :**

- / Les reconfigurations de l'offre ont-elles été adéquates avec les besoins des territoires ? En quoi les orientations et actions mises en œuvre dans le cadre du PRS ont permis ou non de restructurer l'offre de soins ?
- / En quoi la structuration des filières a-t-elle contribué à améliorer l'accès aux soins ?
- / En quoi les leviers, outils utilisés ont-ils permis ou non de répondre aux enjeux de la démographie des professionnels de santé

### **Des reconfigurations de l'offre de soins « à marche forcée »**

- / Malgré des concertations préalables, les acteurs de santé ont le sentiment que les reconfigurations de l'offre sont imposées par l'ARS.
- / Les reconfigurations répondent aux évolutions des besoins en prise en charge sur les territoires mais sont parfois mal comprises sur les territoires ruraux.
- / La coordination entre établissements est reconnue comme un moyen de développement des prises en charge et de l'attractivité en général mais les démarches de rapprochement hors injonctions nationales (CHT, GHT) sont peu nombreuses.

### **Les filières de soins améliorent l'accessibilité sur l'ensemble du territoire**

- / L'organisation en filière permet d'offrir des prises en charge coordonnées et graduées à la population sur les territoires.
- / Le développement de la filière AVC, en particulier avec son versant télémédecine, illustre cette capacité à offrir un service en tous points du territoire à la population.
- / L'organisation de nouvelles modalités de communication et coordination dans les filières SSR et de cancérologie permet également l'accès aux soins en proximité pour la population.

### **La démographie des professionnels de santé, principal facteur limitant de l'accès aux soins**

- / L'enjeu de la démographie médicale est commun aux trois régions, à des degrés divers de gravité.
- / Le manque de spécialistes est particulièrement préoccupant dans les zones rurales

### **Les incitations financières à l'installation des professionnels ont un effet en trompe l'œil sur l'attractivité des territoires**

- / Les actions incitatives mises en place ont des effets limités sur l'installation des professionnels et ne permettent pas d'inverser la tendance.
- / L'attractivité des zones rurales est très limitée et seuls les dispositifs favorisant l'exercice coordonné semblent offrir une réponse efficiente à moyen terme.

### **Recommandations**

- / Améliorer la concertation et clarifier les modalités de prises de décision autour des reconfigurations de l'offre de soins
- / Poursuivre le développement des filières pour compléter la couverture territoriale de l'offre de soins
- / Inciter les élus locaux à agir sur l'attractivité de leurs territoires pour pérenniser la présence des professionnels de santé

# 6 La contribution à la réduction des inégalités sociales de santé

## Préambule

Outre l'analyse documentaire, le bilan évaluatif présenté est issu d'entretiens individuels ou collectifs menés avec des représentants de l'ARS, des partenaires représentants de fédérations hospitalières, d'usagers et de membres des instances de démocratie sanitaire<sup>7</sup>. L'analyse est complétée par les données et propos recueillis au cours des focus group dédiés aux populations en situation de précarité, à l'obésité et au surpoids chez l'enfant et à la prise en charge de la santé mentale.

## 6.1 Réduction des inégalités d'accès à l'information

L'accès à la santé des publics vulnérables constituait une préoccupation commune des trois ex-ARS. L'enjeu de la diffusion de l'information en santé est de délivrer le bon message à la bonne population au bon moment. Cela nécessite un ciblage fin des populations auxquelles délivrer le message.

Pour cela, les actions développées les ex-agences ont été dans la mesure du possible mises en place au plus près des milieux fréquentés par les publics les plus éloignés du système de santé :

- / Quartiers prioritaires dans le cadre de CLS,
- / Structures sociales et d'insertion
- / Lieux de prises en charge de publics spécifiques : migrants, personnes en situation de vulnérabilité, détenus.

Ainsi, des acteurs du champ de la santé mais aussi du social contribuent à repérer et accompagner ces personnes dans leurs démarches d'accès aux droits, à la prévention et aux soins. D'autres dispositifs ont permis de compléter cette approche de proximité de la question de l'accès à l'information à l'échelle des ex-régions.

Ainsi en Lorraine, des fiches précarité ont été élaborées par l'Ordre des Médecins à destination des généralistes pour les sensibiliser aux difficultés spécifiques d'accès à la santé des personnes vulnérables. Les pharmaciens des quatre départements lorrains se sont également investis dans un travail d'alerte et de repérage d'absence ou de renouvellement de droits. Des actions de communication ont été menées en concertation avec la Mutualité Française de Lorraine pour informer la population sur ses droits.

En Alsace, un état des lieux régional pour améliorer la connaissance et l'observation partagée avec les partenaires a été mené avant le développement d'actions facilitatrices d'accès à la santé pour les publics vulnérables. Le développement des missions « hors les murs » des permanences d'accès aux soins (PASS) permet de toucher les personnes au plus près de leur milieu de vie tout en garantissant une prise en charge sanitaire de qualité et mieux répartie au niveau des territoires de santé.

D'une manière générale, cette démarche d'aller vers la population, d'agir « hors les murs » est évaluée positivement par les acteurs de santé et les ARS d'autant que certains territoires ou certaines populations n'ont pas accès aux PASS.

<sup>7</sup> Pour plus de détails sur les partenaires interrogés, se référer à l'annexe 1

## Focus sur les populations en situation de vulnérabilité

### **Les partenariats et dispositifs engagés avec l'Assurance Maladie visant à faciliter les procédures d'ouvertures et/ou de renouvellement de droits**

La Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) est un dispositif expérimenté sur une vingtaine de départements dont les départements lorrains : il s'agit de repérer et d'accompagner les personnes qui se déclarent en situation de rupture d'accès aux soins. Les usagers doivent émettre le souhait de bénéficier de soins et ainsi la CPAM accélère les démarches d'accès aux droits.

Plusieurs conventions CPAM ont également été élaborées afin de faciliter le repérage et l'accompagnement dans les démarches d'accès aux droits des usagers en situation de vulnérabilité avec les Centres Communaux d'Action Sociale, les PASS, les médecins traitants, les unités en milieu pénitentiaire, les missions locales, les établissements de santé (exemple en Lorraine : le CH de Verdun et de Bar Le Duc).

Ces différentes conventions ont permis de fluidifier les démarches d'accès aux droits et de sensibiliser les différents partenaires aux problématiques que peuvent rencontrer les usagers en situation de vulnérabilité dans leurs procédures d'accès aux droits. Dans le cadre de certaines conventions (avec la mission locale par exemple), des réunions collectives ont pu être organisées directement auprès des usagers. Par ailleurs, une boîte mail dédiée a été créée pour recevoir les demandes des partenaires signataires d'une convention labélisée : la CPAM s'engage à régler les procédures en moins de 48H.

Selon les acteurs, il a été plus ou moins aisé de mettre en œuvre les conventions. Par exemple en Lorraine, une centaine de conventions ont été proposées à différents acteurs. Seules 52 ont été ratifiées. Les difficultés ont principalement touché les acteurs qui ne sont pas directement concernés par les problématiques de santé (ex : les CCAS). Certaines organisations (Médecins du Monde par exemple) ont également choisi de ne pas signer de conventions car elles sont créatrices de procédures spécifiques excluant de fait des personnes en situation de vulnérabilité : certaines d'entre elles doivent fournir des documents en doublon, certaines situations restent non prévues par les textes, ... Il n'existe pas d'homogénéisation des procédures de demandes d'ouverture ou de renouvellement de droits, ce qui serait souhaitable sur le Grand Est selon les acteurs. Le conventionnement doit s'établir sur un territoire et non vis-à-vis d'une population particulière.

### **Les appels à projets conduits dans le cadre du PRAPS en faveur de l'accompagnement des personnes en situation de précarité dans leurs démarches vers la santé**

Les dispositifs financés dans le cadre du PRAPS (notamment les appartements thérapeutiques, Lits « halte soins santé », les lits d'accueils médicalisés) sont encore peu développés sur le Grand Est. Les acteurs de santé ont le sentiment qu'il s'agit de nouveaux dispositifs qui viennent s'ajouter à des dispositifs sans avoir vraiment de coordination et d'articulation entre eux.

Les cahiers des charges des appels à projets comportaient des exigences de coordination avec les autres dispositifs. Cela n'a pas été mis en œuvre jusqu'à présent alors que des opportunités sont envisageables. Par exemple, des mutualisations pourraient être réalisées entre les médecins réalisant des consultations avancées et ceux intervenant dans les appartements thérapeutiques. L'ARS doit accentuer son rôle de coordination plus que de simplement communiquer sur ces dispositifs. Une coordination pluridisciplinaire et transversale entre les différents secteurs est attendue pour harmoniser ces dispositifs et favoriser les complémentarités.

### **L'accès aux soins et la promotion de la santé en milieu pénitentiaire**

Le parcours de santé des détenus doit s'apprécier dans sa globalité afin de préparer au mieux la sortie et le retour dans les dispositifs de droit commun. Plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre pour les parcours de soins des détenus, thématique qui a constitué une priorité d'action de la part des ARS, avec de belles évolutions selon les acteurs. Plus récemment, les ARS se sont investis autour d'action de promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Par exemple, un travail d'articulation et d'homogénéisation des dispositifs en addictologie a eu lieu pour faciliter les liens entre prise en charge en ambulatoire, actions de promotion de la santé et anticipation/préparation de la sortie, sous le pilotage de l'ARS, notamment en Champagne-Ardenne.

Une difficulté relevée par les acteurs champardennais porte sur les soins psychiatriques car peu de psychiatres interviennent en milieu carcéral.

### **Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les travaux d'harmonisation issus de la coordination régionale**

Un travail d'harmonisation des pratiques des PASS est en cours en Lorraine et en Alsace depuis 2014 et doit aboutir à une coordination sur tout le Grand Est, avec la prise en compte des bonnes pratiques (« travail de valorisation des PASS locales »). Les PASS sont confrontées à des questionnements sur leur fonctionnement : quels publics accueillir ? Quand « tarifer ou ne pas tarifer » (le financement des PASS est lié à la file active et il n'y a pas de règles homogènes sur le « comptage ») ? Comment insérer le fonctionnement des PASS dans un parcours de vie ? Le travail d'homogénéisation en cours doit permettre de construire un référentiel commun. Ces attentes sont également liées à l'évolution des publics pris en charge dans les PASS : évolution de la gestion de la « bobologie » auprès de populations en situation de vulnérabilité à la prise en charge de pathologies très lourdes auprès de populations migrantes.

De l'avis général, les PASS ont été bien accompagnés par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) puis les ARS depuis l'année 2000, date de leur création. Cependant, le manque de continuité des référents ARS en charge des PASS suite aux récentes réorganisations est préjudiciable à l'accompagnement. En Champagne-Ardenne cependant, il n'y a pas eu de travail de coordination régionale. Certaines zones sont encore dépourvues de PASS, alors que cela constituait une des priorités de l'animation territoriale de l'ARS dans la région. Les inquiétudes sont donc fortes au moment de s'engager dans la nouvelle région sur la perspective de voir ce déséquilibre s'accroître.

Les recommandations des acteurs de santé pour l'amélioration du fonctionnement des PASS consistent par exemple à favoriser le développement des PASS « hors les murs » avec des référents Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) dans les centres hospitaliers (CH) qui ne bénéficient pas de PASS, particulièrement sur des actions de promotion de la santé. L'identification des publics, territoires ou problématiques non couverts par les PASS est également une problématique à prendre en compte au travers de projet intra-PASS ou inter-PASS. Le développement de consultations dédiées au sein des PASS permettrait également de ne pas voir revenir les patients par les urgences, contrairement à de fréquentes situations actuelles. L'enjeu de l'accès aux soins repose sur la mobilisation des professionnels de santé libéraux et leur capacité à convaincre les patients de ne pas refuser les soins et de s'engager dans des procédures d'accès aux soins. La logique partenariale prévaut dans l'action autour des populations en situation de vulnérabilité

## 6.2 Intégration des déterminants de santé dans les projets émanant des PRS

L'intégration des déterminants de santé dans les projets émanant du PRS pose la question de l'identification de ces déterminants. Un des enjeux de l'action autour des inégalités sociales de santé est d'améliorer la connaissance et l'observation partagée des populations confrontée à ces inégalités.

Les nombreuses enquêtes spécifiques menées par les ARS permettent de renforcer leurs connaissances de la santé de certaines populations et de leurs accès aux soins. Les enquêtes menées sur le handicap dans le cadre de la médecine de ville avec les Centres Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) fournissent des états des lieux de la santé de la population en situation de handicap. L'élaboration des CLS est également un moyen de réaliser un diagnostic de l'état de santé de la population concernée.

L'action sur les déterminants de santé passe par la possibilité de faire prendre en compte l'impact sur la santé de politiques hors du champ sanitaire (logement, transport, aménagement urbain, environnement etc.). Les ARS n'ont pas de leviers directs sur l'intégralité des déterminants de santé. Leur prise en compte se fait donc dans le cadre d'une démarche partenariale.

Les déterminants de santé principaux des trois ex-régions ont été intégrés dans les projets du PRS. En effet, dès la phase d'élaboration, ceux-ci ont été identifiés par l'ARS ou ses partenaires avant d'être déclinés au sein des objectifs stratégiques ou priorités des PRS.

Ainsi, le champ du surpoids et de l'obésité nous offre plusieurs illustrations de cette intégration des déterminants de santé dans les projets émanant des PRS.

En Alsace, le dispositif Preccoss a pour origine des médecins établissant le diagnostic de la forte proportion de jeunes en surpoids dans leur patientèle. Le dispositif s'est donc développé pour offrir une réponse coordonnée et partenariale avec les acteurs sociaux et éducatifs sur cette problématique. D'une certaine manière, l'action « Sport Santé sur Ordonnance » répond à la même démarche d'action sur les déterminants de santé. Depuis 2012, cette expérimentation a pour objectif principal de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à l'état de santé des malades chroniques, dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé. 300 médecins généralistes strasbourgeois ont signé la charte d'engagement du dispositif et peuvent prescrire à leurs patients une activité physique modérée et régulière. Ce dispositif a été développé dans le cadre du CLS de la ville de Strasbourg.

Un plan régional « sport santé bien être » a été mis en place en Champagne-Ardenne en partenariat avec la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale. En Lorraine, le dispositif Santé par l'Activité PHYSique Régulière (Saphyr) permet la reprise du sport pour les malades chroniques. Il est développé au sein des structures sanitaires et médico-sociales et permet :

- / L'élaboration, l'animation et l'évaluation de programmes d'activités physiques collectifs ou individuels adaptés à leurs patients, en lien avec les professionnels de santé ou médico-sociaux;
- / L'organisation, en lien avec les professionnels de santé concernés, de formations spécifiques destinées au perfectionnement des professionnels de l'activité physique et sportive dans un champ considéré (exemple : particularité des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque);
- / L'organisation de séances d'information destinée à optimiser la prescription d'activité physique par les professionnels de la santé des structures concernées.

L'intégration des déterminants de santé dans les actions du PRS est donc consécutive de la réalisation de diagnostics locaux permettant d'identifier les problématiques et les inégalités sociales en lien avec la population.

## 6.3 Actions partenariales de réduction des inégalités de santé

### **Le choix de l'approche territoriale ou populationnelle pour la réduction des inégalités sociales**

Les acteurs interrogés révèlent différentes approches, avec toutefois le point commun de l'accentuation du focus sur la dimension territoriale. L'approche populationnelle n'est pas à rejeter mais si elle n'est pas combinée à une approche territoriale, le risque est important qu'elle débouche sur des actions « hors-sol » éloignées des réalités du terrain.

Au-delà de cette question de l'approche, celle du partenariat ne présente aucun enjeu pour les acteurs interrogés. En effet, la problématique de la réduction des inégalités et par conséquent l'action sur les déterminants de santé ne peut être envisagée pour les acteurs en dehors d'un cadre partenarial afin de maximiser les effets des actions sur la population ciblée. Les acteurs interrogés soulignent majoritairement la nécessité d'accompagner les populations en situation de vulnérabilité à l'insertion ou au maintien dans les dispositifs de droit commun pour accentuer la réussite des actions spécifiques vers une population. Les questions relatives à l'insertion professionnelle, l'accès au logement, à l'éducation, aux prestations sociales sont autant de problématiques ayant une incidence sur l'état de santé des populations et qui doivent être adressées par les partenaires de l'ARS.

La pérennisation des dispositifs est également un enjeu relevé pour permettre aux acteurs de travailler dans le temps long sur un territoire ou une population.

### **Réalisations clés**

Comme évoqué plus haut, le PRAPS joue un rôle essentiel dans la mobilisation des partenaires pour la réalisation d'actions partenariales de réduction des inégalités de santé.

Parmi les projets non encore évoqués dans cette partie, on peut citer en exemple le partenariat Mutualité Sociale Agricole/ARS en Champagne Ardenne qui permis de réaliser des actions de promotion de la médecine en campagne et surtout des diagnostics territoriaux participatifs, un préalable nécessaire à l'appropriation des problématiques locales par les acteurs.

Le partenariat entre l'ARS Lorraine et l'IREPS portant sur la préfiguration de CLS et d'actions de prévention illustre également notre propos.

## Focus sur le surpoids et l'obésité chez les enfants

### **Le dépistage précoce et la prévention : partenariats avec la politique de la ville et l'Education Nationale**

La question de la volonté politique au sens large est primordiale pour l'émergence d'actions et de dispositifs dédiés à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de l'obésité chez les jeunes. L'identification du décideur et du porteur de l'initiative permet le bon déploiement auprès des partenaires de terrain. Le territoire doit aussi être pris en compte dans la dynamique d'élaboration du dispositif afin d'impliquer les acteurs locaux dans le diagnostic et la mise en œuvre.

D'une manière générale, les acteurs de la prise en charge de l'obésité chez les jeunes soulignent l'efficacité de la coopération avec l'Education Nationale pour la prévention en milieu scolaire. Celle-ci doit toutefois s'accompagner d'une réflexion globale autour des interventions programmées dans les établissements pour faciliter l'acceptation et l'appropriation des actions par l'équipe éducative : travail sur la collation matinale en Alsace, programme « Je me bouge dans mon quartier » à Strasbourg. Les équipes éducatives sont demandeuses, une fois les actions mises en œuvre, d'accompagnement par les acteurs de la prise en charge pour des rencontres avec les familles dans la mesure où les questions d'équilibre alimentaire renvoient à beaucoup de causes factorielles comme le sommeil.

Le lien avec les familles est une des conditions principales de la réussite de ces dispositifs de dépistage et de prévention. Les actions menées dans les centres d'actions socioculturel ou autre lieux d'accueil au sein des villes impliquent une nécessaire coordination des acteurs périscolaires et socio-éducatifs dans la délivrance des messages aux familles. L'orientation des dispositifs de prévention vers ces structures permet de sortir du cadre tout scolaire et de former l'ensemble des intervenants autour de pratiques communes sur le même territoire. L'enjeu est que tous les référents éducatifs des familles (acteurs sociaux, éducateurs sportifs) dispensent les mêmes messages et la même vision de l'équilibre alimentaire et du sport-santé.

### **La structuration de l'offre de soins spécifique à l'obésité**

Les promoteurs des réseaux territoriaux de prises en charge de l'obésité sont des professionnels de santé libéraux s'interrogeant sur les actions à mettre en œuvre après le dépistage de l'enfant et l'orientation à donner aux enfants et aux familles, notamment dans des territoires où le recours thérapeutique est rare sur cette problématique.

A titre d'exemple, le dispositif Preccoss à Strasbourg part de cette volonté commune des libéraux de coordonner leurs prises en charge. Aujourd'hui, les jeunes sont pris en charge jusqu'à 12 ans avec une volonté à terme de les prendre en charge jusqu'à 18 ans. Le travail d'adhésion est long pour les familles notamment pour les convaincre de l'apport pluridisciplinaire de la prise en charge. Au sein du dispositif, des ateliers collectifs sont organisés pour les familles (cuisine, sport, psychologie). Des formations ont également lieu pour les médecins et les acteurs des quartiers afin de les éveiller aux messages principaux à délivrer auprès des enfants pris en charge et de leur entourage.

L'expérimentation Pralimap (promotion de l'alimentation et de l'activité physique), mise en œuvre avant la période du PRS actuel en Lorraine, avait démontré les bénéfices d'une amélioration de la coordination des soins entre professionnels de santé. L'organisation en proximité permet la coordination et le lien avec les autres structures du territoire comme par exemple les MSP sur l'éducation thérapeutique.

Les réseaux dans les trois ex-régions s'appuient donc sur les médecins libéraux pour la coordination des prises en charge. Les autres intervenants sont les pédopsychiatres pour la communication avec les familles, les IDE pour l'éducation thérapeutique et des enseignants en activité physique adaptée (APA). En outre, des partenariats existent avec des clubs sportifs pour la réalisation d'actions de sport santé. Ces passerelles sont primordiales pour une prise en charge globale et pour continuer la

démarche du réseau d'aller vers le patient et son entourage. Le maintien du lien de proximité avec les familles facilite la délivrance globale des messages et la prise en compte par ces dernières de la gradation de l'accompagnement.

Les réseaux ont développé des outils propres pour faciliter la coordination et l'accompagnement : livret d'accompagnement, courrier spécifique d'orientation (réseau de cardio prévention d'Obernai et dispositif Preccoss) proposition d'une rencontre famille, médecin, enfant (dans le cadre du dispositif Preccoss mais peu réalisée dans les faits selon les acteurs), rencontres avec des médecins de MSP. Le manque identifié par chaque structure est celui d'un système d'information partagé avec les acteurs impliqués dans la prise en charge.

Le modèle global de l'action est déjà défini sur la région avec ces différents dispositifs de prises en charge pluridisciplinaires. Les acteurs portent leur vigilance sur le financement des actions et le maintien du médecin traitant comme coordinateur du lien avec les autres spécialités. La difficulté pour les réseaux est de trouver des profils orientés « pédiatrie ». Aujourd'hui ce sont plutôt des profils de spécialistes libéraux qui sont mobilisés, cette même mobilisation étant de plus en plus difficile par manque de temps des professionnels de santé.

## Focus sur la santé mentale

### **Le repérage précoce des troubles mentaux**

La culture du réseau est très présente en pédopsychiatrie, les partenariats se sont donc noués naturellement avec l'Education Nationale et les médecins généralistes pour l'accueil des adolescents en difficulté. Le problème de la démographie médicale limite tout de même ces interventions. Comment faire pour aller plus vers les patients et les libéraux avec un nombre de psychiatres en baisse constante ? Ainsi au sein de la Maison des Adolescents de la Marne, les consultations de pédopsychiatrie sont limitées à six par patients de par l'importance de la file active à prendre en charge. A Strasbourg, une ligne téléphonique dédiée a été mise en place pour les médecins généralistes prenant en charge des adolescents en situation de troubles psychiques avec une possibilité de les orienter vers le Centre Médico Psychologique (CMP) intersectoriel. Le CMP est reconnu comme la structure pivot de secteur en amont et en aval des prises en charge. L'implantation de ces structures doit être réalisée en tenant compte des flux d'adolescents en termes de scolarisation plutôt que d'habitat pour mieux les prendre en charge en coordination avec tous les acteurs dont la médecine scolaire.

Le repérage précoce fonctionne bien selon les acteurs concernés. Différentes initiatives ont été menées pour améliorer ce repérage précoce notamment la réponse dans le Bas-Rhin aux appels à candidature pour la mise en place des Equipe de Diagnostic et Intervention Précoces Autisme (EDIPA) en lien avec les CAMPS (ex : vallée de la Bruche, Schiltigheim, Strasbourg). L'EDIPA réalise un diagnostic pour les enfants de 12 à 36 mois, tranche d'âge pour laquelle il est difficile pour les médecins généralistes et pédiatres de voir l'évolution vers la gravité. Cela est plus facile pour les profils plus âgés mais le manque de moyens autour de ces diagnostics des enfants « tardifs » est prégnant dans toute la région. Les Centres de Ressources Autisme (CRA) peuvent être un recours dans ces situations. Au-delà de la question du repérage précoce se pose celle de l'orientation des patients. L'expérimentation des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) est une bonne réponse aux problématiques de ces enfants mais les places sont limitées au sein du dispositif. Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

D'autre part, la filière de l'autisme est positionnée dans le secteur médico-social au plan national. Il convient d'établir des liens entre la psychiatrie et ce secteur pour améliorer la formation des intervenants en établissements. Les psychiatres libéraux regrettent leur manque d'implication dans les dispositifs globaux de prise en charge mais participent aux démarches de formation continue des professionnels et d'information auprès des familles sur cette problématique. Les acteurs souhaitent la mise en œuvre de partenariats efficaces avec les services psychiatriques pour structurer les avis donnés aux patients et à leurs familles.

### **La coordination des réponses et des prises en charge**

Les acteurs de la prise en charge soulignent également l'amélioration des relations avec les MDPH au cours des années malgré des délais toujours longs de traitement des dossiers et des décisions hétérogènes selon les départements qui compliquent la mobilité des patients et de leurs familles. Ces décisions ont en effet des impacts forts sur le financement des prises en charge et la fluidification de leur mise en œuvre. A Mulhouse, la MDPH a développé un circuit spécial de traitement des dossiers de handicap psychique pour permettre une meilleure fluidité de la décision et de sa mise en œuvre.

Le financement est un enjeu majeur de la prise en charge en santé mentale. Certains acteurs, notamment hospitaliers, mettent en évidence que certains dispositifs expérimentaux notamment sur l'autisme se financent au détriment d'actions déjà existantes. Une crainte subsiste globalement sur la mutualisation des financements entre le médico-social et la psychiatrie.

Au niveau des initiatives remarquables développées au cours du PRS, il est noté la coopération entre l'association Route Nouvelle Alsace et le CHU de Strasbourg pour la prise en charge conjointe des personnes accueillies dans les structures d'hébergement de l'association ou dans ses dispositifs d'insertion professionnelle. Une expérimentation est également en cours en Alsace pour la prise en charge des enfants atteints de troubles psychiques et relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance. Ce dispositif est salué par les acteurs mais la complexité de la charge de travail qu'il implique pose question quant à sa possible généralisation sur le territoire. Des outils de communication ont aussi été mis en place pour faciliter l'échange entre les professionnels de santé au sein des plateformes de concertation.

Les Conseils Locaux de Santé Mentale sont en cours de déploiement sur tout le territoire régional. Ce dispositif permet la connaissance mutuelle des acteurs sur un même territoire et le développement d'initiatives conjointes sur la culture, les loisirs des personnes en situation de handicap psychique et leur prise en charge globale. L'absence générale d'implication des élus pose tout de même question sur les conseils déjà en place. La mise en place des Communautés Psychiatriques de Territoire consécutives de la nouvelle Loi de Santé 2017 permettra selon les acteurs le repérage des solutions concrètes sur le territoire.

Enfin, les usagers insistent sur la nécessaire prise en compte par les acteurs du besoin de coordination des parcours. Les Services d'Accompagnement Médico-Social des Adultes Handicapés (SAMSAH) sont l'exemple d'un dispositif à développer dans le sens où ceux-ci intègrent toutes les dimensions de la personne suivie dans leur accompagnement (projet de vie, de soins, etc.). La « réponse accompagnée pour tous » promue par le rapport Piveteau (« Zéro sans solutions ») doit devenir la règle en termes de parcours de personnes atteintes de troubles psychiques.

### **L'insertion et le maintien dans les dispositifs de droits communs**

La mise en place du contrat social multipartite avec des personnes souffrant de pathologies mentales autour du CH de Rouffach dans le Haut Rhin a été une initiative remarquable au cours de la période de mise en œuvre du PRS. Ce contrat permet d'expérimenter une nouvelle approche collective de l'inclusion sociale qui intègre différentes dimensions de l'exclusion - accompagnement social, accès à l'emploi, aux ressources financières, le rapport à la consommation, la création de lien social, l'insertion dans la cité, etc. - en engageant des partenaires spécialisés sur une ou quelques-unes de ces dimensions. Après définition et mesure d'indicateurs de bien-être, des ateliers de progrès et des rencontres avec des personnes ressource dédiées sont organisées pour permettre l'amélioration des dimensions identifiées par les partenaires.

Au niveau de l'insertion professionnelle, des progrès forts sont soulignés sur l'insertion en milieu ordinaire de travail pour les personnes atteintes de schizophrénie. Cela relève pour les acteurs d'une meilleure considération du handicap psychique au sein du monde du travail.

Un point de vigilance est noté sur l'inclusion scolaire des enfants atteints de pathologies mentales avec la demande quasi systématique de la présence d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) dans les prises en charge éducatives. Cette demande émane des familles et/ou des équipes éducatives et n'est pas forcément nécessaire à l'inclusion en milieu scolaire. Cette mise à disposition d'AVS doit être examinée au regard de situations individuelles.

L'une des premières Unité d'Enseignement Maternelle Autisme de France a été inaugurée en 2014 à Strasbourg. Ce dispositif permet d'accueillir des enfants atteints de troubles envahissants du développement dans une classe dédiée avec des enseignants formés à la prise en charge de ces troubles. Toutefois, le turnover important des enseignants dans ces unités implique de mettre en place un accompagnement global des personnels impliqués dans la prise en charge. D'une manière générale, le besoin en formation des encadrants pour l'insertion professionnelle et l'éducation est une constante dans la prise en charge de la santé mentale.

## En synthèse

### **Questions évaluatives :**

- / Dans quelle mesure les populations ciblées dans le PRS ont-elles été atteintes ? En quoi les modalités de diffusion de l'information en santé et des droits des usagers à destination du public ont-elles réduit les inégalités d'accès à l'information ?
- / Comment les projets développés dans le cadre du PRS ont-ils pris en compte les déterminants de santé ?
- / Comment les axes du PRS visant la réduction des inégalités de santé s'articulent-ils avec les autres politiques régionales, départementales et locales de santé (politique de la ville) ?

### **La réduction des inégalités d'information par l'action de proximité et « hors les murs »**

- / Le développement d'initiatives « hors les murs » a permis d'aller à la rencontre des populations ciblées et de diffuser les informations en santé
- / La déclinaison des actions en proximité implique des partenariats sur le terrain

### **L'inclusion des déterminants de santé dans les actions grâce au diagnostic local partagé**

- / L'action sur les déterminants de santé ne peut être réalisée par la seule ARS
- / Le PRS a offert un cadre d'expression pour les projets partenariaux, fondés sur un diagnostic partagé, d'actions sur les déterminants de santé

### **Recommandations**

- / Poursuivre les démarches de proximité « hors les murs » et aller vers la population dans un objectif de meilleure délivrance des informations de santé
- / Généraliser la démarche de diagnostic local avant l'élaboration d'action de réduction des inégalités sociales de santé

# 7 Le renforcement de la prévention et la promotion de la santé

## Préambule

Le bilan évaluatif présenté est issu de l'analyse documentaire et d'entretiens individuels ou collectifs menés avec des représentants de l'ARS, des partenaires représentants de fédérations hospitalières, d'usagers et de membres des instances de démocratie sanitaire<sup>8</sup>. L'analyse est complétée par les données et propos recueillis lors des focus group dédiés à la prévention et à la promotion de la santé ainsi qu'aux addictions et conduites à risques.

La politique de prévention des ARS est fondée sur les schémas régionaux de prévention (SRP). Dans les trois ex-régions, il a eu une portée stratégique visant à accompagner la structuration des acteurs et des actions en prévention pour améliorer la visibilité des actions et le suivi des engagements financiers. La politique de prévention ne s'est pas concentrée uniquement sur le sanitaire mais a été très partenariale pour fédérer autour de l'action sur les déterminants de santé.

En Lorraine, les objectifs stratégiques étaient d'adapter les stratégies pour promouvoir la santé dans les territoires et auprès de populations, de promouvoir la consultation citoyenne, le développement du travail intersectoriel et les coopérations professionnelles et développer les synergies avec d'autres politiques. En Champagne Ardenne, l'accent a été mis sur la structuration de l'offre de prévention et promotion de la santé. Enfin, en Alsace, l'approche a été fondée sur une volonté d'agir sur les territoires fragiles notamment via les CLS.

## 7.1 Cohérence générale des actions de prévention avec les politiques partenaires

### Principaux enjeux

La cohérence des actions de prévention mises en œuvre au sein du PRS avec les politiques partenaires est un facteur clé de succès reconnu dans le domaine de la prévention. Cette logique partenariale est indispensable pour permettre d'adresser un message commun à une population cible et/ou un territoire défini. L'action sur les déterminants de santé qui influent sur l'état de santé d'une population nécessite une action commune engagée avec les représentants des politiques de la ville, éducatives, environnementales...

### Logiques partenariales en prévention

En Lorraine, les partenariats qui ont abouti à des conventions particulières avec des co-financeurs (par exemple avec le rectorat) ont permis d'asseoir certaines politiques. Cela a permis de mettre en place des diagnostics santé dans les établissements à partir des besoins des élèves (hygiène, santé sexuelle, addictions, sommeil) et des enseignants. Par la suite, des appels à projet ont été réalisés à destination des établissements de santé (et non plus les associations) qui voulaient s'engager dans une dynamique. La commission de coordination des politiques publiques s'est réunie deux fois par an avec un bon taux de présence mais peu de propositions formulées en général.

En Alsace, les partenariats ont concerné le rectorat et les politiques de la ville avec un investissement important pour les CLS. L'action partenariale a permis d'éviter l'émiettement des financements pour plutôt favoriser les contrats pluriannuels avec les partenaires qui avaient fait leurs preuves. Les appels à projets complétaient des dispositifs de mobilisation des partenaires. Ceux-ci soulignent la difficulté à s'inscrire dans une logique partenariale au travers de la logique concurrentielle promue par les appels à projets. La commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention a très bien fonctionné sur un rythme trimestriel. Les partenaires attendaient beaucoup de l'ARS et n'ont pas fourni beaucoup de propositions d'actions selon cette dernière. Ainsi, plusieurs appels à projets n'ont pas abouti (ex : tabac en milieu pénitentiaire) ou ont été reconduits faute de partenariat viable.

<sup>8</sup> Pour plus de détails sur les partenaires interrogés, se référer à l'annexe 1

En Champagne Ardenne, l'action partenariale s'est structurée autour de trois conventions cadre avec le rectorat, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJCSC) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Le dialogue global a bien fonctionné et beaucoup de dispositifs ont été restructurés, notamment l'instance régionale de prévention et promotion de la santé. Sur la thématique des cancers, il a été difficile de mobiliser les professionnels au niveau régional d'où la nécessité de faire des actions et réunions dans chaque territoire. La commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention a été un échec de par le taux de présence faible des participants.

## 7.2 Qualité des actions réalisées en promotion et en éducation pour la santé

### Principaux enjeux

La promotion en santé est une approche globale, qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé, via une gamme de stratégies individuelles (modes de vie, habitudes de vie) et environnementales (conditions de vie). Il s'agit en effet d'informer le plus grand nombre sur les grands enjeux de santé publique, tout en faisant la promotion, par une communication ciblée sur les publics prioritaires, de comportements favorables à la santé.

### Leviers mobilisés pour l'amélioration de la qualité des actions

Les ARS ont développé des stratégies et des approches différentes dans le développement de la promotion et de l'éducation pour la santé.

Les priorités stratégiques définies en promotion de la santé en Alsace s'articulaient autour de la réduction des comportements à risque et de la réduction de la prévalence et de l'incidence des pathologies ayant l'impact le plus fort sur la mortalité évitable dans la région. A ce titre, les enjeux du PRS pour le développement des actions en promotion de la santé étaient identifiés autour de la diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents, du développement de l'activité physique, de la prévention des conduites à risques.

En Champagne-Ardenne, les axes de développement d'actions en promotion de la santé suivaient la logique du développement de la prévention tout au long de la vie. Les enjeux identifiés sur le territoire régional étaient structurés autour de trois thèmes principaux à savoir la promotion des facteurs protecteurs de la santé (activités physiques et sportives, éducation nutritionnelle, développement des compétences psychosociales, notamment vis-à-vis des publics précaires), la prévention et la promotion de la santé à destination des parents et enfants et la prévention des facteurs de risque de maladie, de handicap et de dépendance.

Au niveau lorrain, la stratégie en promotion de la santé s'est fondée sur l'action contre les principales causes de mortalité prématurée dans la région et le maintien et l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap.

Si chaque ARS a suivi une stratégie propre pour améliorer la qualité des actions de prévention réalisées, le point commun est la volonté de structurer l'environnement partenarial afin de concentrer les acteurs et ne travailler qu'avec un nombre réduit de partenaires. Cela évite l'émiettement des financements et incite les acteurs à développer les possibilités de leurs interventions. Outre cette concentration d'acteurs, il convient de noter l'initiative de l'ARS Alsace avec la mise en place du logiciel OSCARS qui consiste en une observation et un suivi cartographique des actions régionales de santé.

## 7.3 Développement de l'éducation thérapeutique du patient

### Principaux enjeux

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à devenir plus autonomes tout au long du projet de soins et constitue une étape clef de l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques. A ce titre et dans un contexte d'accroissement du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques sur les territoires, l'ETP constitue l'un des enjeux de développement de l'offre de soins et de développement de parcours de soins coordonnés.

L'ETP a été inscrite dans les PRS au sein de plusieurs axes ou priorités stratégiques en fonction des problématiques régionales issues des diagnostics réalisés en préparation de la rédaction des PRS.

Ainsi, en Alsace, l'enjeu majeur a été de dynamiser et coordonner l'éducation thérapeutique du patient, en particulier dans le cadre de la prise en charge du diabète et des cancers. Le développement de l'ETP répondait donc à une volonté de participer à la réduction de la prévalence et de l'incidence des pathologies ayant le plus fort impact sur la mortalité régionale.

En Champagne-Ardenne, l'ETP a été développée dans une logique de prévention tout au long de la vie. Les enjeux identifiés étaient de développer les pratiques d'éducation, les actions d'apprentissage et les programmes d'accompagnement dans la maladie pour retarder l'apparition des complications et réduire les hospitalisations aiguës.

En Lorraine, le développement de l'ETP a été envisagé à la fois pour agir sur les principales causes de mortalité et participer au maintien de l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap. L'enjeu régional était de permettre le développement d'actions d'éducatrices à la santé adaptées aux situations des personnes ciblées.

### Evolution des conditions de réalisation de l'ETP

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est à la charnière entre la prévention et le soin. Il s'agit de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

La mise en place d'un comité de pilotage de l'ETP dans chaque ex région a permis d'accompagner la structuration de cette offre.

En Alsace, la filière de prise en charge des maladies métaboliques a été chargée d'animer l'ETP pour les patients enfants et adultes sur tout le territoire via son réseau de santé. Les réseaux des maladies métaboliques ont été déployés sur l'ensemble du territoire régional et sont devenus pluridisciplinaires : diabète, obésité et maladies cardiovasculaires. Deux unités transversales d'éducation thérapeutique ont été mises en place au CH Colmar et aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ; elles couvrent tout le territoire alsacien. En 2016, 127 programmes d'ETP sont autorisés sur le territoire de l'ex-région, en ambulatoire et hospitalier.

En Champagne-Ardenne, 77 programmes ont été évalués pour renouvellement en 2015. En Lorraine, 130 programmes sont autorisés pour une grande majorité dans le secteur hospitalier (72%). Ces programmes sont orientés vers le diabète, l'obésité, les maladies respiratoires et cardiovasculaires. Enfin, le dispositif Asalée évoqué dans la partie sur l'évolution des pratiques professionnelles (3.3) participe également en Lorraine et en Alsace aux démarches d'éducation thérapeutique.

## 7.4 Modalités de dépistage précoce au niveau du premier recours

### Principaux enjeux

Le dépistage précoce des pathologies facilite l'accès au diagnostic des pathologies. Il permet aux différents intervenants de la prise en charge de mettre en évidence les facteurs de risque éventuels associés aux pathologies et de préparer le cas échéant une prise en charge adaptée aux besoins du patient et de son

entourage avant que les implications médicales ne génèrent des situations de rupture du parcours de soins et de vie.

Les objectifs et modalités du dépistage précoce répondent selon chaque ex-région aux problématiques issues des diagnostics réalisés au cours de l'élaboration des PRS. Des points communs sont identifiables sur certaines pathologies comme les troubles psychiques, le cancer ou le diabète.

En Alsace, les priorités stratégiques autour du dépistage précoce s'inscrivaient dans la volonté de diminuer la prévalence et l'incidence des pathologies ayant l'impact le plus fort sur la mortalité évitable en Alsace et dans celle de favoriser l'autonomie des personnes en situation de particulière de fragilité. Les grands enjeux identifiés au plan régional concernaient :

- / Le repérage des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent
- / Le dépistage précoce des maladies chroniques (diabète, cancer, obésité)
- / Le repérage des conduites à risque et addictives chez les jeunes
- / La prévention de la souffrance psychique chez les jeunes

Au sein de la région Champagne-Ardenne, le dépistage précoce s'inscrivait dans la logique du développement de la prévention tout au long de la vie. Les enjeux découlant de cette logique étaient les suivants :

- / Généraliser le dépistage, assurer un diagnostic précoce et prendre en charge les pathologies sources de handicap, de dépendance, à tous les âges de la vie, notamment la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
- / Dépister les maladies plus précocement, notamment les cancers, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, les maladies cardiovasculaires, la souffrance psychique

Enfin, en Lorraine, l'approche était similaire à celle de l'Alsace dans la mesure où le dépistage précoce était inclus dans la volonté d'agir sur les principales causes de mortalité, notamment prématurée, à savoir les tumeurs, les maladies cardio-neurovasculaires, les maladies respiratoires et le suicide. Les enjeux étaient donc de :

- / Développer le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique.
- / Dépister les pathologies responsables des principales causes de mortalité.

### **Apports du dépistage précoce**

Le dépistage précoce est pratiqué sur de nombreuses pathologies.

Tout d'abord, au niveau de la perte d'autonomie de la personne âgée, le dépistage précoce s'est développé dans le cadre de l'évaluation des troubles cognitifs. Les consultations mémoires et les plateformes d'appui aux médecins généralistes permettent à ces derniers, en partenariat avec un spécialiste, de qualifier ces troubles cognitifs et de démarrer la prise en charge.

Le dépistage précoce s'est également développé autour de la détection des troubles envahissants du comportement et des troubles de l'apprentissage chez les enfants. Dans le champ de la santé mentale, les troubles psychotiques et de l'humeur chez les adolescents et jeunes adultes sont concernés de la même manière. Un point d'attention est soulevé par les acteurs de santé, en particulier les représentants d'usagers, sur le délai important entre le dépistage et la prise en charge réelle qui laisse parfois les familles démunies.

Le dépistage précoce concerne aussi des affections de longue durée comme le diabète ou le cancer. Plusieurs initiatives ont été mises en place sur ces thématiques au cours de la période d'application du PRS. Ainsi des débats publics sur le dépistage et la prise en charge du diabète ont eu lieu à Strasbourg en 2013, puis à Colmar en 2014. Les objectifs principaux étaient d'expliquer ce qu'est le diabète, faire prendre conscience de son ampleur régionale, présenter les facteurs de risques, inciter au dépistage et montrer que l'on peut bien vivre avec le diabète et éviter les complications. En Champagne-Ardenne, un plan d'actions ciblé a été élaboré avec ONCOCHA (réseau oncologie de Champagne-Ardenne) et le collectif pour la

promotion du dépistage pour favoriser la participation aux dépistages des cancers. D'une manière générale, les dépistages organisés des cancers étaient financés par les CPOM dans tous les départements.

Enfin, les consultations de jeunes consommateurs et les consultations avancées d'addictologie en MSP ont permis de déceler des conduites à risque avec là aussi une alerte des professionnels de santé sur la capacité de la filière à prendre en charge les patients dépistés.

## Focus sur la prévention et la promotion de la santé

### **Actions de prévention et de promotion de la santé menées en coopération avec les partenaires de l'ARS (Education Nationale, Assurance Maladie, Associations, Collectivités,...)**

Deux types de partenariats pour le développement d'action de prévention et de promotion de la santé ont principalement concerné les participants au focus group : les contrats locaux de santé et les dépistages organisés.

Les contrats locaux de santé (CLS) ont globalement permis de lancer des dynamiques sur les territoires et de préciser les périmètres d'intervention des différents partenaires dans une logique partenariale. Ce type de convention a facilité la communication et l'appropriation d'un « même langage » pour les acteurs. En revanche, malgré les belles perspectives initiales des CLS, les acteurs relèvent surtout les difficultés d'organisation et de méthodologie, et ce sur les trois ex-régions. Ils regrettent le manque d'objectifs et d'indicateurs clairs et partagés, conditions sine qua none pour évaluer in fine l'apport des CLS. Certains dispositifs n'ont pas été intégrés aux CLS alors qu'ils y avaient toute leur place : c'est le cas du dispositif « Label Vie pour bien vieillir en Champagne-Ardenne et en Lorraine (CARSAT) » par exemple.

Au niveau des dépistages organisés, les démarches en partenariat avec l'Assurance Maladie permettent de réaliser des dépistages de qualité et d'augmenter le taux de participation général. Les intervenants souhaiteraient que l'ARS soit plus dans l'accompagnement des dépistages, notamment par la mise en relation des différents acteurs de la prise en charge, et pas uniquement dans la communication autour des initiatives. D'autres types de partenariats ont été évoqués notamment pour la promotion de la santé chez les détenus (bon travail partenarial avec l'administration pénitentiaire) ou pour la promotion de la santé physique et nutrition avec le réseau sport santé.

Plus globalement, la multitude de dispositifs et le cloisonnement des acteurs de la prévention associés à l'absence d'une stratégie d'ensemble sur les ex-régions limitent l'efficacité et l'efficience des actions. Selon les acteurs locaux, les actions de prévention doivent d'abord s'appuyer sur les professionnels de santé libéraux et l'ARS doit être en mesure de leur apporter des outils, des moyens et de la méthodologie pour construire et mettre en œuvre les campagnes. Enfin, les acteurs locaux souhaitent plus de continuité dans les partenariats et expérimentations : les actions de prévention ne peuvent s'apprécier sur du court terme.

### **Le développement de l'éducation thérapeutique**

L'éducation thérapeutique (ETP) reste un domaine très hospitalo-centré : les programmes ne sont pas toujours adaptés à la médecine de ville, et l'approche programmatique ne favorise pas son appropriation par les professionnels de santé libéraux. Il apparaît nécessaire de développer des outils de méthodologie, un financement adapté et clair ainsi qu'une coordination pour faciliter cette dernière. Lorsque les médecins de ville ont eu l'opportunité de participer à l'élaboration des programmes, ils contribuent généralement à leur mise en œuvre. En Lorraine par exemple, on observe la participation des libéraux à des programmes d'ETP dans des territoires ruraux, notamment à travers la dynamique des MSP. Le financement variable des programmes ne facilite pas l'inscription des acteurs dans les initiatives par crainte de non-pérennité des dispositifs. Au contraire de l'Alsace et de la Lorraine à travers les pôles de compétences ETP financés par l'ARS, la Champagne-Ardenne n'a pas bénéficié d'une coordination et d'une animation régionale qui a permis de structurer et de développer les actions. Les intervenants champardennais regrettent également le manque d'investissement de la part de l'ARS pour le développement de cette activité.

### **Les enseignements des différentes approches conduites par les ex-régions : Approche**

### **populationnelle vs approche territoriale vs approche par programme**

Les acteurs locaux sont partisans de combiner les différentes approches, en conservant systématiquement une dimension territoriale. Les différentes approches peuvent être pertinentes si elles prennent en compte systématiquement les spécificités des territoires. La déclinaison de certaines campagnes nationales peut en effet être en contradiction avec les caractéristiques des territoires et perd ainsi en impact et efficacité, en particulier dans les zones rurales.

Par ailleurs, il importe aux acteurs de santé que les dispositifs gagnent en souplesse au niveau des approches et soient pérennisés sur plusieurs années. Le long terme (4/5 ans) des actions de prévention est primordial pour assurer de la lisibilité auprès des parties prenantes et une véritable efficacité. L'approche par « appels à projets » ponctuels rend difficile cette pérennisation.

L'approche pour la prévention et la promotion de la santé doit être globale, multi sectorielle afin d'aboutir à une culture commune sur une thématique et ainsi en maximiser les effets. Les acteurs constatent une évolution positive de la place de la prévention dans les textes mais regrettent le manque de financement accordé à cette thématique et l'absence de moyens humains au sein des ARS pour être pleinement efficace sur les territoires.

## Focus sur les addictions et les conduites à risque

### **Prévention et logique partenariale d'actions**

La structuration d'objectifs clairs, poursuivis dans le temps, est un enjeu clé permettant de concentrer les moyens sur ces objectifs ce qui est une condition de l'efficacité des actions de prévention à l'inverse d'un saupoudrage ou d'une dispersion des moyens. Les structures concernées insistent sur l'importance de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

En Champagne-Ardenne, le partenariat est peu développé avec le rectorat et l'Éducation Nationale alors que de nombreux dispositifs pourraient être mis en place selon les acteurs. Les CLS ont pour leur part très bien fonctionné sur la thématique de la prévention de l'addiction. Avec l'administration pénitentiaire, le partenariat dépend de chaque maison d'arrêt et de leur direction. D'une manière générale, les rencontres informelles entre acteurs sont celles qui permettent le plus de créer des partenariats efficaces.

En Alsace, la présence d'une délégation Éducation Nationale à la ville de Strasbourg facilite les partenariats et l'action commune, même s'il reste un fort besoin de travail en amont pour l'acceptation des projets par les équipes. Les Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté ne jouent pas assez leur rôle de planification et de coordination des actions de prévention. Les partenariats avec la politique de la ville et la préfecture fonctionnent bien. Les CLS ont permis la contractualisation et la mise en cohérence des actions. Au global, une incohérence subsiste entre affichage politique et moyens alloués à la prévention des conduites à risque et de l'addiction. Des initiatives de formation-action avec des acteurs de quartier ont permis une meilleure efficacité et cohérence de la prévention.

La prévention est assurée par des équipes dédiées et mixtes selon les financeurs (appui de l'IREPS). La difficulté majeure est la non-pérennité des dispositifs qui sont à reconstruire d'une année sur l'autre pour des problématiques de financement ou de ressources. La mobilisation d'autres acteurs est essentielle pour l'action partenariale, le rôle moteur de la ville de Reims sur les questions liées à la prévention des conduites à risque est souligné.

Il est difficile de recenser tous les acteurs, dispositifs, territoires et moyens alloués et donc de se repérer et de se coordonner. Les disparités de territoires dans la région accentuent ce phénomène. La prévention a été organisée sur une logique de ciblage territorial plutôt que de ciblage populationnel.

### **La structuration des filières d'addictologie et la réduction des inégalités territoriales**

La structuration des filières d'addictologie s'est réalisée ces dernières années en partie autour du virage ambulatoire qui a considérablement modifié les parcours de soins. Une évaluation de ce virage est nécessaire : a-t-il été bénéfique pour le patient et son entourage ? L'accès aux soins a-t-il été facilité ? Doit-on poursuivre ce virage au risque de retarder pour certains patients une prise en charge plus lourde, directement dans des structures comme les centres de soins, d'accompagnement de prévention en addictologie (CSAPA) ou les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ? Le « tout ambulatoire » peut constituer une perte de chance pour certains patients notamment parmi les plus sévèrement atteints. Un équilibre est donc à trouver pour une offre de soins globale bien adaptée et des parcours cohérents adaptés au niveau de sévérité des patients.

Cet équilibre passe par une juste répartition des moyens. Aujourd'hui dans la région Grand Est, les centres urbains sont très bien dotés à l'inverse des zones rurales où l'accès aux soins est également rendu complexe par les problématiques de desserte des structures. Un état des lieux de la distribution des moyens et des possibilités des soins en ambulatoire paraît un élément fondamental pour l'évaluation générale des prises en charge.

Les CSAPA sont financés sur une dotation globale. En Champagne Ardenne, aujourd'hui, six CSAPA

existent (un dans les Ardennes, un dans l'Aube, un en Haute-Marne et trois dans la Marne) et une coordination régionale de ces structures est financée par l'ARS. Les moyens restent limités et ne permettent pas forcément d'aller « hors les murs ». La coordination avec la psychiatrie est notamment considérée comme faible. Toutefois, de l'avis général la présence de ces structures permet la rencontre des professionnels de terrain et un meilleur maillage territorial.

### **L'offre spécifique de prise en charge pour les adolescents**

Les Points d'Accueil Ecoute Jeune (PAEJ) sont implantés dans une pluralité de lieux (MSP, centres socio-culturel). Un lieu neutre et rattaché aux soins comme les MSP est un bon moyen de valoriser la prise en charge. En Alsace, les PAEJ en Alsace sont financés dans le cadre d'un CPOM avec une participation des communes, de la direction de la cohésion sociale : un lien fort est établi avec la politique de la ville. L'Association de Lutte contre le Toxicomanie (ALT) gère 27 PAEJ. Aujourd'hui, 700 professionnels sont impliqués dans la réalisation de 2000 entretiens autour de 1250 jeunes (530 familles associées). Les Maisons Des Adolescents (MDA) de Strasbourg et Troyes (établie hors de l'hôpital) permettent le repérage des adolescents en difficulté et leur accès aux soins.

Les Consultations Jeunes Consommateurs, quant à elles, sont un dispositif qui n'a pas totalement encore trouvé sa place notamment à cause de problématiques de localisation, de fréquentation (25 consultations par mois en moyenne au niveau national) et de disparités de moyens entre les structures. La présence dans des lieux communs avec les PAEJ pourrait faciliter les prises en charge et leur positionnement par rapport aux CSAPA doit être évalué.

Ces dispositifs doivent favoriser le « aller vers » le patient et les partenaires en les formant notamment au travail de rue avec les équipes de prévention dédiées. Ils nécessitent un important travail de communication, de partenariat, de financement et de valorisation du travail des psychologues et psychiatres associés pour faciliter la lisibilité et la visibilité de l'offre auprès des familles et partenaires. L'articulation avec la psychiatrie et la pédopsychiatrie est une difficulté majeure de la prise en charge des adolescents.

## En synthèse

### **Questions évaluatives :**

- / Les leviers / dispositifs d'action de prévention utilisés sont-ils cohérents avec les autres politiques qui visent le même objectif ?
- / En quoi les stratégies mises en place ont-elles contribué à faire évoluer la qualité des actions en promotion de la santé et en éducation pour la santé ?
- / En quoi les stratégies mises en place ont-elles contribué à développer l'éducation thérapeutique du patient ?
- / Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de déployer, pour des populations à risques identifiés, des actions de dépistage précoce, en particulier au niveau du premier recours ?

### **Une logique partenariale autour du financement commun des actions qui garantit la cohérence**

- / Les conventions avec les régions, les rectorats et l'assurance maladie ont garanti la pérennité du financement et la réalisation de nombreuses actions
- / Au-delà de ces conventionnements, la cohérence entre les différentes politiques de prévention a relevé de l'action des différentes commissions de coordination des politiques publiques. L'implication des acteurs a été moindre en Champagne-Ardenne qu'en Lorraine et en Alsace

### **Les modalités de financement des acteurs ont permis la concentration des acteurs et l'amélioration de la qualité des actions de promotion**

- / Les outils de financement utilisés ont favorisé les acteurs les plus importants (en ressources, tailles) au détriment des acteurs modestes.
- / Cela a permis d'éviter l'émiettement des financements et d'amener les structures à intervenir sur de nouveaux territoires.
- / Les acteurs de la prévention soulignent toutefois la difficulté à ne fonctionner que sur des appels à projet en termes de pérennisation des ressources.

### **Le développement du dépistage précoce confronté à des difficultés d'intégration dans les filières de soins**

- / Les modalités du dépistage précoce se sont généralisées dans les trois ex-régions, en particulier au sujet de la prise en charge du surpoids et en santé mentale
- / La principale difficulté reste de relier le dépistage à une prise en charge effective et à l'intégration du patient dans un parcours ou une filière de soins. Dans le cas de l'autisme, les délais de prises en charge en CAMSP sont très longs.
- / La démographie médicale est un enjeu majeur de la pérennisation des actions de dépistage précoce

### **Recommandations**

- / Aboutir à une gouvernance commune des actions de prévention avec les partenaires financeurs
- / Intégrer le dépistage précoce dans une réelle logique de parcours pour assurer une prise en charge efficiente du patient.

# 8 L'outil PRS

## Préambule

Le bilan évaluatif présenté est issu de l'analyse documentaire ainsi que d'entretiens individuels ou collectifs menés avec des représentants de l'ARS, des partenaires représentants de fédérations hospitalières, d'usagers et de membres des instances de démocratie sanitaire<sup>9</sup>.

Le PRS est un outil nouveau qui a accompagné l'installation des ARS, autant en interne qu'en externe. C'est également un outil transversal, créé pour faire le lien entre les différents schémas et un outil de planification qui a vocation à montrer les évolutions de l'offre, à définir les axes stratégiques, les priorités de santé de la région.

## 8.1 Influence du PRS sur les ARS

### Des méthodologies de conception des PRS divergentes

En dehors du calendrier et de la constitution des groupes de travail, peu de consignes méthodologiques ont été partagées en interne au moment de l'élaboration des PRS (absence de livrable ou démarche « type »). Une diversité de méthodes a été déployée par les pilotes des groupes de travail. Il en résulte une structuration des différents documents de programmation hétérogène (architecture, vocabulaire, niveau de déclinaison des mesures et actions, précision ou non de pilotes, de cibles, d'indicateurs de suivi) avec un impact sur le niveau de lisibilité et d'opérationnalité du livrable, ainsi que sur la détermination d'une méthode de suivi partagée.

On note ainsi, par exemple, de fortes différences au niveau des structures entre les SRP, SROS et SROMS. Par ailleurs, les articulations entre les différents volets du PRS, pour des thématiques transversales et traitées par différents secteurs ou déclinées à partir du plan « socle » des schémas dans différents programmes ne sont pas nécessairement claires.

Au niveau des trois ARS, une coordination des travaux et une centralisation des documents rédigés par les groupes de travail ou à l'issue des entretiens ont été mises en place mais ont partiellement fonctionné. Le mode projet a été plus particulièrement mis en œuvre en Alsace, grâce à une approche conseil de la structuration de la démarche. Les modalités de travail au sein des ARS Lorraine et Champagne-Ardenne ne semblent pas avoir permis de partage régulier et global du niveau d'avancement, ni de réorientations et validations internes, avec pour conséquences mentionnées un manque de priorisation des sujets à traiter (222 objectifs opérationnels en Lorraine), des défauts de transversalité et une difficulté de maintien de la cohérence dans l'approche globale (une rédaction « en silos » par direction, l'existence de redondances au sein des différents volets du plan ou entre axes prioritaires et focus en Champagne-Ardenne), déjà induits par les contraintes règlementaires (3 schémas sectoriels et programmes prioritaires).

Ce défaut de gouvernance globale a pu compliquer le travail des contributeurs. Néanmoins, pour une majorité de personnes des ARS interrogées, les modalités de pilotage et d'organisation du projet d'élaboration du PRS ont été perçues comme étant plutôt adaptées.

### Un suivi du PRS partiellement mis en place et partagé

Les caractéristiques des livrables et leur important périmètre ont engendré une difficulté pour définir une méthode de suivi globale des PRS. La diversité des architectures a constitué un frein (indicateurs de suivi plus ou moins développés ou absents, organisation et niveaux de déclinaison des actions variables). Un outil de suivi centralisé et commun permettant une visibilité sur les actions a néanmoins été créé en Alsace et actualisé au moment de l'évaluation intermédiaire. Cet outil a permis une synthèse des actions réalisées à mi-parcours. En Champagne Ardenne et Lorraine, des outils ont également été déployés en interne pour le suivi et la réalisation de bilans, sans mise en valeur externe. Les acteurs de santé témoignent toutefois d'une dynamique globale de suivi des PRS insuffisante :

<sup>9</sup> Pour plus de détails sur les partenaires interrogés, se référer à l'annexe 1

- / L'arrêt des comités de pilotage mis en place peu après la phase d'élaboration sur un certain nombre de thématiques, alors qu'ils devaient être transformés en groupes de suivi. D'autres instances n'ont pas nécessairement été mises en place en relai.
- / Les présentations réalisées d'état des lieux de l'avancement de différents volets et programmes des PRS réalisées auprès de la CRSA et les bilans d'évaluation intermédiaires
- / Le développement partiel d'un « mode projet », plutôt porté en Alsace

En conséquence, on observe des modalités différentes de suivi des actions et de la mise en œuvre des PRS sur les 3 ex-régions.

### **Les enjeux pour la mise en place d'une dynamique de suivi**

Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation sont globalement en demande de la mise en place d'instances de suivi permettant la rencontre régulière entre opérateurs porteurs d'une même action et le point sur le niveau d'avancement et de financements engagés.

L'intérêt du développement d'outils de suivi partagés est également souligné. Parmi les pratiques à promouvoir citées sur ce thème, on trouve l'idée de recueillir des témoignages et retours d'expérience d'acteurs, de renforcer la définition et l'usage d'indicateurs de suivi simples et partagés, de développer des outils conjointement avec les acteurs.

D'autre part, la nécessité de mettre en place une gouvernance interne pour le prochain PRS intégrant des instances régulières et partagées pour la validation et le suivi des plans d'actions, dès leur élaboration et au cours de leur mise en œuvre, a été régulièrement soulignée. Elle doit permettre également de développer une communication sur les orientations de méthode et l'état d'avancement auprès des référents et contributeurs, qui peuvent, par ailleurs, être directement concernés par la mise en œuvre des plans d'actions.

Les participants à l'évaluation ont remonté les axes d'amélioration les plus pertinents selon eux pour la méthodologie d'élaboration du prochain PRS et proposé des bonnes pratiques à promouvoir. Les outils ou principes les plus cités ont été la plus forte anticipation du calendrier d'élaboration et l'amélioration des méthodes et outils de diagnostic. Enfin, parmi les pratiques à promouvoir citées autour du diagnostic, on retrouve notamment la promotion de méthodes de diagnostic détaillé, de la démarche de définition des objectifs après réalisation du diagnostic, et la vérification de leur cohérence avec le champ réglementaire de compétences de l'ARS.

## **8.2 L'association des partenaires au PRS**

### **Une démarche d'élaboration du PRS concertée**

L'élaboration du PRS s'est inscrite dans une démarche concertée avec les parties prenantes; par la constitution de groupes de travail thématiques pour la réalisation de diagnostics, l'identification des objectifs et la programmation des mesures à mettre en œuvre, de comités de pilotage associant les partenaires ainsi que par l'association des instances de la démocratie sanitaire. La composition « cible » des groupes de travail et comités de pilotage pour l'élaboration a été définie par les ARS. Sur ce point de la méthode, une partie des acteurs interrogés ont regretté des compositions laissant moins de place aux professionnels de terrain et plus orientés sur la représentation des différentes institutions.

Les représentants interrogés sur l'association et le niveau d'implication de leurs institutions dans la concertation autour du PRS ont évoqué des réalités variées, depuis une sollicitation limitée jusqu'à l'instauration d'une co-rédaction des mesures du PRS et d'une gouvernance commune. Une majorité a été associée au moment de l'élaboration et/ou de la mise en œuvre du PRS en tant que membres des instances de démocratie sanitaire (commissions permanente et spécialisées), mais également via les groupes de travail thématiques établis par l'ARS au moment de l'élaboration du PRS ou via des comités de coordination et comités techniques mis en place en fonction de thématiques au cours de la période de mise en œuvre.

### **Un livrable obtenu de qualité sur le fond, qui présente des axes d'amélioration sur l'opérationnalité et la cohérence des actions programmées**

Sur la forme, le PRS demeure un document difficile d'appropriation dans son ensemble pour les partenaires :

- / Des programmes nombreux associés aux 3 schémas, avec des périodes d'application différentes ;
- / Une coexistence de différentes architectures et différents vocabulaires ;
- / La multiplicité des orientations/actions et des différents niveaux de responsabilité engagés ;
- / Le traitement d'une même thématique dans plusieurs volets/programmes.

Un biais méthodologique ayant un impact sur la qualité des livrables a été mentionné concernant l'absence de traitement de la faisabilité des programmes élaborés (en termes de moyens, un « chiffrage » des actions non réalisés), générant des plans réalisés « à l'idéal » et parfois difficiles à concrétiser par la suite lorsque la thématique traitée ne bénéficiait pas de moyens structurants.

### **Enjeux de l'association pour le prochain PRS**

D'une manière générale, plusieurs points d'amélioration ont été mentionnés sur les modalités d'association des partenaires :

- / La nécessité d'une mobilisation constante pour la délivrance d'avis difficile à tenir, dans des délais ne permettant pas toujours de délibérer en interne (ex. consultation des élus par le conseil régional, sollicitation des professionnels de santé pour la Fédération Hospitalière de France) ayant pu occasionner des non-réponses, ou un manque de recul pour alimenter le débat et formuler des avis et suggestions.
- / Des ordres du jour plutôt techniques et segmentés par thématique, n'ouvrant pas toujours des aspects sur lesquels les « non spécialistes » peuvent s'exprimer, et rendant difficile une approche transversale. L'intérêt de la mise en place d'échanges en complément de ces réunions et en amont des avis est appuyé.
- / Une difficulté d'appréhension du périmètre du PRS, une lisibilité difficile d'une part sur les articulations entre les différents volets du PRS, et d'autre part sur les liens et le niveau de cohérence avec les autres politiques régionales.
- / Un circuit de l'information à améliorer (mentionné plus particulièrement par les fédérations hospitalières) sur les retours donnés à l'issue des travaux des groupes de travail ou des avis et propositions formulées en CRSA.

Les trois fédérations interrogées (Fédération de l'Hospitalisation privée, Fédérations des Etablissements Hospitaliers et de l'Aide à la Personne, Fédération Hospitalière de France) estiment globalement que leurs avis et propositions ont peu été pris en compte (un sentiment que « les décisions sont déjà prises »). Les améliorations mentionnées concernent un meilleur retour d'information vers les fédérations et le développement d'une meilleure connaissance des activités des fédérations. Toutefois, pour la plupart des acteurs de santé, les avis formulés ont été retranscrits dans les PRS, dans la mesure où la politique régionale de santé consiste par définition en une réponse « consensuelle » ne permettant par l'expression d'un positionnement spécifique des acteurs de santé sur une problématique donnée.

## **8.3 Structuration des PRS et mise en œuvre des actions**

### **Des difficultés dans la déclinaison opérationnelle des actions**

La difficulté d'appropriation des PRS tient en premier lieu à leur structuration. Si l'on prend en exemple le PRS Lorraine, celui-ci comporte 8 thématiques transversales, 222 objectifs opérationnels et 698 mesures. Les modalités de mise en œuvre du PRS dépendent évidemment de la qualité d'appropriation en interne et en externe des priorités et mesures définies. Elles ont été très variables, du fait des particularités de chaque secteur ou thématique (partenaires et acteurs différents).

Les participants à l'évaluation ont mentionné des difficultés de déclinaison opérationnelle des objectifs et actions du PRS. Ce constat peut être mis en lien avec le manque d'opérationnalité des objectifs et actions pointé au niveau de la méthode d'élaboration. Par ailleurs, la nécessité de travailler sur des actions réalistes financièrement et l'insuffisance des moyens alloués ont été pointées dans les commentaires portant sur les difficultés de mise en œuvre et les axes d'amélioration. D'autres difficultés sont soulignées autour de la

mobilisation des acteurs et de leur appropriation des programmes, et de la coordination (interne à l'ARS comme externe, avec les partenaires).

Il convient de noter qu'une logique de cohérence a été plus particulièrement entretenue sur le champ du médico-social par une déclinaison des Schéma Régionaux d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) en termes de programmation au sein des PRIAC (Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie), actualisés annuellement, et jusque dans les CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) signés avec les établissements. Concernant les Schéma Régionaux de Prévention (SRP), l'outil de l'appel à projet majoritairement utilisé a été peu connecté au plan élaboré, il a parfois créé de la confusion chez les acteurs de santé et l'impression d'un éloignement des priorités du PRS.

## 8.4 Apports des instances de démocratie sanitaire sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des PRS

### Une démocratie sanitaire active, malgré une mobilisation hétérogène des collègues

Dans les trois ex-régions, la démocratie sanitaire a été active sur la période, et plus particulièrement lors de la phase d'élaboration des PRS avec une bonne implication générale des parties prenantes. Une partie des membres des instances, y compris des commissions spécialisées, a contribué aux groupes de travail et comités de pilotage mis en place lors des phases de concertation et d'élaboration des PRS.

Cependant, l'implication des membres a été hétérogène entre les quatre collègues représentés au sein des CRSA (élus, usagers, acteurs du médico-social, offreurs de soins). De l'avis général des acteurs, la mobilisation des élus représente un point d'attention : leur participation s'est étiolée au fur et à mesure de l'avancée des travaux que ce soit en réunions plénières ou dans les commissions spécialisées. L'assiduité des différents collègues est similaire d'une commission à l'autre.

Les parties prenantes estiment globalement que le point de vue des professionnels a été intégré et pris en compte dans les échanges, mais néanmoins de manière plus prégnante pour les catégories médicales (plus représentées dans les débats que les catégories paramédicales). Les usagers ont également été entendus et pris en compte même si leurs contributions se sont majoritairement limitées aux thématiques d'accompagnement, quelles que soient les commissions d'intervention. Un des enjeux du succès de la démocratie sanitaire est la capacité à faciliter les contributions des usagers sur des sujets plus techniques. Celles-ci sont aujourd'hui peu présentes, un travail de communication et de montée en compétence technique des usagers est à envisager afin de leur permettre de se saisir de sujets sur lesquels leur savoir « profane » permettrait d'apporter une autre vision que le tout médical.

Des débats publics ont, de plus, été organisés sur toute la période et dans les trois régions sur des thématiques particulières telles qu'énoncées ci-après :

<b>Alsace</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>/ 2016 : « Mon environnement, ma santé »</li> <li>/ 2015 : « Les génériques sont de vrais médicaments, parlons-en ! »</li> <li>/ 2014 : « Mon médecin demain – quelle organisation de la santé de proximité ? » sur La Stratégie nationale de santé en présence de Mme Touraine</li> <li>/ 2014 : « Les conduites à risque chez les jeunes, c'est le moment d'en parler ! »</li> <li>/ 2014 : « Le diabète » débat sur Colmar</li> <li>/ 2013 : « Le diabète » débat sur Strasbourg</li> <li>/ 2013 : « Soins en urgence, modes d'emploi »</li> <li>/ 2013 : « Agir Vite pour le Cerveau ! » débat sur les AVC à Mulhouse</li> <li>/ 2012 : « Accidents Vasculaire Cérébraux, Quels facteurs de risque ? Quels premiers signes ? Quelle conduite tenir ? » à Strasbourg</li> </ul>
<b>Champagne-Ardenne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>/ 2015 : « Ma santé et moi, on est connectés ?! »</li> <li>/ 2015 : 5<sup>ème</sup> rencontre régionale des Usagers du système de santé : accès à la santé des personnes en situation de handicap</li> <li>/ 2015 : « La vie après un cancer »</li> <li>/ 2015 : signature de la charte Romain Jacob pour améliorer l'accès à la santé</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>des personnes en situation de handicap à Troyes</li> <li>/ 2014 : 4<sup>ème</sup> rencontre régionale des Usagers du système de santé : le parcours de l'enfant en situation de handicap ; directives anticipées et personne de confiance</li> <li>/ 2013 : « Innovation médicale et accès aux soins - Une opportunité pour le patient ? »</li> <li>/ 2013 : 3<sup>ème</sup> rencontre régionale des Usagers du système de santé : Faut-il avoir peur de la télémédecine ?</li> <li>/ 2012 : « Parcours de soins, parcours de santé : une complémentarité à organiser »</li> <li>/ 2012 : 2<sup>ème</sup> rencontre régionale des Usagers du système de santé : comment faire bon usage des urgences ?</li> <li>/ 2012 : 4 débats départementaux types forums pour enrichir les travaux du diagnostic partagé dans la perspective du PRS</li> <li>/ 2011 : 1<sup>ère</sup> rencontre régionale des Usagers du système de santé : l'évaluation dans le secteur médico-social, source de progrès pour l'Usager</li> </ul>
<b>Lorraine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>/ 2016 : « Santé et site industriel »</li> <li>/ 2016 : Soirées de sensibilisation : vie affective et sexuelle en établissements et services médicosociaux »</li> <li>/ 2016 : « Adaptation de la société au vieillissement »</li> <li>/ 2016 : « Collaborer pour la santé de tous »</li> <li>/ 2016 : « Bien-être, prévention, hygiène de vie et santé des jeunes »</li> <li>/ 2016 : « Suicide : mieux comprendre pour repérer et agir »</li> <li>/ 2015 : « quelle coordination des parcours pour la personne âgée et (ou) handicapée ? »</li> <li>/ 2015 : « La capacité en marche ... 10 après, où en sommes-nous ? »</li> <li>/ 2013 : « Accès aux soins et à la santé pour tous, utopie ou réalité ? »</li> </ul>

Le fonctionnement des instances de démocratie sanitaire est jugé positif par les acteurs, avec des avis globalement entendus et effectifs. Ainsi, les parties prenantes estiment que les avis et/ou propositions des instances auxquelles ils ont contribué ont été pris en compte de manière au moins partielle dans les PRS des trois ex-régions. Les avis formulés ont pu être à l'origine d'amendements de certains volets des PRS (SRP, SROS, SROMS) ou même du contenu du PRS comme en Alsace où la priorité 5 (« Prévenir les conduites à risque chez les jeunes ») a été ajoutée sur proposition de la CRSA.

### **Une élaboration participative des PRS**

Les membres des CRSA et des commissions estiment que leurs avis et propositions ont été globalement pris en compte en phases de consultation et de concertation. Toutefois, ils regrettent un rythme parfois trop soutenu du planning d'élaboration. La production d'avis a dès lors été réalisée plutôt en réaction à des plans et projets soumis par les ARS.

Le suivi des avis formulés par les instances est également une problématique soulevée par les fédérations et les représentants des professionnels de santé. La prise en compte de certaines propositions ne semble pas avoir été systématique, ou en tout cas n'a pas donné lieu à une réponse formelle des ARS. Il est donc difficile d'évaluer si les avis formulés ont eu des conséquences effectives sur les choix des ARS.

Enfin, le manque d'information sur les moyens humains et financiers alloués aux mesures rend difficile la formulation d'un avis pertinent par la CRSA ou ses commissions.

### **Une association faible à la mise en œuvre des PRS**

Lors de la phase de mise en œuvre des PRS, ce mode très participatif dans l'association des instances de la démocratie sanitaire a été globalement moins perçu : un moindre accès à l'information ressenti sur l'état d'avancement des actions, ainsi qu'une moindre sollicitation pour des avis formels sur le déploiement des PRS en dehors du cas des autorisations d'activité évoqués en CSOS et CRSA.

Les instances de démocratie sanitaire et notamment les CRSA ont toutefois continué d'émettre des avis lors de la période de mise en œuvre, notamment au moment de l'élaboration des programmes qui constituent

des déclinaisons thématiques des schémas du projet régional de santé. L'élaboration des schémas et de plusieurs programmes étant directement consécutive de celle des PRS, la production des avis a été majoritairement concentrée sur les premières années de mise en œuvre des PRS, de 2012 à 2014.

Comme lors de la phase d'élaboration, les parties prenantes estiment que leurs avis ont été pris en compte, au moins partiellement, lors de la phase de mise en œuvre. On note que certains membres des instances de démocratie sanitaire, notamment issus des fédérations d'établissements ou de professionnels, ont eu le sentiment que les propositions soumises à avis par les ARS l'étaient souvent par respect des instances et de leur fonctionnement mais pas pour un véritable échange autour de leur bien-fondé. Ce sentiment atténue pour ces acteurs la qualité de la prise en compte de leur avis et propositions par les ARS.

Au regard de ces éléments, il apparaît un axe d'amélioration portant sur la communication autour de la mise en œuvre du PRS en termes de suivi de l'avancement des réalisations et des financements engagés, à destination des instances de démocratie sanitaire.

### **Une évaluation dynamique des PRS à instaurer**

Si les membres des instances interrogés dans les trois ex-régions saluent leur intégration par les ARS dans le processus d'évaluation mis en œuvre à l'occasion de la clôture du PRS 1, ceux-ci remontent le besoin d'une évaluation dynamique, tout au long du PRS.

Chaque ARS a mis en place des modalités de présentation de l'état d'avancement de son PRS à destination de la CRSA en fonction. Cette présentation du taux de complétude et d'avancée des actions a permis aux membres de la CRSA de participer au suivi global des actions. Toutefois, ceux-ci notent que peu d'effets de ces actions sur les objectifs initiaux sont évalués et présentés lors de ce suivi. Or, pour certaines problématiques de parcours ou de filière par exemple, des indicateurs simples comme des évolutions de file active pourraient déjà matérialiser les effets de ces actions sur les prises en charge. Cela implique pour tous les acteurs de santé une capacité à pouvoir remonter des données fiables depuis les établissements ou les territoires pour mettre en évidence ces effets.

## En synthèse

### **Questions évaluatives :**

- › La structuration et la rédaction du PRS ont-elles favorisé sa lisibilité en interne et en externe à l'ARS ? Dans quelle mesure le PRS a-t-il constitué le cadre de référence en interne et en externe à l'ARS ?
- › La structuration du PRS a-t-elle permis d'atteindre les cibles visées par le PRS ? En quoi le PRS a-t-il favorisé une meilleure pertinence de la politique de santé en région ?
- › Dans quelle mesure les contributions des instances de démocratie sanitaire (CRSA et ses commissions spécialisées, conférences de territoires) ont-elles été sources de valeur ajoutée pour la définition du PRS, son suivi et son évaluation ?

### **Apport du PRS aux ARS**

- / Des méthodologies convergentes d'élaboration et une structuration accompagnant les débuts des ARS
- / Des conditions d'élaboration ayant donné lieu à un « livrable final » de qualité sur le fonds, mais globalement difficile d'appropriation (cohérence entre les volets, architectures, vocabulaire, multiplicité des objectifs et actions).
- / Des méthodes différentes de suivi et de pilotage des actions inscrites dans le PRS selon les régions

### **Association des partenaires institutionnels**

- / Une association des institutions via la CRSA mais également à l'occasion d'instances opérationnelles (groupes de travail)
- / Un niveau d'association des différentes institutions et partenaires (fédérations, usagers) très variable notamment dans la mise en œuvre et le suivi des actions

### **Mise en œuvre et suivi du PRS**

- / Une programmation conçue d'abord de manière centralisée, dont la mise en œuvre a fait l'objet d'une déclinaison territoriale progressive
- / Un niveau d'opérationnalité des actions à renforcer dès leur programmation et dans leur mise en œuvre via l'articulation des schémas et programmes
- / Une dynamique de suivi partagé des actions du PRS non véritablement instaurée, nécessitant d'être structurée

### **Dynamique de démocratie sanitaire**

- / Une démocratie sanitaire active durant la phase d'élaboration et de mise en œuvre du PRS, malgré une implication hétérogène entre les types d'acteurs
- / Un fonctionnement participatif jugé positif lors de la phase d'élaboration, et plus particulièrement en phase de consultation
- / Une communication de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé à renforcer auprès des instances de la démocratie sanitaire
- / Un positionnement des conférences de territoires à réévaluer, dans le cadre de la mise en place des futurs conseils territoriaux de santé

### **Enseignements et recommandations**

- / Une association des partenaires institutionnels à renforcer notamment dans la mise en œuvre et le suivi des actions
- / Une démocratie sanitaire à accompagner au-delà de la phase d'élaboration
- / Instaurer un suivi dynamique de la mise en œuvre du PRS au sein de l'ARS pour maintenir l'implication des partenaires institutionnels

## 9 Recommandations

Les constats établis lors de l'évaluation des six thématiques précédentes permettent d'identifier des pistes d'amélioration commune pour les acteurs de santé, les partenaires et l'ARS Grand Est.

En premier lieu, le contexte de la fusion des trois ex-régions suscite des interrogations au niveau des acteurs de santé quant à une possible perte de proximité dans les relations avec l'ARS Grand Est. Cette appréhension s'exprime également sur la prise en compte par l'ARS des disparités territoriales en lien avec les inégalités géographiques et sociales de santé dans la définition de la nouvelle politique régionale de santé. Les différences entre les trois ex-régions en termes d'offres de soins, de démographie médicale, d'actions menées au cours du PRS 1 renforcent l'attention des acteurs par rapport à cette problématique.

Au-delà du contexte de la création de la région Grand Est, les acteurs de santé et partenaires ont souligné les différences dans la mise en œuvre des PRS 1. Celles-ci s'appliquent en particulier sur le suivi des actions et dispositifs développés sur les territoires et plus généralement sur les modalités de mise en œuvre de ces actions ainsi que le pilotage global par l'ARS. Les parties prenantes de la politique régionale de santé regrettent que la mobilisation induite par l'élaboration du PRS ne soit pas poursuivie sur la durée d'application de celui-ci notamment afin de pouvoir participer à son évaluation continue.

En conséquence de ces constats exprimés dans l'évaluation, nous proposons un ensemble de recommandations sur les champs suivants :

- / **la logique partenariale et les modalités d'élaboration des actions de santé**
- / **la proximité et l'animation des territoires**
- / **l'architecture, la gouvernance et le pilotage du PRS**

### 9.1 Logique partenariale et modalités d'élaboration des actions de santé

L'évaluation a montré que la variété des déterminants de santé impliquait pour l'Agence Régionale de Santé d'agir en partenariat avec des institutions ou des acteurs de santé pour favoriser la réussite des actions et politiques de santé. L'ARS se positionne en leader-impulseur de l'action en santé en « faisant faire » ou en « faisant avec » ces partenaires sur des champs divers d'interventions. Cette logique partenariale est capitale pour améliorer la qualité des actions menées et le ciblage des populations. On peut citer en exemple les coopérations avec les rectorats pour les actions en milieux scolaires, avec les conseils départementaux pour le développement des parcours de personne âgées en perte d'autonomie ou les personnes en situation de handicap ou encore avec des associations pour les actions de prévention et de réduction des inégalités sociales de santé.

Le déploiement d'actions sur les territoires intervient en réponse à un besoin identifié sur ceux-ci. Dans cette logique, le développement des modalités de diagnostics partagés au niveau local est identifié comme un facteur clé de succès de l'élaboration et du déploiement des actions par les acteurs de santé et partenaires de l'ARS. Ces diagnostics permettent d'engager les professionnels de santé, élus, représentants associatifs et acteurs sociaux d'un territoire dans une même réflexion sur les besoins de leur territoire d'appartenance.

Cette modalité de diagnostic partagé a été particulièrement développée au sein des Contrats Locaux de Santé et a permis, de l'avis général des parties prenantes, une meilleure implication des acteurs locaux à la définition et au déploiement des actions. Nous recommandons donc d'engager cette démarche pour la majorité des actions à développer dans le cadre du prochain PRS :

- / **Généraliser les diagnostics partagés et la démarche de réflexion afférente en préalable du développement des actions de santé**, sur le modèle actuel des Contrats Locaux de Santé (CLS)

## 9.2 Proximité et animation des territoires

Le besoin de proximité exprimé par les acteurs territoriaux et le nouveau contexte régional impliquent une **redéfinition des modalités de relations de l'ARS avec ces acteurs et les territoires**. L'enjeu pour l'ARS est à la fois de favoriser la mobilisation des territoires dans l'élaboration et tout au long de la mise en œuvre du prochain PRS. Nous recommandons notamment de :

- / **Construire son organisation territoriale pour optimiser l'efficacité des actions :**
  - définir le positionnement et le rôle des délégations territoriales (DT) sur leur territoire (remontée des besoins, partage de bonnes pratiques, déclinaison des priorités régionales)
  - définir le mode d'animation des DT au niveau régional (échanges entre pairs, capitalisation de bonnes pratiques, échange avec les directions métiers)
- / **Favoriser l'expression des futurs conseils territoriaux de santé remplaçant les conférences de territoires** et associer les différentes instances de démocratie sanitaire à la mise en œuvre des actions issues du PRS et aux ajustements nécessaires de méthode ou d'objectifs en cours de mandature

## 9.3 L'architecture, la gouvernance et le pilotage du PRS

L'architecture et la gouvernance du PRS doivent également évoluer pour faciliter son appropriation par les différentes parties prenantes de la politique régionale de santé dans le contexte de la nouvelle région Grand Est en lien avec les thématiques suivantes :

- / **Définir les principes de structuration du PRS ;**
  - nous préconisons trois niveaux de structuration : **stratégique** (enjeux, orientations, objectifs, résultats attendus), **tactique** (modalités d'action, parti pris méthodologiques) et **opérationnel** (feuille de route territoriale de déclinaison des objectifs, responsabilisation des acteurs, identification des indicateurs de suivi)
  - Les acteurs territoriaux ont vocation à participer à la déclinaison du volet opérationnel du PRS notamment en participant à l'élaboration et au déploiement de la feuille de route territoriale. L'évolution des pratiques des professionnels de santé vers plus de coordination et d'actions en réseau nécessite de leur permettre de participer à cette définition des objectifs d'action sur le terrain.
- / **Poursuivre et renforcer les partenariats** en adaptant et en modulant les modes de travail (structuration des données et traçabilité des actions, mode d'animation, information-communication...) et la posture de l'ARS selon les sujets et les partenaires concernés (leader-impulseur, coordinateur, contributeur aux démarches structurantes des partenaires notamment le Schéma Régional d'Aménagement, de Développement durable et d'égalité des Territoires (SRADDET) du conseil régional, le mode de gouvernance de l'autonomie au niveau départemental...)
- / **Adapter l'organisation interne pour une meilleure articulation / intégration des métiers et des territoires** dans l'action de l'ARS notamment en introduisant des passerelles / lieux de partage entre thématiques métiers pour favoriser les logiques de parcours et partenariales et en développant le management collaboratif avec les délégations territoriales (remontée d'informations des territoires, pilotage des plans d'actions)

Le pilotage du PRS doit faire l'objet d'une attention particulière de l'ARS pour favoriser le processus de suivi et d'évaluation dynamique des dispositifs et actions développés lors de la mise en œuvre. Le système de pilotage devra permettre de :

- / **Mesurer les ressources allouées aux actions développées**
  - Faciliter une consolidation de l'ensemble des données de financement et de résultat concourant à un même objectif. Par exemple, sur la prévention : suivi consolidé des financements alloués, du

nombre de bénéficiaires des actions réalisés (et type de bénéficiaires) et développement d'une comparaison avec des cibles (nombre de bénéficiaires « cible »),

- / **Définir des indicateurs d'évaluation des dispositifs pour mesurer leur effet en cours de réalisation, en lien avec les partenaires concernés**
  - Prévoir et suivre l'évolution d'indicateurs d'utilisation/d'activité des dispositifs mis en place de manière plus systématique (au-delà des capacités installées ou nombre de dispositifs installés: files actives, nombre de bénéficiaires, taux d'occupation ou d'utilisation) sur la période de mise en œuvre du PRS et prévoir un mode de gouvernance permettant de commenter ces indicateurs par politique et par territoire,
- / **Ouvrir le pilotage aux partenaires pour partager les données récoltées**
  - Identifier avec les partenaires sur des actions conjointes ou avec les institutions compétentes (Assurance Maladie, CARSAT, MDPH, Départements, Education Nationale) un référentiel d'indicateurs mis en commun pour le suivi des effets des actions menées au niveau régional
- / **Identifier les niveaux de déploiement des initiatives à atteindre avant de les généraliser sur les territoires**

# 10 Conclusion

L'évaluation de la méthode d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi du PRS amène à conclure que le « livrable » PRS dans les trois régions initiales a su proposer un diagnostic de qualité mais présente des marges de progrès pour constituer un véritable outil de pilotage de la politique de santé dans une logique de transversalité entre les secteurs. Il demeure cependant difficile d'appropriation dans son ensemble (par les professionnels de l'ARS, ses partenaires, par les professionnels de santé et acteurs directement concernés par la mise en œuvre d'actions).

Plusieurs écueils ont été constatés :

- / La gouvernance essentiellement interne des PRS ne permettant pas un pilotage transversal de l'élaboration et de la mise en œuvre des schémas et programmes
- / Une absence de suivi global et continu des dispositifs du PRS selon les régions
- / Une diversité de méthodes d'élaboration : il en résulte une hétérogénéité importante dans la structuration des documents pris dans leur ensemble, et donc à la fois une difficulté d'appropriation des PRS et une difficulté de structurer un suivi global,
- / Des conditions de mise en œuvre des actions qui pourraient être améliorées par :
  - Une priorisation accrue (nombre d'orientation et d'actions très important)
  - Une prise en compte de la notion de moyens alloués/disponibles lors de la programmation (absente dans les PRS évalués)
  - Une implication renforcée des professionnels de santé et acteurs concernés par la mise en œuvre au niveau des territoires, dans l'animation du PRS

L'évaluation du fonctionnement de la démocratie sanitaire a montré que les PRS se sont intégrés dans une dynamique de démocratie sanitaire active, marquée par un fonctionnement très participatif lors de leur élaboration (plus particulièrement en phase de consultation) et une forte mobilisation des usagers.

Cependant, du point de vue des ARS, des axes d'amélioration ont été relevés pour conserver cette dynamique tout au long de la période d'application du PRS, et améliorer les conditions de la concertation :

- / Le maintien de la mobilisation et l'information des instances de la démocratie sanitaire dans les phases de suivi et de mise en œuvre des actions du Projet Régional de Santé,
- / La mobilisation des instances de la démocratie sanitaire et institutions « en amont » de la réalisation des plans, et la prise en compte les contraintes propres aux institutions partenaires (en particulier la nécessité de délais pour mobiliser une réflexion en interne),
- / La mobilisation du collège des élus,
- / L'amélioration du circuit de l'information en faveur de retours plus systématiques sur les avis formulés.

L'évaluation de l'efficacité du PRS a permis de relever de nombreuses réalisations sur l'ensemble des questions, conformes aux principales orientations fixées par les plans, et des dynamiques positives. Une majorité des orientations évaluées ont fait l'objet de réalisations concrètes.

- / Se référer aux synthèses des réalisations disponibles dans les encadrés « En synthèse » introduisant le bilan évaluatif sur chaque thématique d'analyse :
  - Le développement des parcours (soins, santé, vie)
  - Le maillage territorial renforçant les dynamiques locales et contribuant à la réduction des inégalités géographiques de santé
  - L'amélioration de l'accès à la santé
  - La contribution à la réduction des inégalités de santé

- Le renforcement de la prévention et promotion de la santé
- L'outil PRS

L'approfondissement des effets constatés et des facteurs de succès identifiés sur neuf problématiques sélectionnées a permis d'apporter une appréciation de l'efficacité des mesures du PRS correspondantes.

- / Se référer aux encadrés reprenant les synthèses des focus group :
  - La personne âgée en perte d'autonomie
  - Les parcours des personnes en situation de handicap
  - Coordinations entre professionnels de santé
  - Coordinations entre établissements
  - Populations en situation de précarité
  - Le surpoids et l'obésité chez les jeunes
  - Addictions et conduites à risques
  - Santé mentale
  - Prévention et promotion de la santé

# 11 Annexes

## 11.1 Remarques de l'instance d'évaluation

Le diagnostic et les principales recommandations de cette évaluation ont été présentés le 7 décembre 2016 aux membres de l'instance d'évaluation (cf 2.4 le pilotage de la démarche d'évaluation). Les principales remarques formulées par les membres de l'instance d'évaluation sont reprises en annexe de ce rapport pour chaque question évaluative.

### **Développement des parcours**

Les membres de l'instance d'évaluation sont en accord avec le diagnostic présenté sur le développement des parcours mais insistent sur le besoin d'accentuer le travail de décloisonnement et de coordination entre les acteurs de santé notamment dans les relations villes/hôpital et dans le cadre des parcours spécifiques personnes âgées en perte d'autonomie et personnes handicapées.

Des bonnes pratiques doivent être identifiées par ex-région pour permettre leur partage entre les acteurs des territoires et le développement de certaines d'entre elles.

### **Le maillage territorial renforçant les dynamiques locales et contribuant à la réduction des inégalités géographiques de santé**

Le diagnostic partagé est l'élément clé de la réussite des actions en local et est identifié comme tel par les membres de l'instance d'évaluation qui se prononcent pour le développement d'initiatives comparables en préalable des futures actions de santé menées dans les territoires.

### **L'amélioration de l'accès à la santé (soins, accompagnement)**

La difficulté à favoriser les échanges sur les territoires est soulignée par les membres de l'instance d'évaluation. La question du rôle des élus locaux dans l'accessibilité et la promotion de leurs territoires ainsi que dans l'élaboration des diagnostics partagés est primordiale pour faciliter l'installation des professionnels de santé et le déploiement des actions partenariales. La démographie médicale est toutefois une problématique qui dépasse le cadre des politiques locales : les élus restent tributaires d'orientations et de dispositifs élaborés à l'échelle du territoire national.

### **La contribution à la réduction des inégalités sociales de santé**

L'orientation actuelle de recueil des attentes des populations et d'« aller vers » elles dans le déploiement des actions doit être poursuivie.

### **Le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé**

Malgré la structuration des actions et politiques de prévention, les membres regrettent encore des problèmes de priorisation et de coordination dans le déploiement des actions sur le terrain.

### **L'outil PRS**

Le manque d'éléments dans l'évaluation sur les droits et l'expression des usagers est remarqué. Toutefois, cette question n'était pas inscrite de cette manière dans le cahier des charges de l'évaluation

## 11.2 Glossaire

<b>Acronyme</b>	<b>Signification</b>
ADAPEI	Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
ALT	Association de Lutte contre la Toxicomanie
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
AVSEA	Association Vosgienne pour la sauvegarde de l'Enfance, de l'adolescence et des Adultes
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CD	Conseil Départemental
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CH	Centre Hospitalier
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CLS	Contrats Locaux de Santé
CLSM	Conseils Locaux de Santé Mentale
CMP	Centre Médico Psychologique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CRA	Centre de Ressources Autisme
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
CSDU	Commission spécialisée droits des usagers
CSMS	Commission spécialisée médico-sociale
CSOS	Commission spécialisée d'organisation des soins
CSP	Commission spécialisée prévention
CTA	Coordination Territoriale d'Appui
DGARS	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DMP	Dossier Médical Partagé
DSDS	Direction de la Santé et du Développement Social
DT	Délégation territoriale
EDIPA	Equipe de Diagnostic et Intervention Précoce Autisme
EHESP	École des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESMS	Etablissements et Services Médico-Sociaux

ETP	Education Thérapeutique du Patient
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FHF	Fédération Hospitalière de France
FHP	Fédération Hospitalière Privée
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009
ICL	Institut de Cancérologie de Lorraine
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDA	Maison Des Adolescents
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MG	Médecin Généraliste
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
MSP	Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
PAEJ	Point d'Accueil Ecoute Jeune
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PEC	Prise En Charge
PFIDASS	Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé
PH	Personnes Handicapées
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRECCOSS	PRise En Charge Coordinée des enfants Obèses et en Surpoids à Strasbourg
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTMG	Praticien Territorial de Médecine Générale
ROR	Registre Opérationnel des Ressources
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SRP	Schéma Régional de Prévention
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TED	Trouble Envahissant du Développement
UNV	Unité neuro vasculaire
URIOPSS	Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux
URPS	Unions Régionales des Professionnels de Santé
ZUS	Zone Urbaine Sensible

### 11.3 Liste des entretiens réalisés

#### Agence Régionale de Santé

Prénom nom	Fonction	Ex-région d'appartenance
Benoit CROCHET	Directeur général délégué site Châlons	Champagne Ardenne
Annie-Claude MARCHAND	Responsable adjoint département de la stratégie	Champagne Ardenne
Marielle TRABANT	Responsable cabinet - site Châlons, Responsable de la démocratie sanitaire	Champagne Ardenne
Marie FONTANEL	Directeur général délégué site Strasbourg	Alsace
René NETHING	Délégué territorial Alsace	Alsace
Dominique THIRION	Responsable département stratégie et DS	Alsace
Claude D'HARCOURT	DG ARS	Lorraine
Simon KIEFFER	DGA ARS	Lorraine
Arielle BRUNNER	Conseiller médical DG	Lorraine
Laurence ECKMANN	Chargée de mission soins de proximité	Lorraine
Katia MOOS	Chargée de mission soins de proximité	Alsace
Coralie Paulus MAURELET	Chef Département Accès aux soins 1er recours	Champagne Ardenne
Sylvie GAMEL	Directrice de la mission organisation et méthode	Lorraine
Claire TRICOT	Conseiller médical DT Alsace	Alsace
Agnès GERBAUD	Directrice adjointe de l'offre médico-sociale	Champagne Ardenne
Catherine GUYOT / Nelly DEQUILDT	Chef de projet SROMS / Chef de projet volet PH du SROMS	Lorraine

Marie FONTANEL	Directeur général délégué site Strasbourg	Alsace
Edith CHRISTOPHE / K. VIENNESSE	Directrice de l'offre médico-sociale	Champagne Ardenne
Annick DIETERLING	Directrice adjointe à la santé publique	Lorraine
Nathalie LEURIDAN	Conseiller / responsable département prévention DT Alsace	Alsace
Alain CADOU	Directeur de la santé publique	Champagne Ardenne
Thierry ALIBERT	Délégué territorial de la Marne	Champagne Ardenne
Marie SENGELEN	Adjointe Délégation territoriale Alsace	Alsace
Michel MULIC	Délégué territorial de la Moselle	Lorraine

### Instances de démocratie sanitaire et partenaires institutionnels

Prénom nom	Fonction	Ex-région d'appartenance
Pr Philippe GILLERY	Président CRSA Champagne Ardenne, PUPH CHU de REIMS	Champagne Ardenne
Dr Alain RIGAUD	Président CSOS Champagne-Ardenne	Champagne Ardenne
Philippe BLUA	Vice-Président FHF Grand Est	Champagne Ardenne
Frédéric CHAFFRAIX	Président CSP CRSA Alsace	Alsace
Marc AYME	Ancien président URPS Dentistes Lorraine	Lorraine
Dr Marie-France GERARD	Présidente de FEMALOR	Lorraine
Christophe WILCKE	Président URPS Pharmaciens Grand Est	Lorraine
Jean-Louis DESPHIEUX	Président FHP CA	Champagne Ardenne
Dr Jean-Marie WOEHL	Président de la CSOS Alsace	Alsace
Dr Frédéric TRYNISZEWSKI	Président URPS des médecins libéraux	Alsace
Dr Isabelle MAGNIEN	Conseillère médicale - Direction de l'Autonomie CD du Bas-Rhin	Alsace
Christine FIAT	Directeur des Hôpitaux Civils de Colmar	Alsace
Thomas DUBOIS	Directeur URIOPSS	Champagne Ardenne
Gildas LE SCOUEZEC	Directeur ADAPEI du Bas Rhin	Alsace
Alexandre FELTZ	Adjoint au Maire Eurométropole en charge de la santé, Ville de Strasbourg, président de la conférence de territoire 2, membre de la CRSA	Alsace
Pierre KREIT	Délégué Régional Champagne Ardenne Président URPS Pharmaciens	Champagne Ardenne
Hubert ATTENONT	Président CRSA Lorraine, Président de la CARSAT du Nord est	Lorraine
André WAHL	Président de la CSMS CRSA Alsace Président Urapei Alsace	Alsace

Christian FISCHER	Directeur de l'Autonomie CD du Haut-Rhin	Alsace
Dr Jeanne MEYER	Président CSP Lorraine, médecin de santé publique. Présidente de l'IREPS Lorraine	Lorraine
Anne PATRIS	Directrice IREPS CA	Champagne Ardenne
Daniel LORTHIOIS	Président CRSA Alsace	Alsace
Jean-Michel MEYER	Président CSDU Alsace, président association VIH Alsace	Alsace
Dr UNVOIS	URPS médecins libéraux	Lorraine
Joelle BARAT	Ancienne Présidente CSOS Champagne Ardenne	Champagne Ardenne
Claudine GILLANT	Ancienne présidente URPS infirmiers de Lorraine	Lorraine
Marie-Thérèse ANDREUX	Président CSDU Lorraine, membre du CODERPA de Meurthe et Moselle, Syndicat des retraités CFDT	Lorraine
Jean Claude LAVAL	Ancien Président FHF Champagne Ardenne	Champagne Ardenne
Olivier BLAUD	Président CSP Champagne Ardenne, 1er vice-président délégué de la Mutualité Française Champagne Ardenne	Champagne Ardenne
Mr LSTIBURECK	Délégué régional FEHAP Lorraine	Lorraine
Marie-Annick HELFER	Conseil Départemental 54	Lorraine
Christophe MATRAT	président FEHAP Grand-Est, Directeur général de la fondation Saint-Vincent de Paul	Alsace
Dr Vincent ROYAUX	Président CSOS Lorraine, Président du Conseil de l'Ordre régional des Médecins	Lorraine
Danièle QUANTINET	Présidente CSDU Champagne Ardenne, présidente du CISS régional et UDAF 51	Champagne Ardenne
Valérie JURIN	Présidente FHF Lorraine	Lorraine
Mme Alexandra PAYA	Déléguée Régionale FHP Lorraine	Lorraine
Marie Hélène QUINET	Conseiller médical recteur Lorraine	Lorraine

## 11.4 Participants aux focus group

### Participants au focus group « Personne Agée en perte d'autonomie »

14/10/2016

Prénom nom	Fonction	Organisme	Ex-région d'appartenance
Dr Michèle HERRMANN	Responsable unité « projets de vie » Maison de l'Autonomie	Conseil Départemental Bas Rhin	Alsace
Alain LION	Médecin/directeur	Ehpad Les Fontaines	Alsace
Docteur Gabrielle DE GUIO	Médecin gériatologue	Fondation Vincent de Paul	Alsace
Mme Béatrice MELIN,	Responsable des soins du SSIAD Mutualité des Ardennes	SSIAD Mutualité des Ardennes	Champagne Ardenne
Victoire DREVET	Chargé de Mission CLS		Champagne Ardenne
Dr Jean Marc WINGER	Médecin généraliste	URPS médecins libéraux Grand Est	Champagne Ardenne
Jean Luc NOVELLA	PH Chef de service du Court Séjour Gériatrique/ Chef de Pôle Autonomie et Santé	CHU de Reims	Champagne Ardenne
Catherine FERNANDEZ	Gériatre	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	Alsace
Marie-Annick HELFER	Directrice de l'autonomie	Conseil Départemental Meurthe et Moselle	Lorraine
François PELISSIER	URPS médecins libéraux	URPS Médecins libéraux	Alsace
Béatrice LORRAIN	Chef de Service	Espace médico-social Fonderie	Alsace
Solange GROELLY	Responsable SSIAD/Accueils de jour/Rivage	APAMAD	Alsace
Eliane ABRAHAM	Médecin chef de service	Réseau gériatologique G. Cuny	Lorraine
Agnès HAESSLER	Présidente	Alsace Alzheimer 67	Alsace
Christine CHAUTRAND	Direction	Vivre Chez moi	Alsace
Marie Thérèse ANDREUX	Présidente	Coderpa Meurthe et Moselle	Lorraine

## Participants au focus group PH

14/10/2016

Prénom nom	Fonction	Organisme	Ex-région d'appartenance
M. Pierre MONIN	Professeur émérite de Pédiatrie – représentant associatif	Université de Lorraine et Association Jean Baptiste Thiéry	Lorraine
Dr Stéphane CARNEIN	Praticien Hospitalier – Chef de Pôle	CDRS Colmar	Alsace
Nathalie SCHAERER	Aide à domicile	ABRAPA	Alsace
Michel TANGUY	Délégué départemental Marne	FEHAP	Champagne Ardenne
Dr. Jean-Marie LETZELTER	Représentant	Ordre des médecins	Alsace
Corinne SCHUTZ	Cadre de direction	Institution les Tournesols	Alsace
Vincent HAREL	Animateur du Collectif Handicap 54 et secrétaire du GIHP Lorraine	Collectif Handicap 54	Lorraine
Marie Odile VELUT	Directrice	Institut Chanteloup	Champagne Ardenne
Charles LUTTRINGER	Directeur	CAMSP et SESSAD Colmar	Alsace
Jean Louis BERTHE	Délégué régional	ANE CAMSP 67 – CAMSP APF Haguenau	Alsace
Jean CARON	Administrateur	URAPEI	Champagne Ardenne

**Participants au focus group précarité (PRAPS / détenus)****17/10/2016**

<b>Prénom nom</b>	<b>Fonction</b>	<b>Organisme</b>	<b>Ex-région d'appartenance</b>
Martine ROEGEL	Médecin Conseiller	DRDJSCS	Alsace
Annie HASENFRATZ	Responsable du Service Social et PASS LA BOUSSOLE	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	Alsace
Danièle WEISS	Responsable plateforme sociale	CPAM Meurthe et Moselle	Lorraine
Nadège DROUOT	Coordinatrice générale des programmes	Médecins du Monde	Lorraine
Françoise VAN LIERDE	Directrice	ANPAA 10	Champagne Ardenne
Jérôme BUISSON	Conseiller Technique	URIOPSS	Champagne Ardenne
Denis TITAH	Cadre de santé, UF 1450	Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire	Lorraine
Docteur Alain ANDREY	Responsable PASS	CHU de Nancy / coordination régionale des PASS de Lorraine	Lorraine
Mme IBRAHIM	Vice-présidente santé	URIOPSS Champagne-Ardenne	Champagne Ardenne
Anne PATRIS	Directrice	IREPS	Champagne Ardenne
Pascal JARROIR	Directeur	CPAM Bar Le Duc	Lorraine

## Participants au focus group obésité / surpoids

17/10/2016

Prénom nom	Fonction	Organisme	Ex-région d'appartenance
Martine ROEGEL	Médecin Conseiller	DRDJSCS	Alsace
Renaud OBINO	Directeur administratif	RéPPOP réseau ODE Haut-Rhin	Alsace
Dr. Brice CANOT	Président	RSSBE (Réseau Sport Santé Bien-Etre)	Champagne Ardenne
Marion SUTTER	Coordinatrice Santé	Ville de Mulhouse	Alsace
Elodie SIGNORINI	Responsable du dispositif PRECCOSS et Pilote des Contrats Locaux de Santé	Ville de Strasbourg	Alsace
Edith LOUIS	Pédiatre et représentante associative	Association Poiplume	Lorraine
Clara CHWATACZ	Chargé de projets en Prévention et Promotion de la Santé	Mutualité Française	Champagne Ardenne
Dr BONOMI	Diabétologue	CH Selestat	Alsace
Docteur Isabelle ARMAND	Médecin Conseiller technique	DSDEN Meurthe et Moselle	Lorraine
Valérie ESTEVE	Coordinatrice	Réseau territorial ADOR	Lorraine
Dr Ph. BOHME	Praticien Hospitalier, coordonnateur de programmes d'ETP	Réseau Régional d'expertise LORDIAMN (Diabète-Obésité en Lorraine)	Lorraine
Marie-José AMARA	Chef de projets alimentation	DRAAF	Alsace

**Participants au focus group addictions**  
**18/10/2016**

<b>Prénom nom</b>	<b>Fonction</b>	<b>Organisme</b>	<b>Région d'appartenance</b>
Dr Alain RIGAUD	Psychiatre des Hôpitaux, chef du pôle d'addictologie, représentant associatif	EPSM Marne ANPAA	Champagne Ardenne
Carine SCHINDLER	Directrice	Oppélia AFPRA	Alsace
Mathieu HILD	Chargé de projets Santé Coordinateur des Ateliers Santé	Ville de Strasbourg	Alsace
Thomas DUBOIS	Directeur	URIOPSS	Champagne Ardenne

**Participants au focus group prévention / promotion de la santé  
18/10/2016**

<b>Prénom nom</b>	<b>Fonction</b>	<b>Organisme</b>	<b>Région d'appartenance</b>
Jean-Louis DEUTSCHER	Médecin CR	MSA	Lorraine
Dr Catherine GULDENFELS	Médecin coordinateur	ADEMAS-ALSACE	Alsace
Matthieu BIREBENT	Directeur	Réseaux de santé addictions précarité et diabète	Champagne Ardenne
Dr Philip BÖHME	Service de Diabétologie, Maladies Métaboliques, Nutrition	CHU de Nancy	Lorraine
Frédéric CHAFFRAIX	Président	SOS hépatites Alsace Lorraine	Alsace
Esther MATHIEU	Responsable de prévention et accès aux soins	CPAM Aube	Champagne Ardenne
Stéphanie JAEGGY	Coordonnatrice	RRC Alsace CAROL	Alsace
Michel DAUCA	Président du Comité 54/Coordinateur Prévention pour les Comités départementaux Grand Est	Ligue contre le cancer	Lorraine
Cathy NOELL	Responsable locale	IREPS	Champagne Ardenne
Isabelle GENDRE	Médecin coordinateur	ADECA Alsace	Alsace

## Participants au focus group santé mentale

20/10/2016

Prénom nom	Fonction	Organisme	Région d'appartenance
Dr Chantal PACCALIN	Pédopsychiatre, chef de service	GHRMSA, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital du Hasenrain	Alsace
Dr Nicole STEINBERG	Chef de pôle de pédopsychiatrie	CH Erstein	Alsace
Pr Anne DANION-GRILLIAT	PU-PH	HUS, Pôle Psychiatrie, Santé Mentale et Addictologie	Alsace
Dominique LCHAT	Directrice-adjointe	CH Rouffach	Alsace
Xavier DOUSSEAU	Directeur	EPSM Marne	Champagne Ardenne
Thérèse PRECHEUR	Représentant des usagers	UNAFAM	Lorraine
Alain MATHMANN	Directeur du secteur Hébergement et Vie Sociale	Association Vosgienne de Sauvegarde de l'Enfance de l'Adolescence et des Adultes Vosges	Lorraine
Dr Marie Catherine ISOARDI	Psychiatre	URPS médecins Grand Est	Lorraine
Dr Patricia PRINCET	Médecin chef de pôle psychiatrie adulte et Présidente de CME L	CHS de FAINS VEEL	Lorraine
Nadine GOSSET	Cadre supérieur de santé cadre de pôle psychiatrie adulte	CHS de FAINS VEEL	Lorraine
Dominique FORQUIN	Chargé de mission	Conseil Départemental des Vosges	Lorraine
Pr Jean-Marie DANION	Pôle Psychiatrie, Santé Mentale & Addictologie	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	Alsace
David SANTANGELO	Directeur-Adjoint	CH Bélair	Champagne Ardenne
Dr HAMMOUCHE	Psychiatre	CMP / CAMSP Thionville	Lorraine

### Participants au focus group coordination des professionnels de santé

20/10/2016

Prénom nom	Fonction	Organisme	Région d'appartenance
Dr JJ ANTOINE	Médecin Généraliste Représentant associatif	MSP Haroué URPS médecins libéraux FEMALOR	Lorraine
Dr Béatrice CHAROLAIS	Praticien Hospitalier	CH de Colmar	Alsace
Dr JM MICHEL	Praticien Hospitalier	CH de Colmar	Alsace
Matthieu BIREBENT	Directeur	Réseaux de santé addictions précarité et diabète	Champagne Ardenne

### Participants au focus group coordination des établissements

21/10/2016

Prénom nom	Fonction	Organisme	Région d'appartenance
Brigitte LEGROS	Directeur des Ressources Humaines et de l'organisation des soins	CH Sedan	Champagne Ardenne

## 11.5 Participants aux groupes de travail territoriaux

### Participants au groupe de travail Champagne-Ardenne (Nord)

27/09/2016

Prénom nom	Fonction	Organisme
Dr Eric CANIVET	Néphrologue, Chef de service	Association Régionale Promotion Dialyse à Domicile (ARPDD)
Victoire DREVET	Coordinatrice Contrat Local de Santé	Communauté de communes Ardenne Rives de Meuse
Béatrice BARREDA	Présidente	URAPEI Champagne Ardenne
Dr Corinne FREVILLE	Médecin psychiatre, chef du service médico-psychologique	EDPAMS
Delphine GUERIN	Directrice Adjointe	EDPAMS
Philippe LAFLEUR	Kinésithérapeute	Responsable gardes Kiné respiratoire
Fabrice PHLIPPON	Chef de Service	MDPH de la Marne
Dr Hervé DARAGON	Directeur Médical	Courlancy Santé
Frédéric LECOMTE	Trésorier	URPS MK
Thibault MARMONT	Directeur	CREAI

## Participants au groupe de travail Champagne-Ardenne (Sud)

27/09/2016

Prénom nom	Fonction	Organisme
Marlène PIUBELLO	Présidente Directrice	Conférence de Territoire Sud EHPAD de la Roseraie
Marie-Hélène PARA	Directrice	EHPAD La Providence
Philippe BLUA	Directeur	Hôpitaux Champagne Sud
Dr Jean-Marc WINGER	Vice-président	URPS Médecins Libéraux
Marie-Aude COZETTE-MANSARD	Responsable Comptable	Clinique de Champagne
Dr Daniel MASSIA	Président Directeur Général	Clinique de Champagne
Christine CHAUDRON	Présidente	Association Plutôt La Vie
Patrice VIEUX	Consultant auprès du DG	Clinique de Champagne
Barbara GETAS	Directrice	Polycliniques Montier-la-Celle/Ursulines
Dr Christian BRAUN	Médecin	CH de Bar sur Seine

## Participants au groupe de travail Lorraine (Metz)

28/09/2016

Prénom nom	Fonction	Organisme
Cécile MICHEL	Présidente Administratrice	Collectif Handicap 57 CMSEH
Jean ERRARD	Directeur	EPDAM 55
Mme Sophie PITTION	Néphrologue Vice-Présidente	LORSEP (réseau lorrain de sclérose en plaques)
Estelle MONIN	Cadre de Santé Protection Maternelle et Infantile Maisons de la solidarité de Commercy, Vaucouleurs et Saint- Mihiel Direction Enfance Famille	Département de la Meuse
Agnès MARCHAND	Conseillère départementale Vice-Présidente déléguée enfance, famille, santé, développement social.	Conseil Départemental 55
Paulette HUBERT	Bénévole	UNAFAM / Collectif 57

## Participants au groupe de travail Lorraine (Nancy)

30/09/2016

Prénom nom	Fonction	Organisme
Dr Christian BRETON	Cardiologue Président de la CME	Clinique Louis Pasteur – Essey
Mireille WITZ	Directrice	MAS IEM APF (+ FEHAP)
Dr Jeanne MEYER	Présidente	IREPS Lorraine
Thérèse PRECHEUR	Equipe régionale	UNAFAM
Renaud MICHEL	Président de la conférence territoriale Directeur	OHS
Lionel CHAZAL	Directeur	Centres Médico Psy Pédagogiques de la Meuse FEHAP
Dr Patricia PRINCET	Psychiatre Présidente de CME	CHS Fains Veel
Franck BRIEY	Directeur d'Association	ADAPEI Meuse
Dr Jean Louis DEUTSCHER	Directeur Directeur délégué	Santé et Territoires Label Vie MSA lorraine
Dominique STRUB	1er Vice-Président	MSA lorraine
Philippe COUDRAY	Ingénieur Hospitalier / Chargé de mission	Coopération partenariat
Marie Laure CHATELARD	Coordnatrice	Réseau de Santé Sud Meusien
Claudine GILLANT	Présidente	URPS infirmière Lorraine

## Participants au groupe de travail Alsace (Strasbourg)

29/09/2016

Prénom nom	Fonction	Organisme
Dr Jean-Marie LETZELTER	Président	Conseil régional de l'Ordre des médecins d'Alsace
Dr OSTZRMANN	Médecin DIM	Clinique Rhéna, Strasbourg
Pascal LEXA	Directeur Général Adjoint	Clinique Rhéna, Strasbourg
Steve WERLE	Directeur	CH Saverne et EHPAD Sarre Union
Dr Paul OMILA RAMPHUL	Médecin Chef du Pôle Vallée de la Bruche (SSR pulmonaire, IRG, polyvalent, service tuberculeux)	EHPAD de Saâles, UGECAM
Stéphane BUZON	Directeur Général	Association Emmaüs-Diaconesses (Pôle Seniors des Diaconesses de Strasbourg)
Dominique MAYER	Directeur adjoint	CH Haguenau
Dr Yves DIMITROV	Vice-Président CME	CH Haguenau
Madeleine DEBS	Représentante des usagers	CH Haguenau
Elodie SIGNONIMI	Chargé de Projet	Ville de Strasbourg
Cindy LEOBOLD	Coordinatrice de l'activité prévention et promotion de la santé	Mutualité Française
Sylvianne FARGEON	Directrice Adjointe	MSA Alsace

## Participants au groupe de travail Alsace (Colmar)

29/09/2016

Prénom nom	Fonction	Organisme
Hervé FRARE	Trésorier, infirmier	URPS des infirmiers Grand Est
Paul COLLIN	Vice-Président	UDAF du Haut-Rhin
Christiane KOBEL	Administratrice	UDAF du Haut-Rhin
Abdellatif AKHARBACH	Directeur	Association Argile
Vincent OTT	Chef de service	Association Argile
Marie Hélène RAFF	Directrice	HAD Centre Alsace Colmar
Marc PEREGO	Directeur adjoint	CH Colmar
Gabrielle LAMMERT	Représentante usagers	CH Guebwiller
Marie Emilie LEROY	Directrice Adjointe	Institution Les Tournesols Sainte Marie aux Mines
Corinne SCHUTZ	Cadre de Direction Pôle Santé	Institution Les Tournesols Sainte Marie aux Mines
Glenn HOUËL	Directeur des affaires générales, juridiques et de la communication	GHRMSA
Dr Muriel RUETSCH	Secrétaire général	URPS Médecins Libéraux

## 11.6 Guide d'entretien

### / Questions relatives à la démarche d'évaluation

Quelle est la fonction d'un PRS (en tant qu'outil)?

Quelles sont vos attentes concernant cette évaluation finale des trois PRS ?

### / Questions relatives à la CRSA et ses commissions

Quelle a été l'approche de votre ARS dans la mobilisation et l'implication des CRSA et des commissions ?  
Quelles ont été les contraintes majeures liées aux travaux de ces instances?

Quels leviers ont été mobilisés par les ARS pour intégrer vos propositions/avis dans le PRS ou les actions mises en œuvre? Considérez-vous qu'elles ont effectivement été prises en compte?

Quelles ont été selon vous les principales réussites du PRS en termes de démocratie sanitaire? D'accès aux droits des usagers ? Les principaux manquements?

### / Questions relatives au développement des parcours

La politique menée depuis 4 ans par l'ARS a-t-elle permis de développer des synergies avec d'autres politiques (villes, environnement, ...) afin de favoriser l'implication d'autres partenaires institutionnels dans la structuration de parcours ?

Quelles sont les principaux leviers utilisés par l'ARS pour améliorer la coordination des acteurs de santé et notamment décloisonner les différents secteurs (soins/médico-social/prévention) ?

### / Questions relatives au maillage territorial

Quelles ont été les grandes priorités du Projet Régional de Santé pour l'animation des territoires ?

Quels enjeux ont été posés par le découpage territorial initial dans le PRS (territoires de santé, zones de proximité, bassins de vie...) ?

### / Questions relatives à l'amélioration de l'accès à la santé

Quels étaient les enjeux relatifs à l'accès aux prises en charge sanitaires et médico-sociales en 2012 pour votre région ? Ont-ils évolué ?

Quelles ont été les grandes mesures prises dans le cadre du Projet Régional de Santé pour améliorer l'accès aux soins des usagers de votre région ? Quels sont pour vous les grands succès ? Les principaux manquements ?

### / Questions relatives à la contribution à la réduction des inégalités sociales de santé

Quelles ont été les populations prioritairement ciblées par la politique de l'ARS ces 4 dernières années?

Quelles ont été les grandes orientations/mesures prises pour réduire les inégalités sociales de santé ? Ont-elles fonctionnées ?

### / Questions relatives au renforcement de la prévention et de la promotion de la santé

Quels ont été les grands axes stratégiques de la politique de prévention pour votre région ?

Quelles ont été les synergies développées avec d'autres politiques pour renforcer la prévention et la promotion de la santé ?

Quelles initiatives spécifiques au développement des droits des usagers peut-on mettre en valeur dans votre région ?

## / Questions relatives à l'outil PRS

Le Projet Régional de Santé a-t-il facilité la lisibilité interne et externe des politiques menées par l'ARS ?

Les modalités d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi du PRS étaient-elles adaptées ? Pourquoi ? (calendrier, mode projet, niveau de qualité du diagnostic et des documents programmatiques).

La démocratie sanitaire, aux niveaux régional et territorial, a-t-elle fonctionné lors des différentes phases d'élaboration et de mise en œuvre du PRS ?

## / Questions relatives à l'élaboration du futur PRS

Quelles sont selon vous les grands enjeux de santé à l'échelle de la nouvelle région ?

Quelles sont vos attentes pour l'élaboration du futur PRS de la région Grand Est ?

## 11.7 Référentiel d'évaluation

	Question évaluative	Focus	Intervenants principalement ciblés				Critères d'évaluation	Eléments d'analyse	Modalités			
			ARS (Directions métier et référents thématiques)	Professionnels de santé (fédérations)	Partenaires institutionnels	CRSA / Usagers			Entretiens	Enquête en ligne	Focus group	Groupes de travail
Thématique 1) Le développement des parcours (soins, santé, vie)	1.1 En quoi le PRS a-t-il modifié l'implication des partenaires dans les parcours de soins et/ou de santé ? En quoi le PRS a-t-il offert de nouveaux moyens (cadre de référence / priorités, nouveaux outils) permettant de favoriser l'implication des partenaires dans les parcours de soins et/ou de santé ?	<u>Commun</u> : Parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap <u>Alsace</u> : Dispositif Azalée, protocoles interprofessionnels <u>Champagne-Ardenne</u> : Maisons de santé pluri professionnels			X		Efficacité du PRS pour l'implication des partenaires dans les parcours de santé	- évolution des moyens à disposition des acteurs de santé - Exemples d'outils à fort impact	X		X	
	1.2 Dans quelle mesure la coordination des opérateurs autour de la prise en charge du patient a-t-elle évolué ? Comment les parcours développés par l'ARS ont-ils contribué ou non à la coordination des opérateurs, acteurs de santé ?		X				Efficacité des parcours sur le développement des coordinations	- actions et dispositifs de prise en charge commune - partage de l'information médicale entre les acteurs	X		X	
	1.3 En quoi le déploiement des parcours a-t-il contribué à l'évolution des pratiques professionnelles ? En quoi le PRS a-t-il un effet levier pour développer les parcours ? Qu'est-ce qui est facilitateur, notamment pour décloisonner les différents secteurs (prévention, soins, médico-social) ? Qu'est-ce qui permet de les rendre opérationnels ?		X				Efficacité des parcours sur l'évolution des pratiques professionnelles	- évolution et coordination des prises en charge multi-acteurs - Initiatives innovantes	X	X	X	
Thématique 2) Le maillage territorial renforçant les dynamiques locales et contribuant à la réduction des inégalités géographiques de santé	2.1 Comment le PRS a-t-il pu ou non prendre en compte les dynamiques territoriales existantes et leurs acteurs ? En quoi les dispositifs développés à l'échelon local ont-ils permis ou non de répondre aux besoins spécifiques de la population ?	<u>Commun</u> : Télémédecine, Articulation PRS/CLS, Dynamique transfrontalière <u>Alsace</u> : Dispositif Precoss		X	X	X	Niveau d'adéquation des dispositifs aux besoins des territoires	- actions et dispositifs mesurables mis en place pour favoriser la territorialisation des prises en charge	X	X	X	X
	2.2 De quelle façon et avec quels moyens les acteurs locaux et les collectivités territoriales qui ont été impliquées dans le diagnostic (élaboration, réalisation, validation) ont-ils été intégrés dans le processus de mise en œuvre du PRS ?		X	X	X		Effectivité de l'association des acteurs locaux et collectivités à la mise en œuvre du PRS	- actions et dispositifs à mises en œuvre conjointes prévues dans le PRS - points forts et limites des synergies développées par l'élaboration du PRS	X	X	X	X
	2.3 Dans quelle mesure le découpage territorial retenu (territoires de santé, zones de proximité, bassins de vie...) a-t-il joué un rôle dans la dynamique et l'animation territoriale (notamment rôle des conférences de territoires) ?		X	X	X		Pertinence du découpage	- animation et déclinaison des actions sur les territoires	X	X	X	X
Thématique 3) L'amélioration de l'accès à la santé (soins, accompagnement)	3.1 Les reconfigurations de l'offre ont-elles été adéquates avec les besoins des territoires ? En quoi les orientations et actions mise en œuvre dans le cadre du PRS ont permis ou non de restructurer l'offre de soins ?	<u>Commun</u> : Développement de l'HAD, Nouvelles organisations Autisme <u>Lorraine</u> : Accès aux urgences des PA et PH <u>Champagne-Ardenne</u> : Réseau périnatalité	X			X	Adéquation du diagnostic initial avec l'évolution des offres de prises en charge	- actions et dispositifs mesurables mis en place - manques et points faibles constatés	X		X	
	3.2 En quoi la restructuration des filières a-t-elle contribué à améliorer l'accès aux soins ?		X			X	Pertinence des filières et nouveaux modes de prise en charge développés	- filières effectivement structurées - repérage d'expériences remarquables	X		X	
	3.3 En quoi les leviers, outils utilisés ont-ils permis ou non de répondre aux enjeux de la démographie des professionnels de santé ?		X			X	Pertinence du dimensionnement de l'offre au regard des besoins	- évolution des modes d'organisation et d'exercice des professionnels de santé	X		X	

	Question évaluative	Focus	Intervenants principalement ciblés				Critères d'évaluation	Eléments d'analyse	Modalités			
			ARS (Directions métier et référents thématiques)	Professionnels de santé (fédérations)	Partenaires institutionnels	CRSA / Usagers			Entretiens	Enquête en ligne	Focus group	Groupes de travail
Thématique 4) La contribution à la réduction des inégalités sociales de santé	4.1 Dans quelle mesure les populations ciblées dans le PRS ont-elles été atteintes? En quoi les modalités de diffusion de l'information en santé et des droits des usagers à destination du public ont-elles réduit les inégalités d'accès à l'information?	<b>Commun :</b> Surpoids – obésité / enfants, Accès aux droits des usagers, Population en milieu carcéral, Santé mentale	X			X	Efficacité et pertinence de l'information en santé pour toucher les populations ciblées	- adéquation du diagnostic avec les actions / dispositifs du PRS	X		X	
	4.2 Comment les projets développés dans le cadre du PRS ont-ils pris en compte les déterminants de santé?		X				Cohérence des dispositifs avec les inégalités et les déterminants de santé	- adaptation des dispositifs au diagnostic initial sur les inégalités et les déterminants de santé	X		X	
	4.3 Comment les axes du PRS visant la réduction des inégalités de santé s'articulent-ils avec les autres politiques régionales, départementales et locales de santé (politique de la ville)?		X		X		Cohérence externe (avec politiques connexes)	- coordination des acteurs territoriaux	X		X	
Thématique 5) Le renforcement de la prévention et de la promotion en santé	5.1 Les leviers / dispositifs d'actions de prévention utilisés sont-ils cohérents avec les autres politiques qui visent les mêmes objectifs?	<b>Commun :</b> Promotion de l'activité physique, Lutte contre les conduites à risques des jeunes, ETP et diabète, Dépistage organisé du cancer du sein Lorraine : Programme « Je t'aime mon cœur »	X		X		Cohérence des actions de prévention du PRS avec les autres politiques	- initiatives remarquables de dispositifs de prévention - Manques, points faibles constatés	X			
	5.2 En quoi les stratégies mises en place ont-elles contribué à faire évoluer la qualité des actions en promotion de la santé et en éducation pour la santé?		X				Pertinence des actions d'ETP et de promotion de la santé au regard du diagnostic initial	- qualité des actions - blocages identifiés dans la mise en œuvre des stratégies	X		X	
	5.3 En quoi les stratégies mises en place ont-elles contribué à développer l'éducation thérapeutique du patient?		X				Effectivité de l'éducation thérapeutique du patient	- actions et dispositifs d'ETP mis en œuvre - intégration de l'ETP aux parcours de soins	X		X	
	5.4 Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de déployer, pour des populations à risques identifiés, des actions de dépistage précoce, en particulier au niveau du premier recours?		X				Effectivité des actions de dépistage précoce	- adéquation des cibles issues du diagnostic avec les actions/dispositifs mis en œuvre - intégration du dépistage précoce dans les nouveaux dispositifs et parcours déployés dans le PRS	X		X	
Thématique 6) L'outil PRS (cohérence, clarté, adaptation au contexte et à son évolution)	6.1 La structuration et la rédaction du PRS ont-elles favorisé sa lisibilité en interne et en externe à l'ARS? Dans quelle mesure le PRS a-t-il constitué le cadre de référence en interne et en externe à l'ARS?	<b>Commun :</b> Les usagers et leurs représentants, Les élus, Les partenaires	X		X	X	Pertinence de la démarche	- méthodologie de rédaction - implication et mobilisation des acteurs	X		X	X
	6.2 La structuration du PRS a-t-elle permis d'atteindre les cibles visées par le PRS? En quoi le PRS a-t-il favorisé une meilleure pertinence de la politique de santé en région?		X		X	X	Cohérence des cibles et des actions avec le diagnostic initial	- qualité du ciblage initial - méthode d'implication des acteurs territoriaux dans la structuration du PRS	X		X	X
	6.3 Dans quelle mesure les contributions des instances de démocratie sanitaire (CRSA et ses commissions spécialisées, conférences de territoire) ont-elles été source de valeur ajoutée pour la définition du PRS, son suivi et son évolution?				X		Efficacité de la démocratie sanitaire	- animation, coordination et implication des instances de démocratie sanitaire	X		X	X

## 11.8 Résultats de l'enquête en ligne