Suivi et évaluation

PRS 2018-2028

Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ
2018
2028
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Publication : Juin 2018 – Maj juillet 2019
Création : ARS Auvergne-Rhône-Alpes
Crédits photos : Fotolia – Adobe Stock - Pixabay

Préambule

L'évaluation des politiques publiques, qu'elle soit imposée par voie règlementaire ou intégrée dans les pratiques des institutions, est aujourd'hui un enjeu majeur. Dans un contexte de mutation du système de santé, l'évaluation permet d'exercer une vigilance sur le bon usage des dépenses publiques dédiées à la santé et de rendre compte de leur utilisation.

C'est pourquoi le directeur général de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes a fait le choix d'introduire, un document dédié spécifiquement au dispositif de suivi et d'évaluation du projet régional de santé (PRS).

Dans un souci de transparence et de lisibilité, ce dispositif a été soumis au même titre que les autres documents constitutifs du PRS (cadre d'orientation stratégique, schéma régional de santé et programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les populations les plus démunis) à une large consultation, à l'issue de laquelle il a évolué afin de prendre en compte tout ou partie des attentes exprimées.

Le dispositif de suivi et d'évaluation proposé ne vise pas l'exhaustivité des orientations et objectifs inscrits dans les différents documents constitutifs du PRS. Il propose de suivre et évaluer les items les plus marquants dans l'amélioration des parcours de santé au sein de notre région et de l'évolution de notre système de santé afin qu'il soit en capacité de faire face aux défis à relever dans le champ de la santé pour les 10 ans à venir.

SOMMAIRE

Contexte et enjeux 8

CADRE REGLEMENTAIRE 8

DÉFINITION DES CONCEPTS 8

PÉRIMETRE 9

COMMUNICATION 9

Gouvernance et pilotage du suivi et de l'évaluation du projet régional de santé 10

SYSTÈME DE SUIVI DU PRS 10

PLAN D'EVALUATION DU PRS 11

Périmètre de l'évaluation intermédiaire 12

Annexes 16

LISTE DES INDICATEURS CLES POUR LE SUIVI DU COS PAR ORIENTATION 16

LISTE DES INDICATEURS DE CONTEXTE AU NIVEAU REGIONAL ET DEPARTEMENTAL 22

Contexte et enjeux

CADRE REGLEMENTAIRE

Le projet régional de santé comprend un Cadre d'orientation stratégique (COS), un Schéma régional de santé (SRS) et un Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Il existe une différence de temporalité entre ces documents à prendre en compte pour la planification des évaluations.

Le décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé stipule que le COS fixe, pour une période de dix ans, les objectifs généraux et les résultats attendus en termes d'amélioration de l'état de santé de la population et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le SRS doit être élaboré en cohérence avec le COS pour une durée de cinq ans et participer à la territorialisation de la politique de santé en définissant, à partir d'un diagnostic des problèmes et des besoins, des objectifs opérationnels.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies est également élaboré pour une durée de cinq ans.

Le décret prévoit une évaluation au terme de l'échéance respective du COS et du SRS. Pour mémoire, l'article R. 1434-8 stipule que « L'agence régionale de santé précise les modalités de suivi et d'évaluation des dispositions prévues par le schéma, notamment en ce qui concerne l'efficience de ses dispositions. Le schéma régional de santé est révisé, après évaluation de l'atteinte de ses objectifs au moins tous les cinq ans ».

Enfin, l'article L. 1434-10 du code de santé publique prévoit que « Le conseil territorial de santé (...) contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé ».

DÉFINITION DES CONCEPTS

Le suivi et l'évaluation sont deux notions étroitement liées. Il est toutefois communément admis une distinction entre, d'une part, la procédure de suivi qui permet de dresser un bilan régulier des réalisations au regard d'indicateurs de résultats et de moyens et, d'autre part, la procédure d'évaluation qui consiste à émettre un jugement sur les modalités et les résultats de la mise en œuvre d'un programme d'actions.

La mise en place d'un système de suivi des indicateurs doit être intégrée le plus en amont possible lors de l'élaboration du programme. L'objectif d'un tel système est en effet de mesurer régulièrement l'écart entre les résultats escomptés et ceux effectivement obtenus afin de rendre compte et réorienter éventuellement la stratégie ou les actions en cours de programme. Pour être efficace, cette mesure doit débuter dès le lancement du programme.

Planifier l'évaluation ne signifie pas définir précisément les questions évaluatives, mais de prendre conscience de la nécessité de disposer des informations indispensables à sa mise en œuvre. Il s'agit à ce stade d'élaboration du programme d'identifier des thèmes (populationnel, organisationnel, processus…) et des objectifs prioritaires. L'objectif de l'évaluation est en effet de mesurer la capacité du programme à atteindre les objectifs fixés. Pour ce faire il est donc indispensable de disposer d'informations par le biais du système de suivi sur ce qui a été réellement réalisé.

PÉRIMETRE

Du fait du large périmètre d'intervention couvert par le PRS –en fait tous les champs de compétence de l'ARS-, ainsi que de sa durée, il sera difficile de suivre et d'évaluer dans le temps et de manière pertinente l'ensemble des objectifs inscrits tant dans le COS que dans le SRS. En effet, cela supposerait un nombre important d'indicateurs (de suivi, de résultat et d'impact) à intégrer au système de pilotage partagé avec les partenaires et acteurs de la santé en région.

Important

Aussi, en vue d'une meilleure efficacité et d'une communication plus pertinente, il est proposé, notamment pour le SRS, de centrer le suivi et l'évaluation sur 6 objectifs structurants de l'action de l'ARS et de ses partenaires au regard des enjeux de réduction des inégalités de santé, d'amélioration des parcours de santé de la population et d'évolution de l'organisation du système de santé recherché in fine dans notre PRS :

- Développer les actions de prévention et promotion de la santé en direction des nouveaux nés, des enfants en bas âge, des jeunes et de leurs parents plus particulièrement sur des thèmes tels que le surpoids et l'obésité, la santé bucco-dentaire et les addictions, qui sont des marqueurs d'inégalités sociales de santé. Ces actions seront développées en priorité dans les zones d'éducation prioritaires, les quartiers politique de la ville ainsi que les zones rurales les plus isolées.
- Développer les actions de prévention secondaire et tertiaire en direction des patients souffrant de pathologies chroniques afin de les rendre davantage acteurs de leur prise en charge.
- Garantir, pour tous, avec une attention particulière pour les personnes socialement fragiles et les personnes en situation de handicap, l'accès aux soins de 1er recours y compris aux soins non programmés dans un double enjeu : la réduction des inégalités géographiques et sociales de santé, et le soutien à domicile.
- Soutenir l'insertion en milieu de vie ordinaire et l'accès aux droits communs pour les personnes en situation de handicap avec comme corollaire le passage d'une logique de places à celle d'une réponse coordonnée mise en œuvre en concertation avec les instances territoriales de santé.
- Promouvoir un parcours de santé adapté à la personne âgée et renforcer les démarches de repérage précoce des fragilités ou des situations à risque, d'amélioration de la pertinence et de la qualité de leurs prises en charge.
- Améliorer la précocité du repérage, du dépistage et du diagnostic en santé mentale dans un enjeu de renforcement de la précocité des interventions, dans une approche éthique respectueuse des droits des usagers en situation de maladie mentale et de leurs familles.

Parallèlement, ont été sélectionnés des indicateurs clés, par axe stratégique du COS, afin de permettre d'apporter des connaissances sur l'évolution du système de santé et sur la santé de la population avant/après le PRS.

COMMUNICATION

L'article R. 1434-2 du Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé prévoit une information annuelle de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur le suivi de la mise en œuvre du projet régional de santé.

Cette information sera réalisée, au moins une fois par an, lors de séances habituelles de l'assemblée plénière de la CRSA et/ou de ses commissions ainsi que celle des conseils territoriaux de santé, mais également auprès de toutes instances ou collectivités qui en manifesteraient le souhait.

Les principaux résultats seront portés à connaissance des citoyens par une mise en ligne sur le site internet de l'ARS.

Gouvernance et pilotage du suivi et de l'évaluation du projet régional de santé

Le directeur général de l'ARS conduit la mise en œuvre de l'évaluation et du suivi du PRS. Il porte les résultats de ce suivi et de cette évaluation à la connaissance des instances et des partenaires externes, et, au regard des résultats, il définit les réorientations éventuelles.

Cette information contribue à alimenter les débats des instances de démocratie sanitaire.

Dans la réalisation de ces travaux, le directeur général de l'ARS prendra appui sur une instance de concertation réunissant à parité des membres de l'agence et des membres de la CRSA. Cette instance sera consultée sur :

- les orientations de l'évaluation (appropriation de la démarche et du référentiel d'évaluation),
- les résultats et les recommandations du suivi et de l'évaluation.

SYSTÈME DE SUIVI DU PRS

Le suivi de la mise en œuvre du PRS sera organisé autour d'indicateurs mais également de bilans d'étape thématiques.

● DÉFINITION D'INDICATEURS DE SUIVI

Il est possible de définir un indicateur comme le mode de mesure d'un objectif à atteindre, d'une ressource mobilisée, d'un effet obtenu, d'un critère de qualité ou d'une variable contextuelle.

Le système d'indicateurs comportera des données quantitatives mesurant ce qui est arrivé et des données qualitatives examinant comment et pourquoi c'est arrivé.

Compte tenu de l'ampleur du périmètre du PRS, des indicateurs de réalisation, de moyen et de résultat seront définis pour les principaux objectifs du SRS.

Pour les indicateurs de résultats, ils seront communs avec ceux retenus dans l'évaluation. Ils permettent de suivre l'effectivité des actions envisagées et leurs effets directs sur les bénéficiaires ciblés.

Les indicateurs retenus au titre de la stratégie nationale de santé seront mobilisés dès lors qu'ils sont déclinés en région.

Afin de pouvoir évaluer à terme les effets plus globaux du PRS sur la santé de la population, le système de suivi comprend des indicateurs de santé publique. Destinés à mesurer les conséquences du programme, ces indicateurs sont définis par rapport aux principales orientations stratégiques du COS *(conférer en annexe la liste des indicateurs clés pour le suivi du COS par orientation)*.

Afin de sécuriser le dispositif de suivi, sur toute la période de mise en œuvre du PRS, le recueil des indicateurs sera décrit dans une fiche synthétique précisant le mode de calcul, la source, la valeur initiale ou T0, la valeur cible (obligatoire pour les indicateurs de résultats), le responsable du suivi de

l'objectif… Ces fiches seront partagées au sein du comité durant le second semestre 2018.

Enfin, il est apparu nécessaire d'intégrer au système de suivi quelques indicateurs de contexte. La situation socio-économique et environnementale influe favorablement ou pas les effets obtenus. L'intégration de tels indicateurs permet de compléter l'analyse de l'évolution des indicateurs liés plus directement au PRS *(conférer en annexe la liste des indicateurs de contexte au niveau régional et départemental)*.

● RECUEIL DES INDICATEURS ET ANALYSE

Le recueil et la fiabilité des informations relèvent de la responsabilité de l'ARS.

L'analyse croisée des indicateurs de suivi permet d'alerter sur des blocages éventuels et de réorienter la stratégie d'action si nécessaire.

Un rapport annuel est élaboré dans un délai de 2 mois à compter de la fin de chaque année civile. Ce rapport décrit l'état d'avancement de la mise en œuvre en comparaison de l'année précédente. Il comprend une description du contexte et des progrès accomplis dans la réalisation des priorités.

Du fait que le PRS est arrêté en cours d'exercice 2018, le premier suivi de mise en œuvre sera présenté et rendu public en mars 2020.

PLAN D'EVALUATION DU PRS

D'une manière générale, il s'agit d'évaluer la capacité du PRS à être un outil performant de mise en œuvre de la politique de santé dans la région.

● ÉVALUATION INTERMEDIAIRE

Le principe d'une évaluation du PRS à mi-parcours est acté. Il s'agit d'évaluer les stratégies mises en œuvre afin de les réorienter si besoin. Elle sera centrée sur la pertinence des résultats obtenus au regard des besoins de santé, et réinterrogera la logique d'action.

Ses résultats devront être disponibles à échéance du schéma régional de santé et du PRAPS. Ses modalités seront précisées en lien avec l'instance de concertation.

● ÉVALUATION FINALE

Au terme du PRS, soit en 2028, il s'agira d'évaluer :

- les effets du PRS sur l'état de santé de la population,
- ses effets sur la perception par la population du fonctionnement du système de santé,
- le changement de l'organisation du système de santé,
- la contribution du PRS à la réduction des inégalités sociales de santé.
- Par ailleurs, cette évaluation finale devra également interroger :
- l'outil PRS dans sa fonction de cadrage de la politique de santé (cohérence, clarté et adaptation au contexte),
- les conditions de mise en œuvre propices à l'atteinte des objectifs,
- le PRS en tant qu'outil de mobilisation des acteurs autour des enjeux du système de santé.

Dans la conduite de cette évaluation, il sera nécessaire de capitaliser sur l'évaluation intermédiaire, les données du suivi, y compris les données relatives aux objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre sanitaire et médico-social inscrits dans le SRS ainsi que sur les résultats d'enquêtes ponctuelles décidées au regard de spécificités repérées au cours de la mise en œuvre et qui permettraient de compléter l'observation.

L'instance de concertation sera associée à l'élaboration du cahier des charges de l'évaluation finale.

Périmètre de l'évaluation intermédiaire

Le périmètre de l'évaluation intermédiaire est arrêté. Il traitera des questions suivantes :

- Le PRS a-t-il permis d'améliorer l'accès aux soins, y compris aux soins non programmés, en tout point du territoire et pour toute la population ?
- Le PRS a-t-il permis de réduire les inégalités de santé, concernant le parcours de santé des jeunes ?
- Le PRS a-t-il permis de développer la capacité des jeunes et de leurs parents à trouver, à comprendre, à évaluer l'information sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant leur propre santé ou celle d'un proche ?
- Le PRS a-t-il permis d'améliorer la pertinence et la qualité des soins dispensés aux personnes âgées en structures ou à domicile ?
- Le PRS a-t-il permis de promouvoir l'organisation d'un parcours hospitalier adapté à la personne âgée ?
- Le PRS a-t-il permis de contribuer à la diminution des facteurs de risques des maladies chroniques et à l'amélioration de l'implication du patient dans la prise en charge de sa maladie chronique ?
- Le PRS a-t-il permis d'améliorer le parcours de santé du patient atteint d'un accident vasculaire cérébral ?
- Le PRS a-t-il contribué à renforcer la précocité des interventions en santé mentale ?
- Dans le parcours de santé de la personne en situation de handicap a-t-on réussi, avec ce PRS, la mise en place du dispositif « Zéro sans solution » ? A-t-on progressé sur l'enjeu de davantage d'inclusion dans la société et le droit commun ?

Ces questions peuvent d'ores et déjà être précisées et assorties de premiers indicateurs de résultats dont la liste n'est pas fermée. Elle pourra être complétée en lien avec l'instance de concertation.

Le PRS a-t-il permis d'améliorer l'accès aux soins, y compris aux soins non programmés, en tout point du territoire et pour toute population ?

L'accès aux soins est un objectif majeur unanimement partagé par tous les acteurs dans la phase de consultation.

Cet accès est à la fois abordé sous l'angle géographique mais également social. Une attention particulière sera portée en direction des personnes socialement fragiles et des personnes en situation de handicap.

Des indicateurs sont d'ores et déjà repérables pour mesurer l'impact des actions portées dans le cadre de ce PRS : le nombre de lieux d'exercice collectif, le nombre de dispositifs (Asalee, infirmiers en pratique avancée), le pourcentage de la population résidant dans une zone dans laquelle l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes est inférieure à un certain seuil, la part de la population accueillie dans les services d'urgence ne requérant pas ce type de recours.

Dans le cadre de la convention relative aux modalités de partenariat entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie pourra être abordée, sur la durée du PRS, la question du partage de l'information concernant l'accès aux droits des populations.

Le PRS a-t-il permis de réduire les inégalités de santé, concernant le parcours de santé des jeunes ?

Des thématiques sont plus spécifiquement considérées comme « traceuses » de la précarité ; ce sont en particulier l'obésité et le surpoids, ainsi que la santé buccodentaire.

Des indicateurs sont mobilisables pour suivre l'impact des interventions : la prévalence du surpoids et de l'obésité en CM1 et CM2, le taux d'enfants en surpoids et obésité, la proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant le 6ème anniversaire et le taux d'enfants ayant une ou plusieurs dents cariés non soignées lors de l'examen en grande section maternelle en et hors zone d'éducation prioritaire de chaque académie.

Le PRS a-t-il permis développer la capacité des jeunes et de leurs parents à trouver, à comprendre, à évaluer l'information sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche (ou en d'autres termes de développer la littératie en santé) ?

Les addictions, dont l'usage abusif des écrans, et la vaccination sont illustratives du développement de cette capacité.

En regard de ces thèmes, des indicateurs sont disponibles : le taux de couverture vaccinale à 9 mois pour les 11 vaccins obligatoires et pour les enfants nés après le 01/01/2018, le pourcentage de jeunes de 17 ans déclarant fumer régulièrement, le pourcentage de jeunes de 17 ans ayant un usage régulier d'alcool et le pourcentage de ceux ayant eu des alcoolisations ponctuelles importantes, le pourcentage des adolescents déclarant avoir consommé du cannabis, le temps moyen passé devant un écran pour les enfants scolarisés en CM1-CM2.

Le PRS a-t-il permis d'améliorer la pertinence et la qualité des soins dispensés aux personnes âgées en structures ou à domicile ?

Dans ce champ sont plus particulièrement visés le développement de la prévention du risque infectieux, la sécurisation du circuit du médicament ainsi que la prise en charge médicamenteuse adaptée.

Parmi les indicateurs mobilisables pour mesurer l'impact des actions menées figurent : l'évolution du nombre de déclarations d'évènements indésirables enregistrées en interne, l'évolution du nombre d'évènements indésirables graves (EIG) analysés (ratio nombre EIG analysés dans l'année / nombre d'EIG déclarés en interne dans l'année (Niveau 2), le taux standardisé de poly-prescription médicamenteuse chez la personne âgée (nombre de prescription comportant au moins 10 médicaments différents prescrits avec une fréquence d'au moins 3 fois dans l'année).

Le PRS a-t-il permis de promouvoir l'organisation d'un parcours de santé adapté à la personne âgée ?

Cette question cible plus particulièrement 2 objectifs :

• Optimiser le recours à l'hôpital en programmant les hospitalisations et limitant le recours inadapté, privilégiant la montée en charge de l'hospitalisation à domicile (HAD) et sa bonne articulation avec les autres modalités d'intervention, en anticipant les sorties d'hospitalisation.

• Garantir la continuité des soins en améliorant la couverture médicale des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en sécurisant les prises en charge de nuit, en facilitant l'accès, pour les médecins traitants, à une expertise gériatrique, garantissant l'effectivité de réponses adaptées, coordonnées et graduées aux situations cliniques spécifiques des sujets âgés à domicile ou en établissement, en promouvant l'organisation de prestations de répit.

En fonction de leur disponibilité, les indicateurs permettront d'étayer la démarche évaluative : diminution du taux de ré-hospitalisation à 30 jours, taux standardisé de recours à l'hospitalisation à domicile, part des hospitalisations programmées en médecine et chirurgie (hors ambulatoire, séances et séjours très longs).

Le PRS a-t-il permis de contribuer à la diminution des facteurs de risque des maladies chroniques et à l'amélioration de l'implication du patient dans la prise en charge de sa maladie chronique ?

Cette question a pour objet de mesurer l'impact des actions de prévention de type primaire, secondaire et tertiaire menées pour éviter l'apparition des maladies chroniques ou menées auprès des patients malades chroniques plus spécifiquement pour des pathologies visées par le SRS (obésité, diabète, insuffisance rénale chronique et accident vasculaire cérébral).

Les indicateurs susceptibles de tracer l'impact des actions sont : la prévalence de l'obésité et de la surcharge pondérale régionale (enquête OBEPI), la prévalence du diabète, du tabagisme, de l'hypertension artérielle (HTA) ; le taux de patients diabétique dépistés pour : la rétinopathie, l'insuffisance rénale chronique, une cardiopathie, une pathologie bucco-dentaire.

Enfin, en lien avec l'assurance-maladie, sera évalué le déploiement de dispositifs mis en place pour atteindre cet objectif : le programme ASALEE (nombre de duos médecin généraliste – infirmier diplômé d'Etat), le programme SOPHIA (taux d'adhésion des patients diabétiques), le nombre de prescription d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par médecin généraliste, le nombre de programme d'éducation thérapeutique du patient autorisé en proximité.

Le PRS a-t-il permis d'améliorer le parcours de santé du patient atteint d'un accident vasculaire cérébral ?

Dans cette pathologie, l'enjeu majeur est celui d'une prise en charge rapide et adaptée.

Des indicateurs permettent de mesurer l'impact de nos actions au regard de cet enjeu au premier rang desquels figure la réduction des délais de prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC). Il est le plus intéressant à améliorer du fait de la dynamique des acteurs de soins dans notre région et l'impact fort sur l'évolution de la maladie.

La réduction des délais de prise en charge de l'AVC permettra d'augmenter le nombre de patients éligibles à la thrombolyse et à la thrombectomie avec un indicateur intéressant à cet égard qui est le taux régional de thrombolyse et le taux de thrombectomie.

De même pourrait être observée l'amélioration de la prise en charge multidisciplinaire des patients après la phase aiguë de l'AVC au travers de la baisse de l'indicateur : taux de patients « AVC » dont les durées de séjour en MCO et en soins de suite et de réadaptation (SSR) sont respectivement supérieures à 25 jours et à 90 jours.

Le PRS a-t-il contribué à renforcer la précocité des interventions en santé mentale ?

Les objectifs inscrits sous cette question visent notamment à améliorer le repérage précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents, favoriser l'accès des professionnels de première ligne à une expertise permettant un diagnostic précoce des troubles mentaux et une orientation plus rapide, optimiser le fonctionnement des centres médico-psychologiques (CMP) notamment par la réduction du délai d'accès pour les primo-consultants.

Plusieurs indicateurs de nature différente sont disponibles pour étayer l'approche : évolution du nombre d'évènements organisés dans le cadre des Semaines d'information santé mentale (SISM), part ou nombre de professionnels formés au repérage de la crise suicidaire, de la souffrance et des troubles psychiques (professionnels de santé et partenaires des champs éducatif, social, médico-social, judiciaire et du travail, en particulier ceux intervenant auprès des jeunes), nombre de formations réalisées, évolution du taux de suicide (mortalité) suivi dans le cadre de l'observatoire régional, évolution du nombre d'établissements ayant une mission de psychiatrie de secteur ayant mis en place une ligne téléphonique à destination des professionnels de première ligne et évolution des délais d'attente pour un premier rendez-vous en CMP.

Dans le parcours de santé de la personne en situation de handicap a-t-on réussi, avec ce PRS, la mise en place du dispositif « Zéro sans solution » ? A-t-on progressé sur l'enjeu de davantage d'inclusion dans la société et le droit commun ?

Le schéma régional de santé comporte dans la partie "une organisation de l'offre en santé au service de la qualité et de la continuité des parcours de santé" des objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'offre en établissements et services médico-sociaux en lien avec ces objectifs.

Leur suivi sera intégré dans l'évaluation et permettra d'étayer la mesure d'impact des actions conduites sur cette double question.

Ces indicateurs sont déclinés par département ce qui permettra de mesurer les efforts en infra-régional et de réajuster les stratégies d'action en territoires.

Annexes

LISTE DES INDICATEURS CLES POUR LE SUIVI DU COS PAR ORIENTATION

Dans cette liste est conservée la numérotation des objectifs stratégiques en référence au cadre d'orientation stratégique (COS). Tous les objectifs stratégiques de chaque orientation ne font pas l'objet d'un indicateur d'impact, donc la reprise n'est pas exhaustive.

01 ● ORIENTATION 1 : RENFORCER, EN LIEN AVEC LES AUTRES PORTEURS DE POLITIQUES, LA PLACE DE L'EDUCATION A LA SANTE, DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE PUBLIQUE

Attendus

- Développer les comportements individuels et collectifs favorables à la santé, la culture de la promotion de la santé.
- Retarder l'apparition des maladies chroniques.

Indicateurs d'impact

- Taux standardisé de mortalité générale *(y compris départements).*
- Taux standardisé de mortalité prématurée (- 65 ans) *(y compris départements).*
- Taux standardisé de mortalité prématurée évitable (VIH, tabac, alcool, accident, suicide*)* *(y compris départements).*
- Taux de mortalité infantile *(y compris départements).*
- Taux standardisé de mortalité par pathologie liées à l'alcool *(y compris départements).*
- Taux standardisé de mortalité par cancer *(y compris départements).*
- Taux standardisé de mortalité prématurée par cancer *(y compris départements).*
- Taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires *(y compris départements).*
- Taux standardisé de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires *(y compris départements).*

● OBJECTIF STRATEGIQUE 1-1 > RENDRE LES JEUNES ACTEURS DE LEUR SANTE

Attendus

- Accompagner les familles.
- Contribuer au parcours éducatif en santé.

Indicateurs de résultat

- Taux brut de mortalité générale chez les 10-24 ans.
- Taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans *(y compris départements).*
- Taux spécifique de mortalité par suicide chez les 10-24 ans.
- Taux brut de prévalence/incidence des ALD toutes causes chez les 10-24 ans *(y compris départements).*
- Taux brut de prévalence/incidence des ALD psychiatriques chez les 10-24 ans (*y compris départements pour la prévalence).*
- Proportion d'élèves en grande section de maternelle en surcharge pondérale.
- Pourcentage d'élèves en grande section de maternelle en obésité.

- Proportion d'enfants ayant consulté un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant le 6e anniversaire *(y compris départements).*
- Pourcentage de jeunes de 17 ans déclarant fumer régulièrement.
- Pourcentage de jeunes de 17 ans déclarant être usager régulier d'alcool (au moins 10 usages dans le mois).
- Pourcentage de jeunes de 17 ans déclarant être usager d'une alcoolisation ponctuelle importante répétée.
- Pourcentage de jeunes de 17 ans déclarant avoir consommé du cannabis (expérimentation).
- Taux d'hospitalisation pour intoxication éthylique aigue (IEA) chez les 15-24 ans *(y compris départements).*
- Taux d'hospitalisation pour intoxication éthylique aigue (IEA) avec complications sévères chez les 15-24 ans.
- Fréquence des cas de syndrome d'alcoolisation fœtal enregistrés pour 1 000 naissances vivantes.
- Taux spécifique de séjours hospitaliers MCO des moins de 18 ans ayant subi des mauvais traitements et/ou une enfance malheureuse.
- Densité des médecins généralistes libéraux *(y compris départements).*
- Densité de pédiatres libéraux pour les moins de 18 ans *(y compris départements).*
- Part de mères qui consomment du tabac au cours du 3e trimestre de grossesse (%).
- Part des mères ayant réalisé un entretien prénatal précoce.
- Taux spécifique de mortalité chez les 1-4 ans pour les 2 principales causes.
- Taux spécifique de mortalité chez les 5-14 ans pour les 2 principales causes.
- Taux spécifique de mortalité chez les 15-24 ans pour les 2 principales causes.
  [NB : les principales causes diffèrent selon la tranche d'âge et peuvent évoluer dans le temps.]
- Taux brut de mortalité générale chez les 1-4 ans.
- Taux brut de mortalité générale chez les 5-14 ans.
- Taux brut de mortalité générale chez les 15-24 ans.

02 ● ORIENTATION 2 > FAVORISER L'ACCES A LA SANTE

Attendus

– Maintenir l'offre de 1er recours au service de la qualité et de la continuité des prises en charge pour les personnes souffrant de pathologies chroniques, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et les personnes en situation de précarité.
– Faciliter l'accès aux techniques de pointe pour tous. Cet objectif sera difficilement mesurable globalement. Il pourra être abordé au travers de certaines pathologies, à titre d'exemple la cancérologie.

Indicateurs d'impact

– Part de la population bénéficiaire d'au moins une consultation chez un médecin généraliste par an *(y compris départements).*

● OBJECTIF STRATEGIQUE 2-1 > ASSURER L'ACCES AU PREMIER RECOURS

Attendus

– Réduire les inégalités géographiques d'accès au 1er recours.
– Renforcer le 1er recours pour appuyer le virage ambulatoire.

Indicateurs de résultat

– Pourcentage de la population résidant dans une zone dans laquelle l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes est inférieure à un certain seuil.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 2-2 > ASSURER L'ACCES A L'URGENCE DANS LES DELAIS REQUIS

Attendus

– Continuer à promouvoir un meilleur accès à un dispositif d'urgence en moins de 30 minutes.
– Soutenir l'accès aux soins non programmés : régulation médicale, point fixe de garde….

Indicateurs de résultat

– Taux de la population à plus de 30 mn d'un SMUR terrestre.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 2-4 > PERMETTRE A L'ENSEMBLE DE LA POPULATION D'ACCEDER AUX TECHNOLOGIES DE POINTE

Attendus

– Améliorer les délais d'intervention pour les AVC (maillage UNV, thrombolyse, thrombectomie).

Indicateurs de résultat

– Taux d'AVC ischémiques traités par thrombolyse *(y compris départements).*
– Taux d'AVC ischémiques traités par thrombectomie *(y compris départements).*

03 ● ORIENTATION 3 > AMELIORER LA QUALITE ET L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE PAR UNE ORGANISATION EN PARCOURS REPOSANT PRIORITAIREMENT SUR L'AMBULATOIRE ET PAR LE SOUTIEN A DOMICILE

Attendus

– Fluidifier le parcours de santé : la coordination, le décloisonnement, le virage ambulatoire, l'accompagnement, la prévention de la perte d'autonomie, l'autonomie des personnes en situation de handicap.

Indicateurs d'impact

– Nombre de plateformes territoriales d'appui -PTA- (intégrant à la fois une dimension sanitaire et médico-sociale) mises en place, financées par l'ARS.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 3-4 > DEVELOPPER LES BONNES PRATIQUES HOSPITALIERES ALTERNATIVES ET ADAPTER LES PLATEAUX TECHNIQUES

Attendus

– Optimiser l'utilisation des plateaux techniques dans les établissements sanitaires (alternatives à l'hospitalisation, programmation des hospitalisations, lien avec amont et aval).

Indicateurs de résultat

– Part d'hospitalisation via les services d'accueil des urgences *(y compris départements).*
– Taux de ré-hospitalisation à 30 jours *(y compris départements).*
– Taux d'hospitalisation en HAD *(y compris départements).*
– Taux de chirurgie ambulatoire *(y compris départements).*

● OBJECTIF STRATEGIQUE 3-7 > DEVELOPPER PLUS ENCORE LA POLITIQUE DE SOUTIEN AUX AIDANTS

Attendus

– Soutenir le droit au répit, la formation thérapeutique, l'information ressources.

Indicateurs de résultat par territoire

– Nombre d'actions financées ou montants financés par l'ARS en direction des aidants.
– Nombre d'aidants formés.
– Nombre de lits d'accueil temporaire pour personnes âgées.
– Nombre de lits d'accueil temporaire pour personnes handicapées.
– Nombre de places d'accueil de jour pour personnes âgées.
– Nombre de places d'accueil de jour pour personnes handicapées.
– Taux d'occupation des lits d'hébergement temporaire pour personnes âgées.
– Taux d'occupation des lits d'hébergement temporaire pour personnes handicapées.
– Taux d'occupation des places d'accueil de jour pour personnes âgées.
– Taux d'occupation des places d'accueil de jour pour personnes handicapées.

04 ● ORIENTATION 4 > RENFORCER LA CAPACITE DU SYSTEME DE SANTE A FAIRE FACE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES.

Attendus

– Anticiper les évènements pour mieux y répondre.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 4-2 > RESPONSABILISER LA POPULATION PAR UNE COMMUNICATION ADAPTEE

Attendus

– Former/sensibiliser la population au repérage des situations potentielles et développer les meilleures réactions en cas de crise.

Indicateurs de résultat

– Nombre d'actions de communication menées : [0;2]/an : faible ; [3;5]/an : correct ; [5;10]/an : exceptionnel.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 4-3 > RENDRE INTEROPERABLES LES REPONSES ET TRAVAILLER EN RESEAU

Attendus

– Limiter la segmentation des plans (travail en réseau, capacité d'adaptation des acteurs).

Indicateurs de résultat

– Nombre d’exercices ou de situations réelles avec mise en œuvre d’une approche d'anticipation et/ou d’une prise de décision en réseau.
– Nombre d'exercices ou de situations réelles avec mise en œuvre d'une approche de prise de décision en réseau.

05 ● ORIENTATION 5 > RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE ET LES RELATIONS PARTENARIALES ENTRE PROFESSIONNELS ET USAGERS

Attendus

– Faciliter l'implication des usagers dans les instances et dans la construction des projets.
Cet objectif s'appuie sur une nécessaire dynamique des acteurs des instances et de leur mobilisation.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 5-2 > FAIRE DE L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION DES OUTILS EFFICACES POUR LE SUR LE BON USAGE DU SYSTEME DE SANTE EN DIRECTION DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS

Attendus

– Optimiser l'usage du système de santé par une information opérationnelle et pratique tant auprès des professionnels de santé que des usagers.

Indicateurs de résultat

– Couverture vaccinale « méningocoque C » chez les enfants de 2 ans.
– Couverture vaccinale « rougeole, oreillons, rubéole 2 doses » à l'âge de 24 mois *(départements).*
– Couverture vaccinale contre les papillomavirus humains « schéma complet à 2 doses » chez les jeunes filles nées en 2001.
– Taux standardisés de participation aux dépistages organisés du cancer du sein.
– Taux standardisés de participation aux dépistages organisés du cancer colorectal.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 5-3 > ACCOMPAGNER ET SOUTENIR LES REPRESENTANTS D'USAGERS ET DEVELOPPER LA DEMOCRATIE DIRECTE

Attendus

– Soutenir et former les représentants d'usagers.
– Développer la démocratie directe (débat public, expression de masse, accompagnement usagers touchés par dysfonctionnement).

Indicateurs de résultat

– Part de l'enveloppe du Fonds d'intervention régional (FIR) affectée à la démocratie sanitaire.
– Nombre de débats publics réalisés.
– Pourcentage de postes de représentants des usagers non pourvus au sein des instances de démocratie sanitaire.
– Pourcentage de représentants des usagers ayant participé à au moins une formation au cours de l'année.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 5-4 > DEVELOPPER LES DEMARCHES PARTICIPATIVES AU NIVEAU TERRITORIAL

Attendus

– Faciliter l'implication individuelle de l'usager dans l'élaboration et le suivi politique de santé en proximité (notion de patient expert).

06 ● ORIENTATION 6 > ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ EN S'APPUYANT SUR LES INNOVATIONS

Attendus

– Repérer, évaluer et accompagner les innovations technologiques, techniques ou organisationnelles.

Indicateurs d'impact

– Nombre de téléconsultations.
– Nombre de téléexpertises.
– Nombre de projets retenus au titre de l'article 51.
– Pourcentage de professionnels de santé libéraux équipés en Messagerie de santé sécurisée
– Taux d'usage de Trajectoire SSR par les établissements MCO.
– Taux d'usage de Trajectoire SSR par les établissements SSR.

LISTE DES INDICATEURS DE CONTEXTE AU NIVEAU REGIONAL ET DEPARTEMENTAL

– Taux de pauvreté *(y compris départements).*
– Part des personnes couvertes par le Revenu de solidarité active –RSA- *(y compris départements).*
– Densité de population *(y compris départements).*
– Indice de vieillissement (65 +/- 20 ans) *(y compris départements).*
– Indicateur de jeunesse (- 20 ans/60 ans +) *(y compris départements).*
– Taux de natalité *(y compris départements).*
– Taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) *(y compris départements).*
– Part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans *(y compris départements).*
– Part des familles monoparentales et des couples avec enfant à bas revenu (%) *(y compris départements).*

ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes