1 cours Verdun
69002 Lyon
Tél. 04 78 28 15 00
Fax. 04 78 28 17 56
Mail. pluricite@pluricite.fr
www.pluricite.fr

Evaluation finale du Projet Régional de Santé Rhône-Alpes 2012-2017

Synthèse du rapport final

Mars 2017

Table des matières

1. Le Projet Régional de Santé Rhône-Alpes : contexte et enjeux.....3
2. L'évaluation du PRS : une démarche volontariste, prévue dès la conception du PRS.....3
3. Les enseignements de l'évaluation sur les principaux éléments de plus-value de la mise en œuvre du PRS.....7
4. Les recommandations pour le futur PRS.....20

1. Le Projet Régional de Santé Rhône-Alpes : contexte et enjeux

1.1. Un projet devant répondre aux enjeux de santé régionaux tout en déclinant les priorités nationales en matière de santé publique

Le Projet Régional de Santé (PRS) est **un outil créé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » de 2009**, permettant de prioriser les axes de la politique régionale de Santé menée par les Agences Régionales de Santé et l'ensemble de leurs partenaires.

Le PRS Rhône-Alpes 2012-2017 a permis de fixer des priorités à échéance de 5 ans (ou plus) en réponse aux besoins repérés. Le travail mené pour son élaboration a associé l'ensemble des acteurs de Santé de la région, et impliqué notamment les collectivités locales et les usagers, ainsi que la Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie (CRSA).

1.2. Un exercice ambitieux : constituer le cadre commun d'intervention et de mobilisation des acteurs en santé publique en région

Le PRS donne l'opportunité aux acteurs de la région de se mobiliser autour des **trois axes d'intervention retenus dans le plan stratégique régional de santé :**

- **Le développement de la prévention**, notamment des risques environnementaux
- L'accessibilité à une offre en santé adaptée et efficiente contribuant à **la réduction des inégalités sociales et territoriale**
- **La fluidité des prises en charge et des accompagnements,** notamment des personnes en perte d'autonomie, des personnes porteuses de maladies chroniques, de maladies psychiatriques et de leurs aidants.

Ces axes déterminent un périmètre très large, couvrant un éventail de thématiques pouvant être partagées par les acteurs et partenaires régionaux intervenant dans le champ de la santé. **Le PRS a vocation à constituer le cadre stratégique** auquel l'ensemble des acteurs de santé de la région, ainsi que les agents de l'ARS, doivent se référer pour conduire leurs actions.

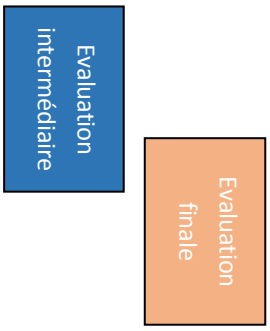
2. L'évaluation du PRS : une démarche volontariste, prévue dès la conception du PRS

Faisant suite à la demande de la CRSA, la démarche d'évaluation a été inscrite dès la conception du PRS afin d'optimiser son processus de mise en œuvre. L'évaluation finale doit permettre de mettre en question l'action de l'ARS et de ses partenaires pour répondre aux besoins de santé en région Rhône-Alpes, dans un objectif de santé globale et d'optimisation du parcours de santé.

Elle a été conduite en deux temps : une évaluation intermédiaire à 3 ans et une évaluation finale à échéance du PRS (dont les résultats sont présentés dans ce document).

La conduite de ces deux phases doit permettre de répondre aux trois questions suivantes :

- Comment ont été mises en œuvre les actions ? (*évaluation des processus*)
- Quels sont les résultats obtenus ? Sont–ils conformes aux objectifs initiaux ? (*évaluation de l'efficacité*)
- Quels ont été les effets du PRS sur la santé en Rhône-Alpes ? (*évaluation de l'impact*)



2.1. Objectifs et enjeux de l'évaluation finale

L'évaluation finale vise à tirer des enseignements stratégiques, opérationnels, financiers pour préparer le futur PRS qui concernera la nouvelle région fusionnée Auvergne-Rhône-Alpes. Elle constitue également un temps favorisant la prise de recul des acteurs en charge de la mise en œuvre du PRS et la mobilisation autour du futur PRS.

L'évaluation finale a pour objectifs :

- de fournir des éléments quantitatifs et qualitatifs expliquant le degré d'avancement du PRS à son terme
- d'analyser les éléments de changement des fonctionnements internes et du décloisonnement des acteurs de l'ensemble du champ de la santé grâce au PRS, et d'analyser la performance du partenariat développé autour du PRS
- d'analyser le rôle de régulation de la démocratie sanitaire et de mettre en évidence en quoi les instances de démocratie sanitaire ont permis aux usagers de se retrouver dans le PRS.

2.2. Questions évaluatives

Il a été proposé au comité de pilotage de l'évaluation de repartir des constats du diagnostic initial du PRS afin de sélectionner les questions évaluatives autour des enjeux prioritaires du Plan :

- des inégalités territoriales et socio-économiques dans l'accès à la santé
- une mortalité évitable (c'est-à-dire la mortalité prématurée due aux comportements individuels) relativement forte
- des ruptures dans la continuité des prises en charge et dans l'accompagnement des usagers du système de santé
- des risques sanitaires forts, spécifiquement liés à l'environnement.

Au final, le comité de pilotage de l'évaluation a retenu 3 questions évaluatives générales et une question évaluative transversale :

Questions évaluatives générales :

1. **Dans quelle mesure le PRS a-t-il contribué à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?**
2. **Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis une meilleure coordination et articulation des liens existants entre santé et environnement ?**
3. **Dans quelle mesure le PRS a-t-il permis de mieux coordonner les acteurs de la santé au bénéfice des usagers ?**

Question évaluative transversale :

4. **Dans quelle mesure les grands principes méthodologiques et organisationnels choisis pour le PRS ont-ils contribué à l'atteinte des objectifs ?**
    - Quels sont les comités et les modes de coordination partenariaux les plus efficaces dans la mise en œuvre du PRS ?
    - Dans quelle mesure la démocratie sanitaire a-t-elle réussi à s'ancrer aux différents niveaux d'élaboration et de mise en œuvre du PRS ?

Afin de répondre aux questions évaluatives définies ci-dessus, nous nous sommes basés sur l'analyse d'un certain nombre d'éléments quantitatifs (indicateurs de réalisations et de résultats), lorsque ces derniers existaient grâce à l'intégration d'outils de suivi et d'évaluation au moment de la conception des actions, mais également et majoritairement des éléments d'analyse qualitatifs, basés sur des dires d'acteurs, recueillis dans le cadre d'une centaine d'entretiens auprès des services de l'ARS et de ses partenaires :

Structures rencontrées dans le cadre de l'évaluation[1] :

Siège de l'ARS et Directions Départementales CRSA (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie) (Présidente et membres de Collèges) DDT (Directions Départementales des Territoires) Conseils départementaux HCL (Hospices Civils de Lyon) Centre Hospitalier de Montélimar Centre Hospitalier du Vinatier Centre Hospitalier de la Croix-Rousse CHU de Saint-Etienne Centre Hospitalier du Forez Hôpitaux Drôme Nord	Ville de Saint-Etienne Lyon Métropole IREPS Réseau SBCH (Santé bucco-dentaire et handicap) Rhône-Alpes Réseau AURORE Réseau Naître et Devenir Réseau ANAIS Réseau RP2S ABC Diététique Association Sohdev (Santé Orale, Handicap, Dépendance Et Vulnérabilité) Collectif Sud FRAPNA	UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades handicapées psychiques) C3R 38 UTEP Office de Lutte contre le Cancer Institut Saint Vincent de Paul (IME) Pierre-de-lune (IME) Centre référent de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive de Saint-Etienne Groupe ACPPA Ensemble des assistants de filière gérontologique (enquête)

[1] NB. Pour certaines structures, plusieurs personnes ont pu être rencontrées dans le cadre d'entretiens individuels ou collectifs.

2.3. Le périmètre de l'évaluation finale

Sur la base des enseignements méthodologiques de l'évaluation intermédiaire, un travail de cadrage et de resserrement du champ évaluatif a été conduit avec le Comité de pilotage au lancement de la mission, afin de préciser les questions évaluatives générales, très larges, listées ci-dessus. Malgré ce travail de cadrage, la volonté de s'interroger sur les résultats de l'action en santé publique dans le cadre du PRS au regard des grands enjeux régionaux identifiés dans le diagnostic initial a conduit à définir un périmètre qui est finalement resté assez large lui aussi, puisqu'il a couvert :

- pour les inégalités sociales et territoriales :
  - ✓ Les appels à projet sur le champ de la prévention
  - ✓ Le parcours ANAP « handicap psychique »
  - ✓ Les Centres de réhabilitation psycho-sociale et de remédiation cognitive
  - ✓ L'offre de premier recours en zone déficitaire
- pour la santé-environnement :
  - ✓ Les Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur (CMEI)
  - ✓ La coordination des acteurs dans le domaine de la qualité de l'air
- pour la coordination des acteurs de la santé au bénéfice des usagers :
  - ✓ Le lien Ville-Hôpital-Médico-social dans le parcours « périnatalité »
  - ✓ Les filières gérontologiques

Chacun de ces sujets aurait pu justifier la conduite d'une évaluation en tant que telle. Dans le cadre de l'évaluation finale du PRS, il s'est plutôt agi d'illustrer les principaux résultats obtenus dans le cadre du PRS, et d'analyser les processus ayant conduit à l'obtention – ou non – de ces résultats, sur ces différents champs.

2.4. Les limites de l'exercice d'évaluation

2.4.1. Une difficulté à trouver une information systématique sur les actions portées dans le cadre du PRS, tant sur le contenu des actions elles-mêmes qu'au niveau de leurs effets

Le système de suivi et d'évaluation mis en place au début de la mise en œuvre du PRS comporte principalement les indicateurs d'avancement des actions sous la forme :

- de jalons, allant de 25% en 25%, rattachés aux Priorités du PRS
- des indicateurs rattachés au CPOM
- des indicateurs de suivi du plan d'action du SROS
- des indicateurs définis à l'échelle des PTS
- divers indicateurs suivis par les agents de l'ARS en fonction de leur domaine d'intervention, sous des formes et des temporalités diverses, qui ne sont pas centralisés au sein d'un même outil de suivi.

Les difficultés rencontrées sur ce volet pour l'évaluation finale sont les suivantes :

- il a été difficile pour l'ARS sur la fin du PRS de disposer des valeurs des jalons, par déficit de mise à jour

- au sein de ces listes d'indicateurs, très peu concernent les résultats des actions. Un travail spécifique de recherche d'indicateurs de résultat existants et exploitables, principalement produits par les agents de l'ARS, mais non centralisés, a été conduit en collaboration avec l'ARS, mais il est apparu que très peu d'indicateurs de résultat liés aux questions évaluatives existent.

2.4.2. La difficulté d'imputer des évolutions observées au PRS (nombreux facteurs externes)

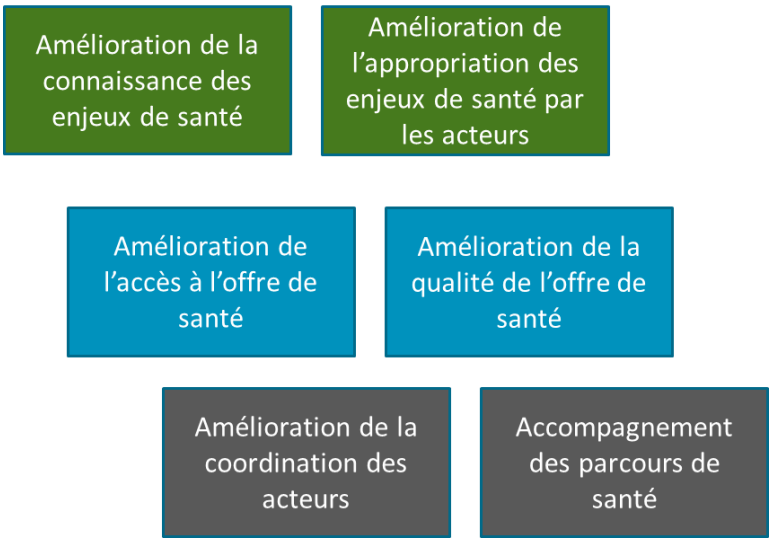
Un certain nombre de facteurs démographiques (de la population comme des professionnels de santé), socio-économiques, politiques (stratégie des élus locaux …) sont venus impacter, positivement ou négativement, le déploiement du PRS. Ces facteurs externes rendent hasardeux le fait d' « attribuer » de manière unilatérale les résultats constatés à la seule intervention du PRS.

2.4.3. Une approche des « résultats » qui se traduit différemment en fonction des questions évaluatives et des actions

La notion de résultats, qui préside traditionnellement à la conduite d'une évaluation finale, revêt des dimensions très hétérogènes en fonction des différentes sections qui composent un PRS. Les résultats peuvent s'exprimer en termes d'amélioration de la connaissance mutuelle des acteurs, d'amélioration de l'appropriation collective des enjeux de santé, ainsi que d'amélioration de l'état de santé de la population (il s'agit là de l'impact à long terme des actions, qui ne peut être observé et mesuré au terme des 5 ans du Plan). Cette diversité de niveaux de résultats rend plus difficile d'obtenir une vision claire de « ce à quoi a abouti » globalement le PRS.

3. Les enseignements de l'évaluation sur les principaux éléments de plus-value de la mise en œuvre du PRS

En réponse aux questions posées, la démarche évaluative a conduit à identifier les différents types de « plus-values » de l'intervention du PRS sur le territoire régional. L'analyse produite distingue les « plus-values » suivantes :



3.1. Apports du PRS sur la connaissance des enjeux de santé régionaux

Le PRS Rhône-Alpes, au cours de son élaboration puis de sa mise en œuvre, a été le cadre de travaux qui ont permis d'améliorer la connaissance des problématiques et enjeux de santé dans les territoires, première marche indispensable dans la territorialisation d'une stratégie de santé.

Le travail mené dans le cadre de l'élaboration du PRS sur la définition d'indicateurs composites de fragilité des territoires au regard de l'offre de santé illustre ces avancées, en ayant permis de dessiner les contours d'une géographie d'intervention prioritaire *(cf. ci-dessous, « Apports du PRS sur l'amélioration de l'accès à l'offre de santé »)*.

Plusieurs chantiers d'état des lieux ont par ailleurs été conduits à l'échelle régionale ou infrarégionale, permettant d'améliorer la connaissance des besoins de santé dans les territoires : diagnostics territoriaux dans le cadre de l'élaboration des PTS, diagnostics ciblés dans le cadre d'actions spécifiques du PRS (diagnostic de l'accès à l'offre de santé des personnes en situation de handicap par l'APF, connaissance des situations de tension aux Urgences dans le cadre du Plan d'actions régionales Urgences, appel à projet sur la prévention des chutes des personnes âgées par exemple…).

Zoom sur les appels à projets / candidatures en prévention

Les préambules des appels à candidatures présentent de façon précise les enjeux de santé actuellement positionnés à un niveau national, ou local, le tout illustré de données et statistiques bien détaillées. Ces éléments introductifs aux cahiers des charges permettent une meilleure connaissance des enjeux de santé auxquels l'ARS est confrontée et souhaite répondre. La lecture de ces éléments ne suffit cependant pas à affirmer que les porteurs de projets ont amélioré leur connaissance des enjeux de santé. Si les interlocuteurs ARS concernés maîtrisent le cadre d'intervention et les objectifs du Projet Régional de Santé dans lesquels sont positionnés ces projets, les porteurs de projets en sont souvent moins familiers.

Tous les projets concernés par l'appel à candidature ne sont en mesure de réaliser un lien direct entre leur activité et un enjeu de santé. Si tous agissent, plus ou moins directement, sur des enjeux de santé primordiaux, les acteurs mobilisés autour de leur projet peuvent ne pas en être conscient. L'appel à candidature sur la « formation du personnel des EHPAD et des SSIAD à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées » fait figure d'exception, puisque, un de ses objets-phares concerne la diffusion de l'information auprès des professionnels sur les bienfaits du développement des activités d'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées. Une étude menée dans la région Rhône-Alpes en 2007 par l'Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) auprès de 100 EHPAD avait révélé que le niveau de santé buccodentaire au sein des EHPAD était plus bas que le reste de la population. Or, l'absence de soins dentaires est directement vectrice de complications physiques (diabète, cardiopathie à risque d'endocardite infectieuse, prothèse articulaire…). En familiarisant les professionnels des EHPAD et des SSIAD de 28 filières gérontologiques de la région, l'appel à candidatures a notamment eu pour effet d'améliorer la connaissance des professionnels sur des enjeux de santé auprès de leur public.

Ces diagnostics constituent une **première marche indispensable** dont la difficulté et le caractère indispensable ne doivent pas être sous-estimés, mais ils n'ont pas toujours permis de donner lieu ensuite à des actions concrètes, faute de temps ou de moyens.

3.2. Apports du PRS sur l'appropriation partenariale des enjeux de santé et le décloisonnement des perceptions

L'appropriation partagée des enjeux de santé constitue, après les démarches de diagnostic territorial, la seconde marche dans l'obtention de résultats concrets liés au PRS. Le PRS a en effet permis de créer les conditions nécessaires au dialogue, au décloisonnement des perceptions des acteurs, et à la prise de conscience de la nécessité d'aller vers davantage de coordination des interventions, et ce par le biais de différents vecteurs.

3.2.1. Par la création d'outils d'interconnaissance

Le PRS a servi de cadre à la création d'outils régionaux de partage d'information. Le SharePoint consacré au recensement des travaux des filières gérontologiques, les différents annuaires d'acteurs construits au sein de ces filières pour améliorer le niveau de connaissance sur le « qui fait quoi » en sont des illustrations, à l'image également du site EPHORA concernant l'offre d'ETP disponible en Région.

3.2.2. Par la création et l'animation de lieux d'interconnaissance

Le PRS a été le cadre de temps et lieux d'échanges entre acteurs issus de sphères distinctes et n'ayant jusque-là pas d'habitude de dialoguer, qui ont permis :

- à chaque acteur de mieux connaître et comprendre les champs d'intervention respectifs de chacun, ainsi que leurs contraintes propres
- d'élaborer des diagnostics partagés des enjeux
- d'aboutir à la conscience partagée de la nécessité de travailler ensemble, au service du parcours des usagers, au-delà des cultures professionnelles et institutionnelles individuelles.

Zoom sur les effets en termes de décloisonnement des perceptions dans le secteur de la périnatalité

Sur toute la durée du PRS, l'ARS et ses partenaires ont conduit un certain nombre de travaux autour de la périnatalité et de l'amélioration du parcours des nouveau-nés, notamment prématurés (plus particulièrement dans le Territoire de santé Est). Un groupe de travail régional a été animé sur la coordination des acteurs « Ville-Hôpital-Médico-Social » entre professionnels de santé, structures de néonatalogie, CAMSP et représentants des familles autour du parcours et du suivi des enfants prématurés. Des avancées en termes de qualité de la coopération, et de volonté de coopérer, ont été constatées sur les dernières années, notamment entre les services hospitaliers de néonatalogie et les professionnels médico-sociaux. Elles ont pu prendre des formes spécifiques (chartes, conventions) ou être plus informelles. Elles ont en tout cas été permises par **la combinaison de plusieurs facteurs** : l'impulsion politique donnée par l'ARS, le soutien financier de cette dernière, la volonté de coopérer des acteurs locaux une fois réunis, les moyens humains disponibles pour passer du temps en coordination. Le PRS a été un réel vecteur d'amélioration de l'interconnaissance, aux côtés de la volonté individuelle de chaque acteur de mieux comprendre sa place dans l'écosystème.

Zoom sur les effets en termes de décloisonnement des perceptions dans le secteur de la santé mentale

L'accompagnement du Programme d'accompagnement au changement du système de santé (PACSS) déployé par l'ANAP sur les territoires de santé Centre et Sud concernant spécifiquement les parcours handicap psychique, a permis sur les premières années du PRS de construire un socle de compréhension commune autour des pratiques mais aussi des contraintes liées à la prise en charge des publics de part et d'autre. La démarche progressive en trois temps visait en effet en premier lieu un diagnostic collectif des enjeux et besoins repérés, une acculturation qui constitue un premier jalon nécessaire avant de prétendre aller sur un dialogue à plusieurs voix sur la recherche de solutions communes pour fluidifier les parcours.

De la même manière, la structuration du réseau des Centres de Réhabilitation Psychosociale (CRP) qui a vu le jour sur la période du PRS, a intégré un premier enjeu de décloisonnement des acteurs des différents secteurs sur certains territoires où le besoin d'interconnaissance était prégnant (notamment sur la Loire avec REHACOOR 42). Le signal est positif mais la mobilisation a des marges de progression importante. REHACOOR porte en ce sens, une série d'actions visant à diffuser la culture de la réhabilitation et à mieux faire connaitre les ressources du territoire. Différents leviers ont été saisis par les équipes du Centre référent, comme par exemple, les journées d'information à destination des professionnels du sanitaire (en 2015, plus de 200 professionnels de santé, porteurs de projets, élus ont été sensibilisés). A l'automne 2016, l'association Santé mentale France organisait à Saint-Etienne une journée autour du handicap psychique et des parcours au cours de laquelle le Centre référent entendait essaimer des pratiques de la réhabilitation.

Le partage des enjeux a été enrichi également grâce aux échanges entre catégories d'acteurs dans les Conférences de territoire, et au cours des diverses réunions des Commissions de la CRSA.

3.2.3. Par la création et l'animation de lieux de coordination

Zoom sur les effets en termes de décloisonnement des interventions dans le cadre des filières gérontologiques

La volonté de l'ARS et de ses partenaires, via le PRS, était de consolider le fonctionnement des filières, tout en préservant leur identité et leur autonomie dans la réflexion et la production d'outils en réponse aux problématiques locales rencontrées. L'ARS, en lien avec les conseils départementaux, a renforcé la gouvernance des filières gérontologiques en mettant en place les Comités stratégiques départementaux, regroupant les acteurs issus des différentes sphères, et le principe de la co-animation sanitaire et médico-sociale des filières. Ces initiatives ont contribué à favoriser une interconnaissance et une volonté de travailler ensemble de la part des acteurs participant à chaque filière, même si l'intensité des résultats en la matière ont été tributaires de facteurs locaux et donc personne-dépendants.

3.2.4. Par le financement de dispositifs de coordination

Le PRS a également permis de financer directement des dispositifs favorisant la coordination des professionnels de santé et de leurs partenaires :

- les postes d'assistants de filière gérontologique et les équipes mobiles gérontologiques et géronto-psychiatriques
- les appels à projets sur la prévention, notamment l'appel à candidatures « médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville »
- le dispositif des Centres de réhabilitation Psychosociale.

Zoom sur les effets en termes de décloisonnement des interventions en santé-environnement

Les comités départementaux de lutte contre l'ambroisie regroupant ARS, collectivités locales, consulaires et gestionnaires d'infrastructures, ont permis de mobiliser les acteurs institutionnels et gestionnaires d'infrastructures autour de problématiques persistantes où les marges de progression et les freins rencontrés étaient les plus importants. Après leur mise en place, ils ont cependant connu des dynamiques très variables, faisant face dans un certain nombre de cas à un essoufflement après une phase initiale d'implication des partenaires. Au titre des freins ressortent le manque de moyens pour assurer leur animation et le manque de portage politique de la thématique.

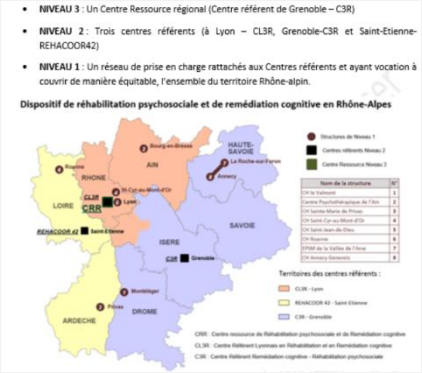
Le PRS a ainsi permis la mise en œuvre d'actions de traitement de déterminants environnementaux ciblés, qui posent la question commune de la pérennisation, et donc des moyens dédiés aux actions de santé-environnement.

Zoom sur les centres de réhabilitation psycho-sociale et de remédiation cognitive

Telle que décrit dans le Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2014, la réhabilitation psycho-sociale constitue un ensemble d'actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques dans le cadre d'un processus visant leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.

Le réseau des centres de réhabilitation psychosociale est l'une des réussites du PRS, dont les effets sont perceptibles sur les parcours :

- ✓ Le déploiement d'un maillage partenarial multisectoriel de prise en charge coordonnée, dans des contextes hétérogènes : rendre lisible, renforcer, légitimer et faire évoluer l'offre
- ✓ Un réseau connecté aux autres initiatives sur les territoires (CLSM…)



Ainsi, à travers les actions mises en œuvre, le PRS a permis d'impulser certaines dynamiques inter-acteurs importantes, allant vers le décloisonnement des perceptions et des interventions entre les sphères sanitaires, sociales et médico-sociales. Il a également contribué à développer des cultures professionnelles plus transversales, comme sur la santé environnementale. **Mais dès lors que les moyens d'animation mis à disposition par l'ARS arrivent à leur terme, bien souvent, les dynamiques de projets s'essoufflent, ne permettant pas aux acteurs dans les territoires de franchir la marche de l'opérationnalisation des solutions envisagées en matière d'amélioration pérenne de la coordination dans la prise en charge des personnes. Il ressort des échanges que les attentes restent fortes vis-à-vis de l'ARS, là où l'on avait l'ambition que les dynamiques lancées s'auto-entretiennent.**

3.3. Apports du PRS sur l'offre de santé

3.3.1. Amélioration du contenu de l'offre de santé

L'amélioration de l'offre dans les zones fragiles ou déficitaires

La stratégie en matière d'amélioration de l'offre de premier recours s'est fondée sur une approche consistant à privilégier les zones les plus fragiles. Ce zonage a permis de renforcer l'offre sur les périmètres connaissant les besoins de renforcement les plus importants.

Les résultats du PRS en matière d'amélioration de l'offre de premier recours doivent s'apprécier au regard des objectifs inscrits initialement dans le SROS, mais également en prenant en compte les évolutions législatives et réglementaires depuis 2012, en particulier le Pacte Territoires Santé. Le suivi de la mise en œuvre du Pacte met en évidence le fait que l'application des dispositifs a permis d'atteindre les objectifs fixés en matière de nombre de Maisons de Santé Pluri professionnelles (86 créées à ce jour), de Praticiens

Territoriaux de Médecine Générale (120, avec une viabilité financière avérée), de Contrats d'Engagement de Service Public (115 en 2015) et de Maisons médicales de garde.

Le soutien à l'installation de 176 Centres de santé (polyvalents, dentaires, infirmiers, médicaux) à ce jour dans les zones fragiles urbaines et périurbaines a également permis d'assurer une prise en charge plus polyvalente, à renforcer les activités de prévention, à renforcer quantitativement l'offre de prise en charge sur les zones déficitaires en offre. En outre, le PRS a contribué à réduire le délai d'accès au dispositif d'urgence par la mise en place des Médecins correspondants SAMU, qui assure aujourd'hui que 4% de la population municipale se trouve à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre, contre 7% en 2012.

Des efforts ont été déployés, mais l'indicateur quantitatif de population en zone fragile a évolué défavorablement sur la période du PRS, signe du caractère limité de l'impact du PRS au regard des facteurs de contexte et/ou d'un manque de pertinence de l'indicateur par rapport au champ d'intervention du PRS.

Ces efforts constituent un premier pas vers la concrétisation de « territoires de soins de premier recours : une zone d'organisation fonctionnelle d'une offre de soins polyvalente et coordonnée, au-delà d'une simple zone mieux équipée.

L'amélioration de l'offre en établissements et services médico-sociaux

Le PRS a permis la création d'établissements, de services et de places dans les champs sanitaire et médico-social :

- Périnatalité : création de places de CAMSP (appel à projets dans les territoires de santé Est et Centre, avec l'ouverture de 45 places à Vénissieux dont 10 pour prématurés, Pôle « bébés vulnérables » de Vienne, places « autisme » en Haute-Savoie …)
- Premier recours : création au CH de St Jean de Maurienne d'une filière directe d'accès aux services de chirurgie orthopédique pour les patients des cabinets de montagne sans passage par les Services d'Urgences (125 810 €).

Cela a constitué une réelle réponse à certains besoins sur certains territoires, mais qui a été formulée sur la base de l'utilisation du taux moyen d'équipement, seul indicateur disponible pour répartir les efforts financiers, qui rend compte imparfaitement des besoins territoriaux réels. **Les arbitrages budgétaires ont nécessité de prioriser les interventions et de hiérarchiser les besoins, alors que le PRS portait une ambition très large, au risque de générer des frustrations. Une déconnexion s'est donc parfois manifestée entre l'offre et les besoins et demandes, du fait d'un diagnostic initial davantage orienté sur l'offre que sur les besoins (du fait des moyens disponibles).**

3.3.2. Amélioration de l'accès à l'offre de santé

Au-delà du contenu de l'offre, le PRS a amélioré l'accès à l'offre de premier recours en santé, sous différents aspects :

- Pour des publics rencontrant des difficultés géographiques d'accès

Le PRS a permis d'améliorer l'accès à l'offre de prévention et de soin en réponse à des enjeux proprement locaux, sur des territoires présentant des problématiques spécifiques, à l'instar de l'équipement des cabinets de montagne (32 dossiers d'équipement financés entre 2012 et 2017).

- Pour des publics rencontrant des difficultés d'accès en raison d'une perte d'autonomie ou d'un handicap
  - ✓ un rapport d'instruction pour la sélection des dispositifs de premier recours sollicitant une demande de financement a été institué pour les maisons, centre et pôles de santé, maisons médicales, comportant une rubrique spécifique sur les modalités d'accès et de soins aux populations en perte d'autonomie
  - ✓ le projet Handiconsult sur le territoire de santé Est vise les personnes porteuses de handicaps.

- Pour des publics rencontrant des difficultés d'accès pour des raisons socio-économiques

Les différents appels à projet en matière de prévention dans le cadre du PRS ont visé des publics éloignés de la prévention en santé. Le PRS a également permis de soutenir des projets dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (projet ANAP à Chambéry, cafés-santé à Valence, projet « diabète et ramadan » à Lyon…).

- Pour des publics rencontrant des difficultés d'accès en raison du manque de certaines spécialités

La mise en place de protocoles de délégations de tâches (protocole ASALEE sur le diabète, protocole entre ophtalmologistes et orthoptistes) a permis de réduire les délais de consultation.

> **Zoom sur les appels à projets en prévention**
>
> Les appels à candidatures encouragent une logique d'installation d'offre de prévention dans des lieux où l'offre de droit commun se raréfie. L'appel à candidature « promotion du dépistage organisé du cancer du sein » cherche par exemple à augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein en région, et plus particulièrement celle des publics dits « moins participants » (publics éloignés géographiquement ou socialement du système de soins) et des dispositifs de prévention. Faciliter l'accès à l'offre de prévention représente aussi une plus-value essentielle du PRS. En améliorant l'accès à l'offre de prévention, les projets activent des comportements individuels s'inscrivant dans un nouveau parcours de santé. Les comportements individuels des usagers n'évoluent pas que dans le sens d'un meilleur parcours de soin, mais vont également vers des évolutions de pratiques individuelles préventives. Au sein de l'appel à candidatures « Prévention des chutes, alimentation, activité physique pour les personnes âgées à domicile », le cahier des charges prévoit qu'une évaluation en fin de projet porte un regard sur la poursuite de la pratique d'une activité physique chez le bénéficiaire à l'issue du programme et l'intention de l'usager de modifier son comportement alimentaire.

3.3.3. Amélioration de la qualité de l'offre de santé en termes de pluridisciplinarité de la prise en charge

Le PRS a accompagné le développement de la pluridisciplinarité de la prise en charge et de l'accompagnement sous plusieurs formes :

En soutenant l'exercice en mode regroupé des professionnels.

L'expérimentation sur les Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) a permis la mise en place de formations, de réunions interprofessionnelles, de réunions de synthèse sur les cas complexes, qui sont des

outils de coordination favorables à une amélioration qualitative de la prise en charge, via l'approche pluridisciplinaire et globale ainsi promue. Les ENMR ont également permis de développer la délégation d'actes, le suivi personnalisé, l'éducation thérapeutique. Le soutien aux stages interprofessionnels a permis d'enrichir les perceptions et pratiques des bénéficiaires.

En soutenant l'activité des réseaux et filières

En soutenant l'activité des réseaux de périnatalité et des filières gérontologiques, dont les équipes et l'intervention sont pluridisciplinaires, en finançant les équipes mobiles gérontologiques / géronto-psychiatriques, ou des lieux d'accueil pluridisciplinaires (comme le « dispositif Galopin » à Roanne pour l'accueil des enfants de 0 à 2 ans avant orientation vers un service de pédopsychiatrie, un SESSAD ou un CAMSP…), une vision plus globale de la prise en charge a été concrètement encouragée.

Zoom sur les centres de réhabilitation psycho-sociale et de remédiation cognitive

Une structuration de réseau ayant permis de réduire les écarts d'offre sur les territoires, et d'infléchir les prises en charge

- ✓ Une démarche de labellisation venue légitimer et institutionnaliser une réponse existante, voire proposer une réponse là où il n'en existait pas jusqu'ici
- ✓ Des échanges de résidents, l'identification collective des places disponibles et la régulation des places en liste d'attente avec des listes qui jusqu'alors ne traduisaient pas la réalité
- ✓ Les bilans réalisés par les Centres référents sont saisis comme la porte d'entrée du parcours, et constituent des leviers importants pour construire une réponse adaptée et coordonnée sur les territoires.

En encourageant le développement de conventions de partenariat

Le PRS a encouragé la coordination sous de multiples formes : Conventions de partenariat mises en place entre RP2S et l'ensemble des CAMSP du territoire des 2 Savoie (7), consultations conjointes entre les pédiatres du réseau RP2S et les acteurs de CASMP à Chambéry, collaboration réseaux Anaïs / Naître et Devenir / SESSAD sur la formalisation du parcours des enfants, réunions entre les médecins de néonatologie et les CAMSP à Saint-Etienne…

Zoom sur les appels à projets en prévention

La plupart des appels à projets encouragent le travail partenarial des porteurs de projets. Ce travail en réseau constitue plus ou moins une condition essentielle de réussite de l'action. Si pour certains, le partenariat peut être un plus pour accentuer la qualité d'un projet, pour d'autres, la coordination partenariale est un des volets propres aux méthodologies déployées. Pour de nombreux opérateurs, assurer une couverture territoriale passe par leur présence et ancrage historique sur les territoires (en tant que structure ou par l'intervention ponctuelle de leurs professionnels). Cette implantation sur les territoires leur permet de travailler et de développer facilement un réseau partenarial coordonné qui constitue la base idéale du lancement de leur mission. A l'inverse, un territoire nouveau pour le porteur de projet, exige une temporalité plus longue pour améliorer la coordination des acteurs, parfois peu prévue dans le calendrier des appels à candidatures. L'ALS, en tant que porteuse de projets de l'appel à candidature « médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville », constate cette disparité entre les territoires dans la gestion de son projet. Alors que l'objectif même de son appel à candidature est bien de déployer et coordonner des partenariats locaux pour faciliter l'accès à l'ensemble des structures et dispositifs locaux au profit des usagers, l'association ne présente pas la même aisance de déploiement d'un territoire à un autre. Pour ne pas perdre cette dynamique partenariale instaurée, certains opérateurs ont poursuivi les actions conjointes avec leurs partenaires, y compris une fois le financement de l'ARS terminé. Ainsi, pour l'appel à candidatures « Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes », un travail de passation et de formation des opérateurs de l'appel à candidatures « Promotion du dépistage organisé du cancer du sein en Rhône-Alpes » vers les opérateurs de l'appel à candidatures « Médiation santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville » est envisagé dans les départements de l'Ain et de l'Isère, afin de s'assurer d'une poursuite de l'action de promotion de dépistage.

3.3.4. Mais une limite : les moyens humains d'animation

Ces nouvelles manières de travailler ensemble ont globalement généré un fort degré de satisfaction des acteurs concernés. De multiples instances de coordination, bien qu'éphémères pour certaines, ont créé la dynamique nécessaire à de nouveaux partenariats. Mais là encore, ces instances de coordination posent la question des moyens d'animation pour leur pérennisation.

- Sur la périnatalité : on constate la perte de dynamique du groupe de travail sur la coordination des acteurs « Ville-Hôpital-MS » entre professionnels de santé, structures de néonatalogie, CAMPS et représentants des familles autour du parcours et du suivi des enfants prématurés, faute de temps d'animation
- Sur la santé mentale : Trois territoires de santé ont choisi d'inscrire l'accompagnement du Programme d'accompagnement au changement du système de santé (PACSS) pour les ARS autour de l'amélioration du parcours des personnes atteintes de handicap psychique : le Sud, le Centre et l'Ouest. La démarche a permis de poser des constats partagés mais la résolution des problèmes n'a pas été encore engagée car la marche vers l'opérationnalisation du plan d'actions n'a pas été saisie à ce jour, faute de continuité et d'un portage endossé au-delà du pilotage ARS.
- Sur les filières gérontologiques : leur réussite reste très liée aux personnes, et à leur volonté et capacité d'investissement (liée aux conditions budgétaires de leur structure de rattachement)

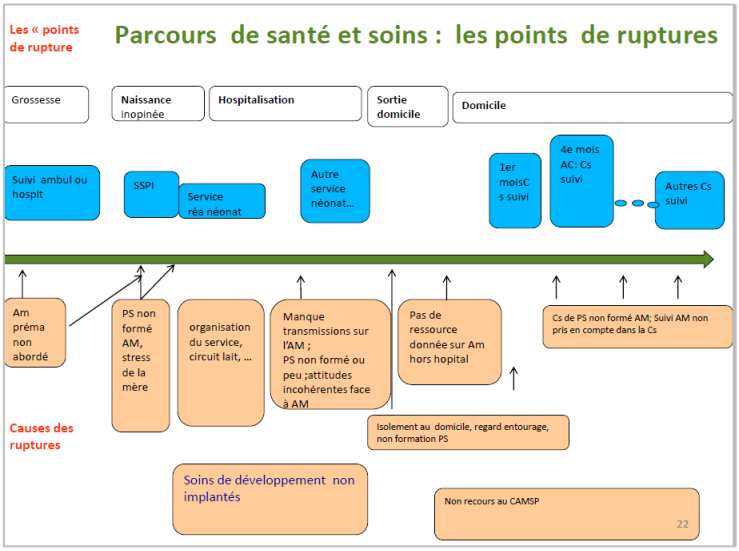
L'attente reste forte vis-à-vis de l'animation par l'ARS, alors que les dynamiques lancées étaient conçues comme devant s'auto-entretenir.

3.4. Apports du PRS sur l'accompagnement des parcours de santé

3.4.1. Le PRS a soutenu la première étape de l'amélioration des parcours : le diagnostic des ruptures de continuité

Sur les parcours « handicap psychique », un accord a été obtenu sur les constats : existence de ruptures de continuité ; hospitalisations inappropriées ; contexte de recomposition de l'offre psychiatrique qui appelle un travail collectif ; pratiques très cloisonnées entre les acteurs du champ médico-social et la psychiatrie ; difficultés à prendre en charge des enfants et adolescents accueillis en ESMS et présentant des troubles psychiques / psychiatriques. Une acculturation des acteurs du sanitaire, du social et du médico-social quant aux enjeux portés de part et d'autre est en marche, ainsi que la construction d'un maillage partenarial étoffé, impulsé par les parcours « ANAP » et avec un rayonnement accru favorisé par les Centres de Réhabilitation Psychosociale.

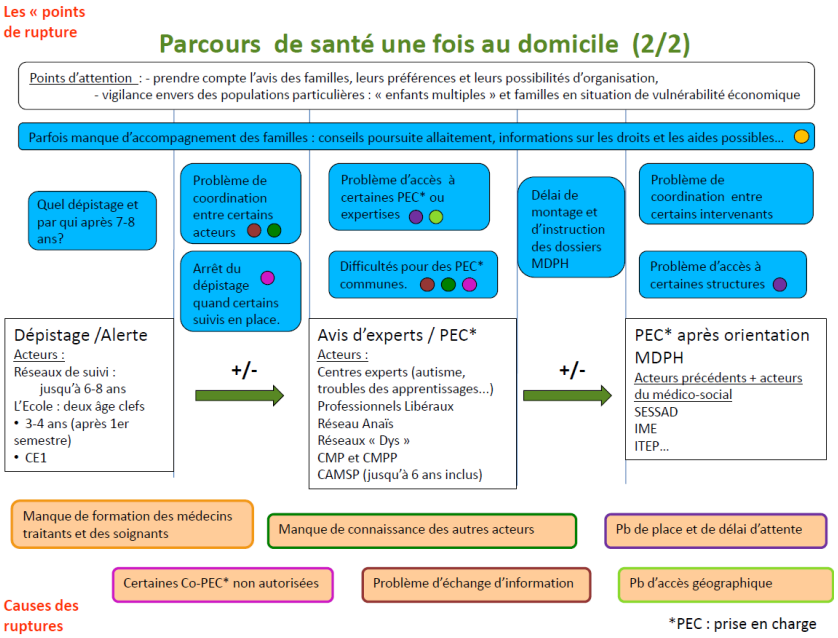
Sur la périnatalité : le PRS a servi de cadre à des travaux visant à élaborer un schéma des ruptures de continuité dans le parcours des enfants grands prématurés.



3.4.2. Le PRS a contribué à « outiller » les parcours

En avançant sur la formalisation partagée des étapes-clés des parcours

Sur la périnatalité :



En finançant des pans des parcours (postes de coordinateurs)

Le financement des postes d'assistant(e)s de filières d'astreintes gériatriques et d'équipes mobiles, d'actions expérimentales d'aide aux aidants, ont permis d'améliorer la prise en charge, et de concrétiser l'assise des filières gérontologiques.

De la même manière pour le réseau des Centres de Réhabilitation Psychosociale, les moyens additionnels disponibilités ont été traduits en ressources humaines essentiellement, et ont favorisé une augmentation des prises en charge. L'augmentation des moyens a permis une visibilité accrue des Unités et Centres de réhabilitation sur les territoires, allant parfois jusqu'à la légitimation de la réhabilitation au sein des établissements sanitaires jusqu'ici parfois réfractaires à la pratique « hors les murs ».

> **Zoom sur les filières gérontologiques**
>
> Souvent créées avant le PRS, les filières se caractérisent par un fonctionnement sur la base certes des mêmes formes d'outils promus par le PRS (Charte, plan d'action, Comité stratégique départemental, co-animation), mais qui reste très lié au contexte local (démographie des usagers et des professionnels, liens entre acteurs préexistants, place de l'hôpital …). Elles fonctionnent grâce à une implication individuelle forte des acteurs locaux, qui ne peut se décréter. Le premier résultat du PRS concerne ainsi la consolidation / structuration des filières gérontologiques. Une amélioration de leur connaissance et reconnaissance institutionnelle via leur inscription dans le PRS est constatable. Le PRS a respecté cette identité, mais elle complique parfois la compréhension de leur place dans le système de santé : finalement, les filières sont-elles censées faire des diagnostics ? Créer des outils ? Coordonner seulement ? Se positionner dans la gouvernance politique ?

3.4.3. Mais la capacité à opérationnaliser la réponse de manière collective est restée partielle

Sur les filières gérontologiques : à ce jour, on constate une meilleure interconnaissance des acteurs, une facilitation des adressages et des orientations. Mais il est aujourd'hui impossible d'établir l'impact des filières sur l'état de santé des bénéficiaires. Leurs résultats sont limités par l'absence de structure juridique (portage d'actions impossible), et la persistance de la difficulté à associer les professionnels libéraux aux travaux.

Sur le parcours « handicap psychique » accompagnés par l'ANAP : Des difficultés pour aboutir à des solutions collectives et dépasser les constats partagés, notamment du fait de l'incertitude pesant sur les modalités de réorganisation des secteurs et sur l'avenir de certains établissements sur certains territoires, mais aussi du fait de freins institutionnels. A la marge, quelques initiatives coordonnées (ou non) ont été impulsées. Elles restent souvent difficiles à connecter à la démarche globale. L'enjeu d'un pilotage ARS est rappelé.

Sur la périnatalité : au-delà de l'intérêt – réel - de poser collectivement ces constats, et d'échanger des outils (modèles de conventions avec des CAMSP, livret pour les parents d'enfants handicapés …) des pistes d'actions avaient été évoquées (comme le fait d'organiser des staffs restreints sur les cas complexes) mais ne se sont pas concrétisées. Le manque de moyens humains a freiné l'émergence d'actions concrètes.

4. Les recommandations pour le futur PRS

4.1. Sur l'élaboration et la mise en œuvre du PRS

1. Définir collectivement la notion de « parcours »
2. Accompagner les Conseils Territoriaux de Santé et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé dans les travaux d'élaboration des diagnostics territoriaux et du futur PRS
3. Accompagner les collectivités locales dans l'appropriation des enjeux de santé publique, préalable à l'élaboration des CTS et CLS
4. Capitaliser les travaux des Conférences de territoire pour faciliter le passage de témoin aux Conseils Territoriaux de Santé
5. Réfléchir et clarifier la place du PRS dans le projet d'établissement de l'ARS et plus largement pour l'intervention de tous les acteurs en santé publique en région

4.2. Sur l'animation du futur PRS

6. Identifier les « ressources » d'animation internes à l'ARS dédiées (formation des agents, axe prioritaire fiche de poste…)
7. Prendre en compte l'enjeu de la capitalisation et de l'utilisation des travaux conduits par les agents dès la définition des actions

8. Intégrer la question de la pérennisation des actions conduites, notamment dans le champ de la prévention, quitte à en limiter le champ

4.3. Sur le suivi-évaluation du futur PRS

9. Définir un dispositif de suivi – évaluation plus robuste dès la rédaction du PRS
10. Intégrer davantage les usagers dans le dispositif de suivi-évaluation du PRS

4.4. Sur la place des usagers dans le futur PRS

11. Susciter le réflexe de consulter les usagers
12. Accompagner méthodologiquement l'expression et la prise en compte de la parole des usagers
13. Prévoir une mobilisation des usagers et de leurs représentants à géométrie variable

4.5. Recommandations transversales liées aux parcours

Compréhension et construction des parcours

14. Travailler sur un Observatoire des parcours
15. Proposer des outils de modélisation des parcours aux territoires pour faciliter leurs travaux
16. Articuler parcours et Plateformes territoriales d'appui pour les cas complexes
17. Mieux intégrer la prévention et l'ETP dans tous les parcours
18. Travailler leur place dans les parcours avec les médecins
19. Poursuivre le développement du financement des Equipes mobiles et de la télémédecine

Animation des parcours

20. Construire un dispositif d'animation des parcours proche du terrain
21. Assurer une veille régionale en continu sur les recompositions territoriales

Gouvernance des parcours

22. Mettre en parallèle la logique des parcours avec la logique d'organisation de l'Agence