

Evaluation finale du Projet Régional de Santé Nord-Pas-de-Calais & Picardie

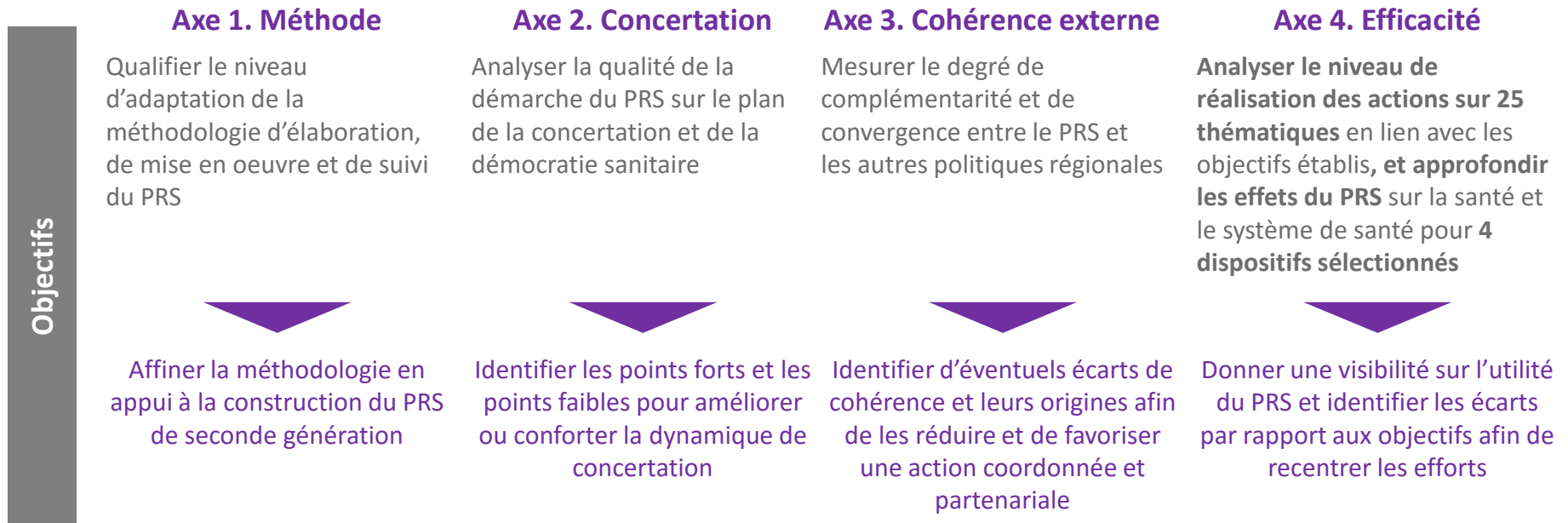
Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais Picardie

Restitution | 17 novembre 2016



Structuration de l'évaluation

Pour le PRS Nord Pas-de-Calais, une évaluation organisée en 4 axes :



Travaux réalisés pour l'évaluation PRS Nord-Pas-de-Calais

- \ **60 entretiens** réalisés avec des référents ARS, représentants d'institutions partenaires et de la CRSA
- \ **50 répondants** à une enquête en ligne diffusée en juin sur la méthodologie du PRSI et la démocratie sanitaire
- \ **4 dispositifs approfondis** en focus group avec la contribution de **70** professionnels engagés dans ces dispositifs



> Entretiens référents ARS



> Représentants des usagers
> Représentants de la CRSA
> Institutions partenaires:

- Education nationale
- Assurance maladie
- Fédérations
- Conseil régional
- Départements
- DIRRECTE, DREAL, Préfecture Nord ...



> Entretiens référents thématiques ARS
> Dispositifs approfondis:

- **Télé-AVC**
- **Dispositif d'appui territorial (PAERPA)**
- **Parcours d'inclusion scolaire**
- **Mesure d'appui à l'installation des professionnels libéraux** (principalement appui aux MSP)

Rappel de la démarche d'évaluation du PRS de Picardie



- Inscrite dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), l'évaluation du PRS de Picardie 2012-2017 a été réalisée en deux étapes :
 - en 2015, **l'évaluation intermédiaire** a permis d'analyser les premiers résultats de douze actions prioritaires en Picardie, avec comme fil conducteur la coordination des acteurs.
http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/PRS/PRS_Picardie_web.pdf.
 - en 2016, **l'évaluation finale**, réalisée en parallèle de celle du PRS Nord-Pas-de-Calais (2011-2016), a vocation à alimenter, en complément de l'évaluation intermédiaire, les travaux d'élaboration du PRS II pour la région Hauts de France.

- *L'évaluation finale comprend également un **bilan des principales réalisations du PRS de Picardie**: actions et dispositifs mis en place par l'ARS, en collaboration avec ses partenaires, de janvier 2012 à octobre 2016 (cf. annexe).*

Travaux réalisés pour l'évaluation du PRS Picardie



-
- \ 4 dispositifs approfondis en focus group avec la contribution de **69 professionnels** engagés dans ces dispositifs :
- Charte de coopération en faveur de la prise en charge du handicap psychique pour les usagers d'ESMS de l'Oise (SROMS)
 - Mesures pour l'attractivité du territoire pour la formation et l'installation des professionnels de santé libéraux (SROS, volet ambulatoire. Principalement : expérimentation guichet unique, filière d'excellence)
 - Mesures pour l'accès aux droits et aux soins mises en œuvre dans le cadre du PRAPS et du Plan de Lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (actions du groupe santé-social)
 - Dispositifs de prévention et promotion de l'activité physique et de la nutrition en milieu scolaire, (convention entre l'Education Nationale, l'ARS et la DRAAF)

Principaux enseignements de l'évaluation Nord-Pas-de-Calais

Synthèse des 4 axes d'évaluation



Axe 1 : Méthode

Principaux enseignements de l'évaluation

Les **méthodes d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi** du PRS étaient-elles appropriées?
Quel est le niveau de **qualité du livrable**?

- \ **Un « livrable » final de qualité sur le fonds** (points forts : cohérence entre les objectifs fixés et le diagnostic et les leviers stratégiques), mais un livrable **difficile d'appropriation** par les professionnels de l'ARS, ses partenaires, et les acteurs de terrain (points faibles : cohérence entre les volets, architectures, multiplicité des objectifs et actions, niveau d'opérationnalité des actions)
- \ **Une gouvernance interne qui a partiellement fonctionné**, et n'a pas permis un pilotage transversal de l'élaboration et de la mise en œuvre des schémas et programmes tout au long du PRS
- \ **La méthode d'élaboration, de relecture du PRS jugées globalement adaptées** par une majorité de rédacteurs-contributeurs ayant répondu à l'enquête, **avec cependant des écueils constatés**:
 - Un calendrier d'élaboration jugé trop contraint
 - Peu de consignes méthodologiques partagées : une diversité de méthodes employées. La structuration des documents de programmation est inhomogène avec un impact sur le niveau de lisibilité et sur le suivi du PRS
- \ **Un suivi partagé des actions du PRS initié** sur une partie du périmètre (un outil de suivi commun aux 3 schémas) **mais à renforcer**
- \ **Des conditions de mise en œuvre des actions du PRS qui pourraient être améliorées par**:
 - Une priorisation accrue
 - Une prise en compte de la notion de moyens alloués/disponibles lors de la programmation
 - Une implication renforcée des professionnels de santé et acteurs concernés par la mise en œuvre au niveau des territoires, dès l'élaboration et dans l'animation du PRS

Axe 1 : Méthode

Recommandations & axes d'amélioration

Gouvernance	<p>\ Créer deux instances transversales permettant une approche intégrée et décloisonnée entre les secteurs pour piloter l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du PRSII, à 2 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none">- au niveau des territoires (impliquant les délégués territoriaux) : identifier des critères de priorisation des actions, piloter la mise en œuvre au niveau local et remonter l'avancement- au niveau « central » (impliquant l'ensemble des directions)
Elaboration	<p>\ Définir et mettre en place des principes méthodologiques partagés pour la structuration du document et ses contenus</p>
Mise en œuvre	<p>\ Définir et mettre en place des principes méthodologiques partagés pour la sélection des actions à mettre en œuvre</p> <p>\ Renforcer la déclinaison territoriale du PRS et l'appropriation des actions par le terrain, la coordination entre les partenaires, le travail sur des actions plus opérationnelles</p>
Suivi	<p>\ Animer le suivi du PRS par des instances dédiées régulières (partage de l'avancement, financements engagés...) tout au long de la mise en oeuvre</p> <p>\ Structurer des modalités de suivi et d'évaluation dès la phase d'élaboration (indicateurs, outil de suivi, système d'information associé et gouvernance des données, partenaires mobilisés...)</p>

Axe 2 : Concertation

Principaux enseignements de l'évaluation

La **démocratie sanitaire**, aux niveaux régional et territorial, s'est-elle mise en place ? A-t-elle fonctionné ?
La **concertation avec les partenaires institutionnels** a-t-elle fonctionné ?

\ **Une démocratie sanitaire active, avec néanmoins une implication hétérogène entre les 4 collèges :**

- Une mobilisation des élus à renforcer
- Une réelle mobilisation et dynamique d'intégration des usagers

\ Les avis formulés ont été globalement pris en compte. **Un fonctionnement participatif positif, plus particulièrement en phase de consultation** (67% des répondants à l'enquête ont estimé que leurs avis et/ou propositions ont été pris en compte de manière partielle et 27% de manière totale) mais **cependant moins perçu lors de la mise en œuvre : une communication de la mise en œuvre du plan auprès des instances de la démocratie sanitaire à renforcer**

\ Une prise en compte nuancée selon les catégories professionnelles

\ **Un positionnement et un rôle des conférences de territoires nécessitant d'être réévalués**

\ Une association des institutions via la CRSA mais également lors d'instances opérationnelles (groupes de travail) et de comités de coordination, dont la qualité de fonctionnement recouvre des réalités diverses en fonction des institutions :

- Des cas de développement d'une véritable gouvernance conjointe (Education Nationale, Conseil Régional)
- Des modalités d'association pouvant être améliorées (Conseil Départemental, fédérations, Assurance Maladie)
- Des associations à développer (DIRRECTE, DREAL..)

Axe 2 : Concertation

Recommandations & axes d'amélioration

Articulation Futurs CTS	\ Travailler le rôle des futures instances territoriales (conseils territoriaux de santé)
Les usagers	\ Faciliter une appropriation par les usagers à l'ensemble des sujets de santé
Communication	\ Travailler la communication autour de la mise en œuvre et du suivi du PRS à destination des instances de la démocratie sanitaire

Axe 3 : Cohérence externe

Principaux enseignements de l'évaluation



La stratégie régionale et sa mise en œuvre opérationnelle se sont-elles déployées en synergie avec les actions des autres politiques publiques comportant une dimension santé ?

\ Une tendance naturelle des acteurs interrogés à aborder cette question sous un angle différent : la façon dont l'ARS contribue ou pourrait contribuer à leurs propres politiques/ dispositifs et la façon dont ils peuvent mobiliser l'ARS sur des sujets de santé dans une logique de stratégie de territoire: cela s'explique notamment par le fait que l'ARS s'est organisée et structurée en même temps que l'élaboration du PRSI

\ **La concertation des partenaires institutionnels dans les premières années a pu être relativement réduite mais s'est accrue depuis 2 ou 3 ans, ce que saluent globalement les acteurs interrogés** (collectivités, rectorat, DIRRECTE, DREAL, DRJSCS, DDCCS ...)

\ **Des champs d'intervention communs et des partenariats ont été établis.** On relève notamment :

- Un **très bon niveau de complémentarité développé avec l'Education Nationale** (dynamique de travail collectif)
- Des **actions menées conjointement avec le Conseil Régional** en particulier sur le Plan Cancer
- Une **complémentarité en croissance sur le champ de la cohésion sociale, et avec l'Assurance Maladie** (une dynamique de travail relancée en 2014 avec la CPAM du Hainaut sur le PRAPS)
- Des **champs d'intervention communs nombreux avec les Conseils Départementaux**, une gouvernance conjointe d'actions en cours de développement

\ Des dynamiques de travail conjoint ont également pu être établies en dehors du strict périmètre du PRS avec d'autres partenaires (DIRRECTE dans le cadre du PRST, DEAL et Conseil Régional dans le cadre du PRSE)

Axe 3 : Cohérence externe

Recommandations & axes d'amélioration

Articulation entre les plans	\ Formaliser dans le PRSII l'articulation avec plans de santé au travail (PRST), santé environnementale (PRSE), champs pour lesquels des dynamiques d'action conjointes avec les partenaires sont à l'oeuvre
Thématiques à développer en termes de partenariats	\ Renforcer les complémentarités et synergies d'action sur les thèmes de la santé mentale, et de la prévention / promotion de la santé \ Poursuivre la dynamique engagée dans le champ de la cohésion sociale (développement d'orientations et d'actions conjointes)
Elaboration du futur PRS	\ Développer la concertation et la relation avec les partenaires institutionnels. Parmi les points d'attention mentionnés par les partenaires interrogés sur les modalités de concertation : <ul style="list-style-type: none">- Promouvoir une démarche de travail conjoint « pragmatique » (focaliser sur des actions concrètes, pour lesquelles le rôle des parties prenantes et les moyens alloués sont identifiés)- Prendre en compte les délais de mobilisation interne des institutions (nécessaires par exemple pour concerter les élus dans les Conseils Départementaux)- Renforcer le suivi et l'évaluation conjoints des actions menées- Coordonner et harmoniser les partenariats en configuration « grande région »

Axe 4 : Efficacité

Structure de l'évaluation sur l'axe efficacité

L'axe « efficacité » est structuré en 7 thèmes, qui correspondent aux principales questions évaluatives posées dans le cadre de cette évaluation :

Rappel des questions évaluatives (CCP)

1. La politique de prévention menée a-t-elle contribué à agir sur **les déterminants de santé**?
2. Le PRS a-t-il contribué à améliorer **l'accès aux soins des populations**?
3. Le PRS a-t-il contribué à améliorer **les coopérations entre les secteurs de la santé sur les territoires**?
4. Le PRS a-t-il pris en compte **les spécificités territoriales** ?
5. **La qualité du système de santé** (ES et ESMS) a-t-elle été maintenue ou s'est-elle améliorée?
6. Le PRS a-t-il contribué à l'amélioration de **l'efficacité du système de santé** ?
7. Le PRS a-t-il permis de mettre en place **un système de veille et de sécurité sanitaire** adapté et performant ?

Axe 4 : Efficacité – Déterminants de santé

Principaux enseignements de l'évaluation (1/2)

La politique de prévention menée a-t-elle contribué à agir sur **les déterminants de santé**?

Effectivité

- \ Actions de prévention des comportements à risques, notamment ciblés sur l'action précoce et les publics fragiles
- \ Dispositifs de dépistage et d'orientation précoce vers une prise en charge adaptée
- \ Accent sur la mise en œuvre de mesures concertées avec les partenaires

Addictions	843 000 personnes touchées par la campagne de sensibilisation du Syndrome d'Alcoolisation Foetale
Obésité&alim	Un nombre d'enfants ayant bénéficié d'un programme d'ETP spécialisé augmenté de +64% (2011-2014)
Santé environnementale	+20% de logements ayant fait l'objet d'une évaluation de l'insalubrité (2011-2014) 146 structures relais et 150 enseignants sensibilisés aux intoxications au CO

Impact

- \ Le nombre d'intoxications au CO sur la région a diminué entre 2012 et 2014, passant de 10,5 cas pour 100 000 habitants à 7,8 cas
- \ La diminution du % des unités de distribution d'eau s'est poursuivie en 2013 (8,5%), 2014 (7,4%) et 2015 (7,18%).
- \ Une évolution favorable des taux d'obésité et de surpoids chez les jeunes enfants (-1,5 points entre 2010 et 2014 en 6ème, -2,8 points en CP)
- \ *Le nombre de personnes nouvellement admises en ALD prématurée alcool et tabac est en léger recul entre 2012 et 2014 (réduction de l'ordre de 6% de l'incidence prématurée ALD Tabac, 3% pour l'incidence prématurée ALD Alcool). On observe une réduction de l'incidence observée sur les deux ALD entre 2012 et 2013, puis une remontée entre 2013 et 2014*

Axe 4 : Efficacité – Déterminants de santé

Principaux enseignements de l'évaluation (2/2)

La politique de prévention menée a-t-elle contribué à agir sur **les déterminants de santé**?

Axes d'amélioration pour répondre à la question évaluative:

\ L'appréciation de l'effectivité des réalisations des actions de prévention est limitée par l'absence de cible en termes de nombre de bénéficiaires

\ Une difficulté pour analyser des effets sur l'évolution des comportements.

\ Des pistes d'amélioration :

- Identifier des indicateurs permettant de cibler des populations dans le domaine des addictions (ex: hospitalisation aux urgences)
- Fiabiliser les indicateurs concernant l'obésité, (taux d'obésité en 6^{ème}/CP...)
- Développer des modalités d'investigation type questionnaire pour évaluer les effets d'actions sur la qualité de vie, les comportements

Axe 4 : Efficacité – Accès au système de santé

Principaux enseignements de l'évaluation (1/2)

Le PRS a-t-il contribué à améliorer l'accès aux soins des populations?

Effectivité

Un appui à l'installation des professionnels de premier recours, ciblé sur les zones fragiles et en difficulté

\ Un engagement dans des mesures d'extension et de transformation de l'offre pour lever les freins liés à l'isolement (ex. détenus), à la précarité, à des situations complexes nécessitant un accompagnement adapté.

\ Le maintien d'une permanence d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire

Handicap	Offre enfants : + 1 100 places, une progression du taux d'équipement régional de 0,78 points Offre adultes : + 1 600 places, une progression du taux d'équipement régional de 0,58 points
Professionnels de santé	168 contrats du Pacte Territorial Santé signés à fin 2015 25 Maisons de santé pluri professionnelles en activité ou en projet
Education thérapeutique	Une file active des programmes d'ETP augmentée de +66% (2013-2015) et qui représentait plus de 25 000 patients en 2015
Télémédecine	40 300 télé-expertises, 4 500 téléconsultations et 126 300 actes de télé radiologie réalisés entre 2011 et 2015. Une activité du télé-AVC multipliée par 6, plus de 4 700 patients bénéficiaires.
PDS/PDES	Une couverture de l'ensemble du territoire par la PDES. Une fréquentation des Maisons Médicales de Garde augmentée de +31% (2012-2015)
Pop. démunies	Plus de 1300 signalements traités par la ligne Urgence Précarité (accès aux droits)

Impacts

\ Une légère baisse du nombre de médecins généralistes en zone fragile entre 2012 et 2014 (passage de 922 à 904). Un écart de densité médicale entre les bassins de vie légèrement réduit (passage d'un écart de 7 en 2010, à 6 en 2014)

\ Un % de bénéficiaires de la CMU ayant consommé une consultation généraliste stable et supérieure à la consommation de la population générale

\ +45% des actes de thrombolyse réalisés

Axe 4 : Efficacité – Accès au système de santé

Principaux enseignements de l'évaluation (2/2)

Le PRS a-t-il contribué à améliorer l'accès aux soins des populations?

Axes d'amélioration pour répondre à la question évaluative :

\ D'une manière générale, la définition des indicateurs pour les effets sur l'accès aux soins/à la santé pourrait être approfondie : par exemple par un suivi des délais d'accès aux soins, de la qualité d'utilisation des soins, d'une évolution des comportements liée aux mesures d'éducation pour la santé

\ L'appréciation « quantitative » de l'efficacité des réalisations pourrait être enrichi notamment par la construction de systèmes de suivis communs avec certains partenaires (ex. CPAM, taux d'emploi des PH avec AGEFIPH, nombre d'enfants scolarités en milieu ordinaire avec l'Education Nationale)

Axe 4 : Efficacité – Dynamique de parcours

Principaux enseignements de l'évaluation (1/2)

Le PRS a-t-il contribué à améliorer **les coopérations entre les secteurs de la santé sur les territoires?**

Effectivité

- \ La mise en œuvre de PAERPA et du Parcours Santé mentale (ANAP)
- \ La mise en œuvre d'un parcours innovant de Télé-AVC
- \ Des programmes de mise en œuvre du PRS transversaux, centrés sur les parcours (DIABEVI, BPCO, Obésité...)
- \ L'accent porté sur le dépistage et l'orientation précoce du patient, la gradation des soins

Personnes âgées	380 Projets Personnalisés de Santé soutenus par le dispositifs d'appui territorial PAERPA à mi-2016
Maladies cardio-vasculaires	Une augmentation de +45% des actes de thrombolyse réalisés en région
Cancers	Un recul des taux de participation au dépistage organisé sur le cancer colorectal (-2,4 points 2011-2014) Une tendance de rapprochement des taux à la moyenne nationale pour le cancer du sein
Santé mentale	380 000 habitants couverts par l'expérimentation parcours santé mentale, 14 fiches action réalisées
Diabète	Le nombre de patients ayant bénéficié d'un programme d'ETP a augmenté de 86% (2012-2015)
BPCO	Le nombre de patients ayant bénéficié d'un stage en réhabilitation a augmenté de 19% (2011-2013)

Impact

\ Les systèmes d'informations actuels ne permettent pas de remonter des indicateurs de résolution des points de ruptures sur les parcours, qui peuvent être spécifiques (par population, par territoire). (Evaluation de certains dispositifs en cours, PAERPA, Télé AVC...)

Axe 4 : Efficacité – Dynamique de parcours

Principaux enseignements de l'évaluation (2/2)

Le PRS a-t-il contribué à améliorer **les coopérations entre les secteurs de la santé sur les territoires?**

Axes d'amélioration pour répondre à la question évaluative :

\Capitaliser sur l'expérience « Parcours » importante du 1^{er} PRS

- › Modalité et conditions de mise en place
- › Méthodologie d'identification et de résolution des ruptures

\Progresser sur le suivi et l'évaluation des parcours notamment concernant les impacts

- › Porter une attention sur les indicateurs à porter lors du PRS2
- › Développer ou maintenir des modalités d'évaluation fondées sur le retour qualitatif des professionnels et celui des patients ou usagers concernés par les dispositifs de coordination
- › Identifier des éléments qualitatifs pour le suivi de l'activité de coordination des parcours
- › Structurer les systèmes d'informations

Axe 4 : Efficacité – Territorialisation

Principaux enseignements de l'évaluation

Le PRS a-t-il pris en compte **les spécificités territoriales** ?

\ **Le projet de santé territoire (PST) élaboré en 2013 (5 orientations par territoire, 81 objectifs) n'a pas fait l'objet d'un suivi.** L'interview des délégués territoriaux permet de relever **une utilisation dans certains territoires, pour:**

- Animation des conférences territoriales, et de la mise en œuvre du PRS avec les acteurs locaux (synthèse du PRS permettant un gain de lisibilité et de transversalité)
- Appui au positionnement des contrats locaux de santé par rapport aux priorités de l'Agence

\ **Forte dynamique de signature de contrats locaux de santé (CLS) comme outils de déclinaison d'orientations du PRS sur des zones ciblées, fortement orientés sur la prévention**

\ **Intégration des CLS dans la politique de la ville et accompagnement à la mise en place de dispositifs dans les Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV)**

PST	Au moins 1 action ou mesure réalisée pour chacun des 81 objectifs.
CLS	19 CLS signés couvrant 42% de la population et 147 communes du Nord, 60% de la population et 316 communes du Pas-de-Calais. Environ 1,2M€ annuels financés par l'Agence.
Politique de la ville	24 contrats de ville signés avec un volet santé, couvrant 199 QPV soit environ 525 000 habitants Co-financement de 35 Adultes Relais Médiateurs Santé (ARMS)

Axes d'amélioration pour répondre à la question évaluative:

\ L'évaluation nécessiterait de réintégrer le principe méthodologique des projets de santé territoire dans le futur PRS en construisant un référentiel commun pour la priorisation des territoires auprès des délégués territoriaux (critères à définir), et un système de suivi de la mise en œuvre

Axe 4 : Efficacité

Conclusion et recommandations

L'évaluation a permis de relever de nombreuses réalisations conformes aux principales orientations fixées par les plans, et des dynamiques positives. Une majorité d'actions ont fait l'objet de réalisations concrètes.

En revanche, **il est difficile de conclure sur l'efficacité du PRS pour un certain nombre de mesures du fait du manque d'indicateurs permettant d'apprécier l'atteinte d'objectifs et de montrer des effets.**

Modalités d'évaluation

- \ Prévoir des modalités d'évaluation sur les mesures/dispositifs principaux associant :
 - **Le retours qualitatifs des professionnels** (enquêtes, entretiens, groupes d'expression) et usagers
 - **Une appréciation quantitative du niveau de réalisation des actions/mesures et de leurs effets** qui soit fondée **sur un système d'indicateurs**, suivis régulièrement
- \ **Mobiliser les partenaires pour établir et organiser le suivi d'indicateurs** (AM, EN, MDPH...)

Appréciation du niveau de réalisation

- \ **Mettre en place/renforcer le suivi systématique d'indicateurs d'utilisation des dispositifs par les usagers** (ex. taux d'occupation, évolution des files actives, activité, nb de bénéficiaires)
- \ **Faciliter une consolidation de l'ensemble des données de financement/résultat concourant à un même objectif et développer une comparaison avec des cibles**

Appréciation des effets

- \ **Renforcer les indicateurs d'effet/impact** par thématique (se référer aux propositions faites pour chaque question évaluative)
- \ **Pour l'évaluation des apports de dispositifs de coordination d'acteurs :**
 - Identifier des indicateurs significatifs des principaux points de rupture d'un parcours donné
 - Améliorer le système d'information pour le suivi de ces indicateurs
 - Développer des comparaisons entre territoires/populations couverts et non couverts

Principaux enseignements de l'évaluation Picardie

Synthèse des approfondissements réalisés



Travaux réalisés pour l'évaluation du PRS Picardie

- \ L'évaluation réalisée sur la Picardie est structurée autour de **4 thèmes étudiés à l'occasion de focus groups** en approfondissement de l'évaluation intermédiaire.
- \ Il s'agit d'une évaluation qualitative recentrée sur les effets/impacts des dispositifs étudiés :

Principales questions évaluatives

- Les dispositifs/actions ont-ils eu des effets sur les pratiques des professionnels ?
- Les dispositifs/actions ont-ils eu des effets sur l'accompagnement et la prise en charge des usagers ?
- Quel a été le niveau d'utilité des dispositifs/actions menées au regard des besoins/enjeux initiaux ?
- Quels sont les facteurs clef de succès et freins relevés ?

- \ Le rapport d'évaluation final Picardie comprend également en annexe un bilan des principales réalisations du PRS Picardie : actions et dispositifs mis en place par l'ARS, en collaboration avec ses partenaires, de janvier 2012 à octobre 2016 (bilan réalisé en interne).

Evaluation Picardie

Principaux enseignements de l'évaluation (1/2)

Charte de coopération en faveur de la prise en charge du handicap psychique

Une charte de coopération animée par le CHI de Clermont, l'ARS et le Conseil Départemental, 107 conventions bilatérales signées entre les ESMS et le CHI de Clermont

Effets relevés par les professionnels

- \ Une **coordination renforcée entre acteurs, favorable à une évolution des pratiques** : sensibilisation des équipes d'ESMS à la prise en charge de ces troubles, acquisition de regards croisés sur la prise en charge
- \ Une **amélioration de la régularité du suivi psychiatrique des résidents, un accès renforcé aux compétences de psychiatres**
- \ Cependant, **des bénéfices contrastés en fonction du niveau d'appropriation des conventions** (encore inégal d'un ESMS à l'autre, et d'un secteur de psychiatrie à l'autre)

Points forts relevés par les professionnels

- \ Une charte « socle » ensuite déclinée en conventions, qui a permis à la fois de fixer des objectifs généraux partagés et d'intégrer le contexte de chaque établissement.

Axes d'amélioration soulignés

- \ Maintenir le pilotage de la démarche dans la durée (porté par la CME et la direction du CHI)
- \ Communiquer plus régulièrement sur les engagements de la charte en interne (ESMS et équipes de psychiatrie)
- \ Développer la charte sur la pédopsychiatrie

Mesures pour l'attractivité du territoire pour la formation et l'installation de professionnels libéraux

Expérimentation d'un guichet unique pour l'installation à Laon
Accompagnement du Pacte Territorial Santé (contrats CESP, PTMG)
Lancement d'une Filière d'Excellence Santé (2015)

Effets relevés par les professionnels et partenaires

- \ Des **outils facilitateurs pour l'installation et appréciés par les professionnels bénéficiaires, mais ayant peu d'influence sur le choix d'installation et l'attractivité** (des projets déjà engagés)
- \ Guichet unique : une meilleure information permise sur l'offre de soins et les dispositifs d'appui à l'installation, le développement d'un lien personnalisé et direct avec les institutions
- \ *Les effets de la filière excellence ne peuvent être évalués à ce stade (démarrage de l'expérimentation)*

Points forts relevés par les professionnels

- \ Des mesures qui facilitent effectivement les installations
- \ Une expérimentation Guichet unique à maintenir et à généraliser

Axes d'amélioration

- \ Poursuivre et renforcer les actions de promotion des dispositifs d'appui en « amont », notamment en dernière année d'étude
- \ Instaurer un « parcours » guichet unique qui systématiserait son intervention au niveau d'un projet d'installation, et étendre son périmètre à l'accompagnement post-installation
- \ Structurer les mesures d'évaluation des dispositifs, et intégrer l'évaluation des moyens engagés (pour le guichet unique)

Evaluation Picardie

Principaux enseignements de l'évaluation (2/2)



Mesures pour l'accès aux droits et aux soins mises en œuvre par les groupes santé-social

Conventions de coopération signées entre la CPAM et les acteurs opérationnels (PASS, hébergement d'urgence et insertion, CCAS)
Autres actions initiées par les groupes santé-social 60 et 80

Effets relevés par les professionnels :

- \ **Conventions : une amélioration des organisations, des pratiques et des compétences favorable à un meilleur repérage des usagers en rupture de droits, à une gestion et un suivi des dossiers plus fluides et plus réactifs**
- \ Néanmoins, **seuls les usagers accédant aux structures conventionnées bénéficient de ces effets.**
- \ *Les autres mesures et actions des groupes sont en cours de mise en place. Leurs effets ne peuvent être évalués à ce stade.*

Points forts relevés par les professionnels

- \ Le conventionnement aide à pérenniser et à renforcer un réseau d'acteurs santé/social : une mesure à poursuivre
- \ L'animation locale des acteurs facilite une meilleure interconnaissance (temps de travail réguliers, plans d'action communs, pilotage partagé ARS/DDCS)

Axes d'amélioration soulignés

- \ Un relai/une articulation des groupes santé-social avec les décideurs à renforcer, pour créer les conditions au niveau institutionnel de leur pérennité et de la mise en œuvre de leurs actions

Dispositifs de prévention et promotion de l'activité physique et de la nutrition en milieu scolaire

25 établissements scolaires (écoles, collèges, lycées) accompagnés en Oise Occidentale et sud de l'Aisne pour le choix et la mise en place de dispositifs de prévention

Effets relevés par les professionnels :

- \ **De meilleures synergies entre acteurs de la prévention** : entre les opérateurs, entre les établissements scolaires et au sein des équipes d'enseignement et de santé scolaire
- \ Une continuité des messages de prévention favorisée
- \ **Les effets sur les comportements et la santé des élèves n'ont pas été appréciés au-delà d'une forte adhésion et participation aux dispositifs.**

Points forts relevés par les professionnels

- \ La mise en œuvre des dispositifs au sein des établissements scolaires a été favorisée par l'identification de responsables internes (enseignants) accompagnés par les opérateurs
- \ La convention a permis un appui administratif aux établissements scolaires, facilitateur pour l'accès aux dispositifs

Axes d'amélioration soulignés

- \ Des modalités de diagnostic initial à affiner pour la sélection des territoires ciblés
- \ Un référentiel commun aux établissements pour l'évaluation des effets des dispositifs pourrait être déployé
- \ Renforcer l'implication des établissements du primaire

MERCI

